



Rapport de recherche
Santé gynécologique et obstétrique
des femmes noires :
leurs expériences dans le système de santé
québécois

Rédigé par

Samia Dumais
Agnès Berthelot-Raffard
Alexandra Pierre

Novembre 2023





Reconnaissance territoriale

Nous reconnaissons que cette recherche a été effectuée en territoire Autochtone non cédé, principalement à Tiohtià:ke /Montréal où la nation Kanien'kehá:ka est la gardienne des terres et des eaux. Nous respectons les liens passés, actuels et futurs des Premières Nations avec ces terres et reconnaissons que les femmes Autochtones luttent depuis longtemps pour leurs droits reproductifs. Notre recherche n'aurait pas été possible sans ces luttes pionnières.

Cette recherche qui aborde les droits reproductifs des femmes noires le fait donc en solidarité avec nos sœurs Autochtones qui rencontrent des enjeux similaires. Dans la perspective où la reconnaissance territoriale n'est qu'un premier pas vers des relations radicalement transformées, nous faisons aussi nôtre le Principe de Joyce. Le Principe de Joyce vise à garantir que toutes les personnes Autochtones, dont les femmes et les personnes bispirituelles, aient un accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé et puissent jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Il souligne aussi l'importance de reconnaître et de respecter les savoirs et connaissances traditionnelles et vivantes des Autochtones.

Pour en savoir plus :

- Principe de Joyce : <https://principedejoyce.com>
- Consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec. Rapport de recherche de Suzy Basile et Patricia Bouchard : <https://files.cssspnql.com/s/oPVHFaKlp8uw5oF>



Cette recherche a bénéficié du soutien financier du Fonds de recherche du Service aux collectivités (don de Ruth Rose et Michel Lizée), de Relais-femmes, de l'Institut Santé et Société (ISS) de l'UQAM et de fonds de recherche d'Agnès Berthelot-Raffard. Il a également été soutenu par un Projet d'intégration des chargées de cours de l'UQAM, volet Service aux collectivités.

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023.

ISBN version imprimée : 978-2-925169-07-9

ISBN version électronique : 978-2-925169-08-6

Graphisme et mise en page : Samia Dumais

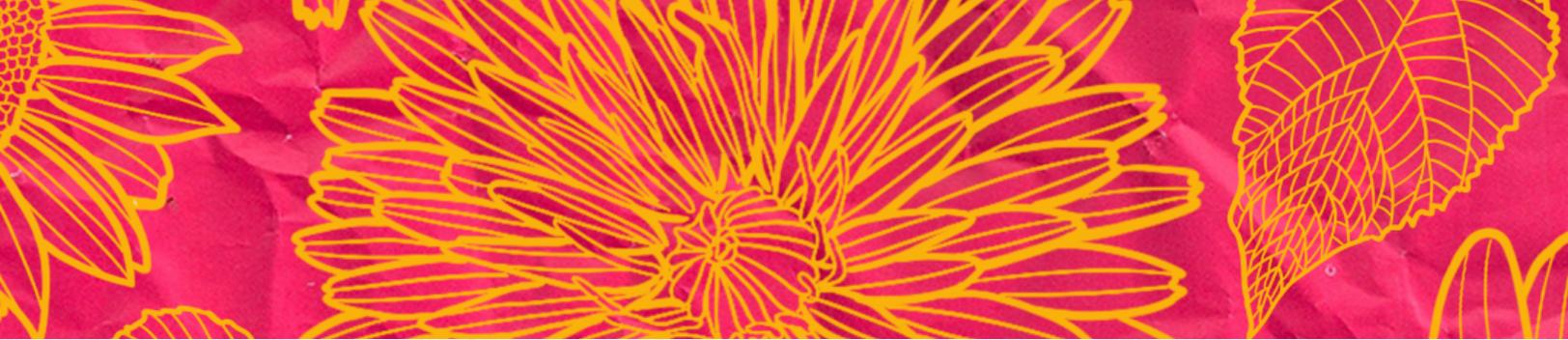
Membres du comité d'encadrement du partenariat de recherche (par ordre alphabétique) au moment du dépôt du rapport :

Agnès BERTHELOT-RAFFARD, professeure en études de la santé et études critiques du handicap, School of Health Policy and Management, York University

Samia DUMAIS, doctorante en histoire à l'Université Concordia et professionnelle de recherche contractuelle à Relais-femmes

Eve-Marie LAMPRON, agente de développement responsable du Protocole UQAM/Relais-femmes au Service aux collectivités, UQAM

Alexandra PIERRE, coordonnatrice de projets à Relais-femmes



Pour citer ce document : Dumais, Samia, Berthelot-Raffard, Agnès et Pierre, Alexandra (2023). Santé gynécologique et obstétrique des femmes noires : leurs expériences dans le système de santé québécois. Montréal : Service aux collectivités de l'UQAM/Relais-femmes.

Le rapport peut également être consulté aux adresses suivantes :

- Site internet de Relais-femmes : <https://relais-femmes.qc.ca/toutes-les-publications/>
- <https://agnesberthelotraffard.com/>
- Site internet du Service aux collectivités de l'UQAM <http://sac.uqam.ca/liste-de-publications.html>

Mots-clés : Gynécologie, Obstétrique, Femmes Noires, Système de Santé, Québec, Violences obstétricales

Remerciements : Les autrices remercient les personnes collaboratrices au projet. Tout d'abord, Ariane Métellus, militante en droit reproductif, qui par ses savoirs expérientiels comme accompagnante à la naissance, a énoncé l'idée de cette recherche, a réuni l'équipe partenariale autour d'un projet commun et en a soutenu les premières étapes ; Namiko Safou pour sa contribution, Maud Jean-Baptiste pour son soutien à la revue de la littérature et à la certification éthique originale, Léa Lagier et Andrea Lagorse pour les retranscriptions, Hind Taba et Valérie Gilker-Létourneau pour le soutien à la budgétisation. Bien que cette recherche ait pu être réalisée grâce aux efforts combinés de plusieurs agent·e·s de recherche, des membres du comité d'encadrement ainsi que l'organisme partenaire, nous tenons en particulier à témoigner toute notre gratitude aux personnes participantes qui ont généreusement accepté de témoigner de leurs expériences ; sans leurs témoignages, sans la confiance qu'elles nous ont témoignées, ce rapport n'existerait pas.



Table des matières

Introduction	1
Mouvement et pratiques d'humanisation des naissances.....	4
Méthodologie et cadre théorique.....	6
Notre recherche.....	8
1. <u>Prise en charge des femmes noires</u>	10
2. <u>Comprendre les impacts de l'expérience vécue des femmes noires dans le système de santé québécois</u>	20
2.1 Enjeux géographiques, statut migratoire, langue.....	21
2.2 Perceptions du corps : entre âgisme et capacitisme.....	26
3. <u>Développer des outils en vue de soutenir les femmes noires qui consultent pour leur santé gynécologique et obstétrique</u>	32
3.1 Solutions par et pour les femmes noires.....	34
4. <u>Conclusion</u>	39
5. <u>Bibliographie</u>	40



Introduction

Un rapport des Nations-Unies publié en 2018 démontre que comparativement à d'autres groupes de la population canadienne, les personnes noires et afrodescendantes ont un moins bon état de santé et un accès réduit aux services de santé. Plusieurs éléments expliquent ces disparités : des situations socio-économiques plus précaires, des barrières historiques concernant l'accès aux soins de santé et la continuité des soins, les effets du racisme systémique sur le bien-être, l'absence d'une éducation à la santé qui soit adaptée aux communautés culturelles, ainsi que la sous-représentation des personnes noires dans l'imagerie médicale. Il faut aussi souligner que les personnes noires, particulièrement les femmes, vivent à l'intersection de plusieurs systèmes de discrimination comme la « race » au sens social du terme, la religion, l'orientation sexuelle, le statut d'immigration, l'ethnicité, l'identité de genre ou l'âge (CDH-ONU, 2017; Maynard, 2018; Melaku 2019).

Des rapports de recherche récents aux États-Unis, au Canada et aussi en France démontrent que les femmes noires ne sont pas perçues – et ne sont pas soignées – de la même façon que les femmes d'autres groupes, qu'elles soient ou non racisées. Pour les femmes noires, les conditions d'accès aux soins de santé sont largement déterminées par des inégalités sociales et raciales telles que les disparités géographiques dans les soins de santé, l'accès limité aux assurances ou aux soins publics, les préjugés et discriminations raciales directes, les discriminations liées au genre et à la condition sociale, les conditions de vie et de travail précaires, les logements inadéquats, voire dangereux, l'accès limité à une saine alimentation, etc. (Birth Place Lab, 2019; WHWH, 2011). Les conséquences sont graves pour les femmes noires, allant de l'errance médicale aux soins inadaptés, à un accès limité à l'information pour prendre des décisions éclairées, aux erreurs de diagnostic et aux soins retardés.



Tout cela a aussi des effets négatifs sur leur santé mentale (Birth Place Lab, 2019; Morris, 2001; Sinai Health System's Human Rights & Health Equity Office, 2017). Les inégalités auxquelles font face les femmes noires en ce domaine peuvent se traduire notamment par une surreprésentation des cas de mortalité/morbidité lors des accouchements ou dans les cas de cancer, de VIH, de césarienne, de fibrome. À cela, s'ajoute un risque accru de souffrir de problèmes de santé mentale, comme les symptômes dépressifs et la dépression post-partum (Birth Place Lab, 2019; Nnorom, O et al., 2019; WHWH, 2011; Santé Canada, 2001).

Lorsqu'elles sont amenées à évaluer la qualité des soins qu'elles reçoivent en matière de grossesse, d'accouchement et lors de la période postnatale, les femmes soulignent que la manière dont elle se sentent accueillies dans le système de santé est aussi importante que leur état de santé physique (Morris, 2001; OMS, 2016). Aux États-Unis, le taux de mortalité lors de l'accouchement des femmes noires est de quatre à cinq fois supérieur à celui des femmes blanches (CDCP, 2019). Selon le rapport du Center for Disease Control and Prevention, les Afro-Américaines souffrent deux fois plus de complications sévères à la suite d'une naissance. Au Canada, selon une étude de l'Université McGill, les femmes noires accusent un taux beaucoup plus élevé de naissances prématurées que les femmes blanches : 8,9 % comparativement à 5,9%. Ce chiffre canadien correspond aux disparités relatives observées aux États-Unis (CDCP, 2019; McKinnon, Kramer, Bushnik, Sheppard et Kaufman, 2016). En France, le syndrome méditerranéen a récemment fait les manchettes. Cette notion officieuse, transmise dans le milieu médical, prétend que les personnes originaires du pourtour de la Méditerranée et de l'Afrique sub-saharienne – surtout les femmes – exagèrent lorsqu'elles ont mal et qu'en conséquence, il ne faut pas les prendre trop au sérieux (Campistrion, 2018).



Au Québec, les champs d'études que sont la santé générale et la santé gynécologique et obstétrique des femmes noires sont nettement sous-explorés[1].

Malgré des différences significatives entre les systèmes de santé et de prévoyances dans les provinces canadiennes dont le Québec et celui des États-Unis, telles que l'existence d'un régime de santé universel, il existe tout de même certaines similitudes entre ces territoires, ce qui nous incite à nous pencher sur ces questions (Nnorom, O et al., 2019; Maynard 2018), en partant des paradigmes connus sur la manière dont la racisation opère sur la santé. Pensons notamment à la présence historique de personnes en situation d'esclavage sur ces trois territoires, à leur longue histoire respective de racialisation et de la marginalisation socio-économique (passée et présente) des populations noires – particulièrement des femmes – ou aux fondements en partie racistes et sexistes de la culture médicale occidentale en gynécologie (Cooper 2000; Couraud et Collet, 2018; AHC, 2018).

[1] Notons tout de même l'existence d'une recherche en cours (depuis 2022), qui se penche actuellement sur cet enjeu. Intitulée « Besoins pluriels des femmes et des personnes recevant des soins obstétricaux et gynécologiques au Québec: Une approche méthodologique mixte pour documenter les perspectives des parties prenantes et dégager les pratiques pouvant favoriser l'humanisation des soins », cette recherche, financée par les Fonds de recherche du Québec et menée par Sylvie Lévesque (UQAM), porte sur les soins obstétriques et gynécologiques reçus par les personnes-patientes et procurés par les personnes-soignantes. S'il y a rareté d'enquêtes sur la santé gynécologique et obstétrique au Québec, celles sur la santé des femmes noires sont encore plus rares. On peut également souligner l'existence du mémoire de maîtrise de Katherine Novello-Vautour qui porte sur les violences obstétricales vécues par les personnes noires et autochtones dans les institutions de santé au Canada (Novello-Vautour, 2021).



Mouvement et pratiques d'humanisation des naissances

Entre les années 1970 et 1980, deux conceptions de la naissance et du déroulement de l'accouchement s'affrontent : la médicalisation de l'accouchement et l'humanisation de l'accouchement. Ces visions sont intrinsèquement liées aux restructurations institutionnelles qui marquent la société québécoise à la suite de la Révolution tranquille, dont l'une des conséquences est la mise en place de l'État-providence. En effet, la première politique québécoise sur la périnatalité est instaurée en 1973 avec l'avènement de cours prénataux qui préconisent l'accouchement en milieu hospitalier. Jusqu'au début des années 1970, ce sont les hommes qui composent la majorité du corps médical. Convaincus d'être en mesure d'éradiquer la mortalité infantile, ces derniers font la promotion de nouvelles normes autour de la reproduction humaine. L'une de ces normes est la consultation régulière d'un médecin. Selon l'historienne Denyse Baillargeon, le processus de médicalisation de la maternité s'articule autour de « préjugés sans rapport avec l'objectivité scientifique dont les médecins se réclament, et [...] leurs discours, sous des dehors humanistes, vise avant toute chose à s'imposer dans un domaine jusqu'alors contrôlé par les femmes » (Baillargeon, 2004, pp. 93-94).

Le mouvement d'humanisation émerge à la suite de la médicalisation de l'accouchement. C'est à partir des années 1990 que plusieurs groupes de défense des droits des femmes s'organisent pour se réapproprier l'expérience de l'accouchement et ainsi, promouvoir l'humanisation de l'accouchement. Ces groupes revendiquent la création de plateformes structurées, afin de générer des changements dans les pratiques obstétricales. Plus récemment, ces organisations encouragent également le recours aux médias sociaux pour dénoncer les injustices subies par les femmes. L'humanisation de l'accouchement souhaite la reconnaissance de pratiques qualifiées aujourd'hui de violences obstétricales, afin que les femmes qui les vivent soient en mesure d'y faire face et de les dénoncer (Lévesque *et al.*, 2018).



Le concept de violence obstétricale est défini comme étant l'appropriation du corps et des processus reproductifs des femmes par le personnel de la santé. Cette appropriation se traduit par un traitement déshumanisant, un abus de médication et la pathologisation de processus considérés comme naturels, ce qui entraîne une perte d'agentivité et d'autonomie pour les femmes lorsqu'elles sont amenées à prendre des décisions libres sur leur corps et leur sexualité. Ainsi, les violences obstétricales affectent négativement la qualité de vie des femmes (Pérez D'Gregorio, 2010)[2]. Parmi ces pratiques, il est possible de retrouver l'absence d'accord et/ou de consentement chez les femmes qui consultent pour recevoir des services en gynécologie et en obstétrique, ainsi que l'absence de reconnaissance de l'agentivité des consultantes. Le courant d'humanisation de la naissance se caractérise par la reconnaissance du rôle des femmes qui accouchent et des familles en tant qu'agentes légitimes de leurs décisions lors de l'accouchement. Ensuite, par la reconnaissance que l'accouchement est un événement naturel, normal et physiologique, ce courant prône sa démedicalisation. Finalement, par l'implication du type optimal d'intervenants lors de l'accouchement, ce courant met l'accent sur la collectivité, qui doit être supportée par un·e intervenant·e et une équipe de soins de première ligne, appuyé·e-s par des ressources spécialisées, dans l'optique de créer une relation égalitaire et sécuritaire entre l'intervenant·e et la femme (Vadeboncoeur, 2005).

[2] Traduction libre de la définition anglophone des violences obstétricales : « The appropriation of the body and reproductive processes of women by health personnel, which is expressed as dehumanized treatment, an abuse of medication, and to convert the natural processes into pathological ones, bringing with it loss of autonomy and the ability to decide freely about their bodies and sexuality, negatively impacting the quality of life of women ». (Pérez D'Gregorio, 2010)



Méthodologie et cadre théorique

Les femmes noires québécoises s'appuient encore sur les statistiques venant des États-Unis et du reste du Canada pour valider leurs propres histoires et analyses sur cette question. L'objectif du projet mené était de développer des données préliminaires propres au Québec sur l'expérience des femmes noires dans le secteur de la santé gynécologique et obstétrique, pour pallier l'absence de données probantes, et d'inciter les milieux de recherche et de pratiques à approfondir les connaissances sur ce sujet. Afin de contribuer au développement de connaissances, notre échantillon se compose de 24 femmes noires cisgenres, c'est-à-dire qui s'identifient au genre qui leur a été assigné à leur naissance. Nous avons interrogé 16 patientes qui ont utilisé les services du système de santé québécois dans les 5 dernières années. Ce critère permettait de limiter l'étendue de notre recherche. Nous avons également mené des entretiens qualitatifs avec 8 professionnelles de milieux variés : infirmières, médecins, doulas. Dans la perspective d'explorer les expériences des femmes noires dans le système de santé, une diversité de profils a été privilégiée en termes d'âge, de milieu socio-économique, de citoyenneté/statut d'immigration, d'origine ethnique, ainsi que d'autres facteurs. Les participantes ont été sollicitées à travers un vaste réseau d'organismes locaux et nationaux dont une grande partie sont membres de Relais-femmes : Regroupement Naissances Respectées, Action femmes handicapées Montréal, Vivre 100 Fibromes, Fédération du Québec pour le Planning des Naissances (FQPN), Collectif des femmes noires musulmanes, Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS), ainsi que via LinkedIn.

Notre recherche s'est déroulée en deux temps. Dans un premier temps, nous avons réalisé deux groupes de discussion à l'été 2021 avec un total de 10 femmes noires qui ont reçu des soins dans le système de santé québécois dans les cinq dernières années. Ces femmes proviennent de régions géographiques variées et ont consulté pour une variété d'enjeux : tumeur, grossesse, endométriose.



Le but de ces groupes de discussion était d'encourager la parole et les perspectives collectives autour de la prise en charge de la santé gynécologique et obstétrique des femmes noires. Les participantes ont pu parler de leurs expériences, mais aussi des réalités vécues par les femmes noires de leur entourage. Les savoirs expérientiels des participantes nous ont éclairé plus largement sur le fonctionnement du système de santé québécois dans la prise en charge de la santé gynécologique et obstétrique des femmes noires. Leur analyse a mis en lumière des éléments cruciaux pour réfléchir à des pistes d'actions ou à des avenues en vue de recherches futures (Ollivier & Tremblay, 2000). De même, ces deux groupes de discussions nous ont permis d'identifier les principales problématiques communes ainsi que les thèmes/enjeux à creuser dans les entretiens individuels.

Dans un second temps, entre le mois de janvier 2023 et le mois de mars 2023, nous avons réalisé 11 entretiens individuels semi-dirigés auprès de 6 patientes noires et 5 professionnelles de la santé noires. L'entretien individuel semi-dirigé, éprouvé pour aborder des questions délicates ou d'ordre intime comme la santé gynécologique et obstétrique, permet d'examiner en profondeur les expériences individuelles. Ces entretiens ont permis de faire émerger des thèmes récurrents, tels que la discrimination et ses représentations, les multiples enjeux de santé rencontrés par les femmes noires, les pratiques de soins équitables et les solutions potentielles pour remédier aux enjeux vécus lors de leur consultation dans le système de santé. Un ultime groupe de discussion avec des professionnelles de la santé a également été réalisé en mars 2023. Ce dernier a permis d'émettre un certain nombre d'hypothèses issues des entretiens individuels et des deux premiers groupes de discussion, à partir des savoirs uniques – et situés – de personnes ayant une connaissance du milieu de la santé, de ses contraintes et de ses biais. Il a permis d'identifier des actions possibles pour une meilleure prise en charge de la santé gynécologique et obstétricale des femmes noires dans le système de santé québécois.



Pour l'ensemble de notre collecte, nous avons utilisé une grille d'entretien, incluant des questions d'ordre sociodémographique pour mieux connaître les caractéristiques des participantes et leurs socio-déterminants.

Notre recherche

Publié en 2021, l'essai de Colleen P. Campbell illustre comment, dans un contexte étasunien, le racisme médical et les pratiques institutionnelles exposent les femmes noires à des interventions chirurgicales qui sont davantage risquées. Ce phénomène est davantage présent dans le secteur de l'obstétrique, dans lequel les femmes noires sont particulièrement exposées à la surmédicalisation et à la négligence médicale. La surmédicalisation s'explique par la présomption que les corps Noirs sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé. Un des exemples donnés par Campbell est la réalisation excessive de césariennes chez les femmes noires. Cette surmédicalisation limite l'agentivité reproductive des femmes noires et empêche le bon déroulement de certains protocoles, tels que le consentement informé. Campbell justifie ces inégalités par la pathologisation hégémonique et biologique du corps des femmes noires, laquelle prend ses origines dans la traite transatlantique. En tant que femmes, les afro-descendantes sont vulnérables à la domination genrée et raciste, tandis que leur négritude leur dénie toute protection (Campbell, 2021). En raison de la reproduction des préjugés esclavagistes, au Canada, les femmes noires sont souvent perçues comme étant sexuellement déviantes. Cette stéréotypisation sert de justification à la violence sexuelle à leur égard, mais également à leur surveillance accrue par les praticiens du domaine de la santé (Maynard, 2018).



Trois objectifs ont été ciblés lors de la réalisation de la recherche :

- à partir de la perspective des femmes noires interrogées, la documentation de la prise en charge et de l'information prodiguée aux femmes noires lorsqu'il est question de leur santé gynécologique et obstétrique;
- l'identification des obstacles structurels qu'elles rencontrent dans le système de santé québécois lorsqu'elles veulent prendre soin de leur santé gynécologique et obstétrique, dans le but de développer des outils en vue de soutenir ces femmes et les professionnel-le-s de la santé;
- la compréhension de leurs expériences dans le système de santé québécois et leurs conséquences, notamment concernant leur autonomie, la possibilité de prendre des décisions éclairées, leur confiance envers le système et leur santé future.



1. Prise en charge des femmes noires

« Tu es intimidée face à des médecins, tu es intimidée face à des gynécos, tu es intimidée face à des sage-femmes parce qu'on t'a toujours appris que tout le monde en sait mieux sur toi que toi-même. »
[3]

Les patientes que nous avons interrogées ont consulté le système de santé pour une variété d'enjeux médicaux liés à leur santé gynécologique et obstétrique. Certains motifs de consultation sont revenus plus que d'autres : grossesse, fibromes utérins, règles douloureuses et/ou inconsistantes, tumeur. Toutefois, certaines femmes ont eu recours au système de santé québécois pour plus d'un enjeu lié à leur santé gynécologique et obstétrique. Malgré cette pluralité d'enjeux, les constats sont les mêmes d'une patiente à une autre : les femmes noires interrogées ont été victimes de bris protocolaires. Dans le contexte de notre recherche, nous avons défini les bris protocolaires comme étant des moments de négligence à l'égard de pratiques qui ont été prédéfinies dans le système de santé. Les professionnelles que nous avons interrogées ont mentionné à plusieurs reprises l'importance de respecter les protocoles mis en place, quelle que soit la situation de consultation.

« En tant que professionnelle de la santé, il y a des protocoles qui sont mis en place et quelle que soit la situation d'intervention, il y a toujours une demande de consentement qui est faite. » [4]

Selon Colleen P. Campbell, la négrophobie vécue par les femmes au sein du système de santé prive ces dernières de plusieurs droits qui sont inhérents lors d'une consultation : la lecture de leurs droits et la capacité de donner un consentement éclairé.

[3] Patiente 6, entrevue individuelle réalisée le 17 février 2023.

[4] Professionnelle 6, groupe de discussion des professionnelles de la santé réalisé le 21 mars 2023.



Campbell justifie l'absence de demande par le corps médical du consentement des femmes noires par le long historique de leur déshumanisation, qui les a réduites à être des objets cliniques. Au cours de l'histoire, l'absence de protection légale qui a entouré les corps des femmes noires explique leur surreprésentation sur les tables d'opération comme objets pour l'apprentissage de la médecine. Ainsi, les corps des femmes noires ont pu être envisagés uniquement comme propriétés médicales pour les étudiant·e·s en médecine, majoritairement blanc·he·s. La capacité et le droit des femmes noires de donner leur consentement devient abstrait pour les personnes qui prodiguent les soins à leur égard (Campbell, 2021). Certaines des participantes de notre étude ont souligné qu'elles n'ont pas eu l'impression de pouvoir donner un consentement éclairé.

« Intervieweuse : Est-ce que tu considères que tu as eu l'opportunité, par exemple, de poser des questions, de participer à certaines décisions concernant les soins ?

Participante : C'est une bonne question. Techniquement, tu as le temps, mais en vérité tu n'as pas le temps, ça revient à la même chose qu'un consentement libre. Oui, techniquement, tu peux dire oui ou non. Techniquement, tu as le temps, mais les choses ne sont pas mises en place pour que. T'as pas le temps dans la vie en vrai. C'est pour ça qu'on a un système de santé, c'est pour ça que t'as des suivis de grossesse. Ce sont des gens qui sont censés t'épauler, te soutenir, te guider. Mais quand tu n'as pas ça là, t'es censée aller où pour aller chercher ton info ? Non je peux pas dire que c'est libre et éclairé. Je pense que c'est une utopie. Je pense pas que ce soit, je pense pas que ce soit réaliste. Je pense pas que ce soit vrai. »[5]

Certaines professionnelles nous ont partagé des exemples concrets où le consentement des femmes a été brimé.

[5] Patiente 6, entrevue individuelle réalisée le 17 février 2023.



« J'ai pas expérimenté ça personnellement, puis je vais pas comme, laisser ça arriver mais comme tu sais, j'ai des femmes qui m'ont dit que par exemple, on leur a dit qu'ils vont se faire crever les eaux, puis elles ont dit non, elles veulent pas, puis finalement tu sais, l'infirmière est comme, ben je l'ai déjà fait, fait que ça, c'est un des exemples ? Ou même pendant que le bébé est en train de sortir, on utilise les ciseaux pour faire une épisiotomie tandis que on n'a même pas dit à la patiente que on allait faire une épisiotomie, fait que ça, c'est des choses vraiment traumatisantes, que les gens amènent dans leur prochain accouchement, puis c'est pour ça que beaucoup de personnes viennent à moi, je dirais, c'est vraiment parce que leur premier accouchement était vraiment traumatisant. Je dirais que la moitié des gens que j'accompagne, c'est ça leurs prémisses. »[6]

Nous nous sommes interrogées sur l'accès aux soins lorsque la professionnelle de santé est une personne noire. Recevoir des soins d'une professionnelle noire, qui pourrait s'identifier et sympathiser avec l'expérience de patientes noires, pourrait-il apporter un certain baume aux enjeux de non-respect du consentement ? Ce n'est pas nécessairement le cas.

« Donc tu sais une fois, j'avais sympathisé avec une patiente, on parlait et tout, puis elle me disait qu'elle avait eu justement une mauvaise expérience, qu'elle était à l'hôpital, puis y avait une connaissance d'une connaissance, ça s'avérait que c'était son infirmière. Puis on a appris qu'on avait divulgué des informations confidentielles, fait que tu sais, elle mettait des étiquettes justement que si tu fais affaire à une infirmière de sa culture, y a des possibilités que ce soit divulgué dans sa communauté et tout simplement, j'ai dit ben non le travail, c'est le travail. C'est du 50-50, C'est rare quand ça arrive, mais quand ça arrive, tu te dis... donc je ne te dirais pas que ça n'existe pas, ça existe encore »[7]

[6] Professionnelle 4, entrevue individuelle réalisée le 24 janvier 2023.

[7] Professionnelle 2, entrevue individuelle réalisée le 24 janvier 2023.



Alors que le non-respect du consentement des femmes noires peut être attribué à une forme de négligence envers leur bien-être, justifié par un long historique de pratiques déshumanisantes et essentialisantes envers leur corps, elles sont également soumises à des pratiques de surveillance accrue à leur égard. Ce zèle est particulièrement visible lors des suivis de grossesse.

« Moi j'étais à 19.6 puis il fallait 20 semaines. Donc j'ai eu un médecin qui était très, très, très, très pointilleux sur le une journée qu'il me manquait. Donc il y a un médecin qui m'a dit d'attendre jusqu'à minuit à la salle d'urgence, malgré que j'étais accompagnée de mon accompagnante de naissance qui était à la maison de naissance xxx. Je qualifie ça comme du zèle. Heureusement, il y a une gynécologue qui passait par là, elle a bien poivré le médecin qui était un peu dans l'abus et elle m'a monté tout de suite à l'étage de l'obstétrique. »[8]

Cette forme de nonchalance de la part de certain-e-s professionnel-le-s de la santé à l'égard des participantes n'est pas l'unique forme de violence qui se manifeste à l'égard des femmes noires qui consultent pour recevoir des soins en gynécologie et en obstétrique. En effet, une recherche réalisée par M. A. Hunter *et al.* (2009) souligne les perceptions selon lesquelles la sexualité des femmes noires est considérée comme déviante. Cette étude postule également que plusieurs enjeux socio-économiques poussent les jeunes noir-e-s à prendre des mauvaises décisions concernant leur santé sexuelle. Les facteurs sont multiples : l'accès limité aux systèmes de santé, l'absence d'éducation sexuelle, par exemple. Ces facteurs sont tous intrinsèquement liés au manque de ressources dans les quartiers défavorisés (Hunter *et al.*, 2009). Cette absence de moyens pour soutenir les jeunes noir-e-s peut entraîner une sexualité précoce, par manque d'éducation sexuelle, ce qui fait que les femmes noires sont exposées au risque de tomber enceinte jeunes.

[8] Patiente A, groupe de discussion des patientes #1 réalisé en été 2021



Par ailleurs, la perception selon laquelle les femmes noires seraient sexuellement déviantes justifie la violence sexuelle à leur égard et provoque une surveillance accrue envers elles (Maynard, 2018) dans le système de santé. Une de nos participantes a été victime de cette vigilance, qui s'est matérialisée à travers l'insistance exercée à son égard pour qu'elle prenne une décision concernant sa grossesse.

« I was going to the hospital after like a month, they called in the baby doctor and the baby doctor was like, "I didn't know that you decided to have the baby". And I was like, I haven't made my decision. If the baby's gonna die, they're gonna die on their own. I can't. I was like, I can't terminate it. It's not my decision to make. At 20 and 21 weeks, they were like, you know, the sooner that you terminate the pregnancy, the sooner it will be for you. And then it was like, "OK, if you can make it to 24 or 25 weeks, the baby will be, I think the word is viable". After a week, the nurse was like, "You know, you have to decide... Are you keeping this baby or not?" And I was like, the decision still is not mine. Like, look how far I've come. Look how far we've come. So especially with that first ultrasound. With the first ultrasound, all of his limbs were here. I didn't know the sex, but all the limbs were there, you know, they knew the baby's sex, so I was just like, why am I like, I didn't understand the pressure of having to terminate. »[9] [10]

[9] Patiente 10, entrevue individuelle réalisée le 15 mars 2023.

[10] « Je suis allée à l'hôpital au bout d'un mois, ils ont appelé le médecin du bébé qui m'a dit : "Je ne savais pas que vous aviez décidé d'accoucher". J'ai répondu que je n'avais pas encore pris ma décision. Si le bébé doit mourir, il mourra de lui-même. Je ne peux pas... Ce n'est pas à moi de prendre cette décision. À 20 et 21 semaines, ils m'ont dit que plus tôt vous interrompiez la grossesse, plus tôt ce serait pour vous. Ensuite, on nous a dit : "OK, si vous arrivez à 24 ou 25 semaines, le bébé sera, je crois que le mot est viable". Au bout d'une semaine, l'infirmière m'a dit : "Vous savez, vous devez prendre une décision. Vous gardez ce bébé ou pas ?" Et j'ai répondu que la décision ne m'appartenait toujours pas. Regardez le chemin que j'ai parcouru. Regardez le chemin que nous avons parcouru. Surtout lors de la première échographie. Lors de la première échographie, tous ses membres étaient là. Je ne connaissais pas le sexe, mais tous les membres étaient là, vous savez, ils connaissaient le sexe du bébé, alors j'étais juste comme, pourquoi suis-je comme, je ne comprenais pas la pression d'avoir à mettre fin à la grossesse. »



Le zèle à l'égard de cette participante ne s'est pas limité à cette unique expérience. Lors d'une autre visite à l'hôpital, pour la même grossesse, la personne a indiqué avoir également été l'objet de pratiques de surveillance accrue à son égard, de la part des professionnel-le-s de la santé.

« So I went back another night. I think I had gone into early labour the second time. They just changed my rooms, but then they're like "you're not having this baby yet, like the baby's not ready to come". So they let me back in another room. And I'll never forget this day. There was a doctor who came in, sorry, not a doctor, a resident who came in. And he had said, you know, he was really, really trying to convince me, and I was like, "you guys keep coming in here I know that you talk to one another, like don't you get the point? My baby's gonna come when he's ready to come. Like I was told that he was gonna die, that I would not make it through this pregnancy, but look how far I've come. This is not for you guys to play around with. »[11]
[12]

Une autre de nos participantes nous a également démontré comment son expérience était teintée de zèle et de nonchalance. Cette exposition s'est faite lors de sa consultation auprès d'un hôpital afin de recevoir des soins pour des règles irrégulières. Les professionnel-le-s refusaient de lui prodiguer des soins tant qu'elle n'avait pas passé de test de grossesse, alors qu'elle soulignait à de nombreuses reprises qu'il était impossible pour elle d'être enceinte. Il est important de noter que cette participante est une travailleuse étrangère, et n'a donc pas accès au régime d'assurance-maladie du Québec.

[11] Patiente 10, entrevue individuelle réalisée le 15 mars 2023.

[12] « J'y suis donc retournée une autre nuit. Je pense que le travail avait commencé tôt la deuxième fois. On m'a changé de chambre, mais on m'a dit : "Vous n'allez pas encore accoucher, le bébé n'est pas prêt à venir". Ils m'ont donc réintégrée dans une autre chambre. Et je n'oublierai jamais ce jour. Un médecin est entré, désolé, ce n'était pas un médecin, c'était un résident. Et il a dit, vous savez, il essayait vraiment, vraiment de me convaincre, et j'ai dit, "vous continuez à venir ici. Je sais que vous vous parlez, mais vous ne comprenez pas ? Mon bébé viendra quand il sera prêt à venir. On m'a dit qu'il allait mourir, que je ne survivrais pas à cette grossesse, mais regardez le chemin parcouru. Ce n'est pas à vous de jouer avec ça" »



« Alors ce qui fait que je suis allée à l'hôpital ce jour-là comme prévu, et j'arrive à l'hôpital, ce qui se passe, l'infirmière elle me dit, "ouais, vous devez pisser au truc, machin parce qu'on doit faire passer un test de grossesse". J'ai dit "yo, y'a personne". Elle me dit "Mais la docteure a dit qu'elle vous voit pas, vous faites pas le test de grossesse". Je suis comme... c'est quoi le rapport ? Elle dit non, qu'elle me verrait pas si je le fais pas. Alors je dis OK, pas de problème donc j'ai pissé, ils ont fait les tests de process, ils ont vu que j'étais pas enceinte, j'ai dit "Ben oui je vous le dis comme ça fait vraiment des années que j'ai pas pris machin, donc c'est pas une grossesse". Et après la médecin elle vient me voir, elle me dit "Ben écoute ça arrive hein, ça arrive à d'autres femmes, on sait pas pourquoi mais ça arrive" »[13]

Selon l'historien Sean Mills, au Québec également, la sexualité des personnes noires est perçue comme une forme de déviance. Les politiques d'immigration portent la marque des visions sexualisées de la citoyenneté (Mills, 2016). Notons par exemple les procédures déshumanisantes qui ponctuent l'expérience migratoire des personnes noires d'Afrique lorsqu'elles souhaitent demander l'asile, ainsi que les réglementations canadiennes qui accompagnent leurs demandes de statut. Selon Citoyenneté et immigration Canada, la législation actuelle stipule que les candidat·e·s à l'immigration peuvent être refusé·e·s s'ils et elles sont en « mauvaise santé », s'ils et elles peuvent représenter un danger pour la santé publique ou représenter un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé (Adam-Vézina, 2012). Par ailleurs, il convient de rappeler que l'instauration de plusieurs codes raciaux pendant le régime de l'esclavage contribuait à fausser les échanges entre personnes noires et personnes blanches (Mills, 2016).

[13] Patiente 8, entrevue individuelle réalisée le 23 mars 2023.



De fait, certain·e·s ressentent encore une peur primitive des personnes noires, tandis que d'autres ressentent un besoin récurrent de discipliner et de contrôler les corps noirs, en plus de conformer les personnes noires aux divers codes raciaux instaurés dans les politiques migratoires canadiennes. La chercheuse Émilie Adam-Vézina s'est penchée sur les préjugés et les obstacles rencontrés par les femmes noires réfugiées séropositives qui souhaitent immigrer au Canada (Adam-Vézina, 2012). Bien qu'aucune de nos participantes ne nous ait confié être séropositive, l'analyse d'Adam-Vézina lève le voile sur les représentations essentialisantes de la sexualité des femmes noires qui caractérisent les politiques migratoires canadiennes. En effet, l'autrice souligne que plusieurs femmes séropositives ont préféré taire leur maladie, afin d'éviter des difficultés supplémentaires lors de leur entrée au pays. Certaines relatent que lors de leur audience pour obtenir leur statut, il est supposé qu'elles viennent au Canada uniquement pour soigner leur maladie, alors que la plupart d'entre elles cherchent à fuir le climat instable de leur pays d'origine, ou encore des situations de violences conjugales (Adam-Vézina, 2012).

Dans le cadre de notre étude, les cas de nonchalance de la part des professionnel·le·s à l'égard des femmes noires se sont manifestés à travers des démonstrations de négligence lorsque les femmes consultent pour des raisons autres que des grossesses et ce, peu importe leur statut migratoire. Certaines de nos participantes nous ont confié avoir attendu des années pour obtenir des diagnostics définis sur leur état de santé. Une participante a évoqué la difficulté à obtenir un diagnostic de fibrome.

« Fait que tu sais, je me suis sentie délaissée parce que ça faisait 10 ans que je disais que non, ce n'est pas normal, j'ai des règles douloureuses, j'ai ci j'ai ça, la pilule, ça aide pas avec les règles, donc qu'est-ce qu'on fait ça pendant 10 ans ? J'ai dû insister pour qu'on pousse un peu plus loin, qu'on creuse un peu plus. Et pour avoir une référence pour une échographie. Peut-être que si j'avais eu les moyens, puis j'étais allée au privé, j'aurais pas attendu aussi longtemps que ça, je sais pas....



... Mais ça a mis très longtemps avant de découvrir ce fibrome. Et même après. Il y avait aucune prise en charge. Et je crois que je suis pas la seule, y a plusieurs personnes, y a aucune prise en charge, t'as un fibrome ben débrouille-toi avec, ou sinon ouais. »[14]

Une autre nous a confié avoir été brusquée lors du diagnostic d'une tumeur.

« On nous annonce la chose mais on nous explique pas tant. Puis moi quand je suis allée... Quand je suis allée à l'hôpital et qu'on m'a dit que j'avais une tumeur euh... Bah... Moi je n'ai pas eu le temps... On m'a dit "ok vous avez une tumeur à l'utérus, voilà ce qui va se passer". Il y a pas eu de pause, il y a pas eu... On ne m'a pas laissé le temps d'accueillir la nouvelle... On m'a pas laissé le temps d'accueillir la nouvelle et m'a dit "voilà ce qu'il va se passer". Quand on m'a fait les examens, moi on m'a annoncé que j'avais une tumeur qui faisait la taille d'un fœtus de 6 mois, ça veut dire que ma tumeur elle était là depuis des ANNÉES, c'est toutes les années où j'essayais de... De... De voir des médecins et de me faire soigner »[15]

Le manque de réaction du corps soignant à l'égard des femmes noires et leurs problèmes de santé ne se limite pas au moment où elles souhaitent obtenir des soins. Une attitude similaire peut être observée lorsqu'elles refusent d'en recevoir.

« Souvent, quand c'est une femme noire qui refuse le soin, j'ai vu des médecins ne pas plus insister, donc généralement, on a droit à un refus de soins, mais tu sais, on va expliquer au patient "écoute si tu refuses, il va arriver telle chose et telle chose et telle chose". On a plus d'énergie avec nos clientes blanches à essayer de comprendre pourquoi ou à essayer de convaincre de pas le faire qu'avec nos clientes noires, en effet. Dans une mesure où le médecin est déjà au courant. »[16]

[14] Patiente 6, entrevue individuelle réalisée le 17 février 2023.

[15] Patiente B, groupe de discussion des patientes #1 réalisé en été 2021.

[16] Patiente B, groupe de discussion des patientes #1 réalisé en été 2021



Pourtant, les protocoles et les pratiques sont claires : le fait d'être une femme noire ne devrait pas influencer la nature des soins reçus. Les professionnel-le-s de la santé que nous avons interviewé nous ont souligné les situations qui peuvent expliquer la nature de certains soins différenciés.

« C'est sûr que, en termes de la couleur de notre peau, il y a certaines pathologies vulvaires que peut-être, si on porte pas attention, tu sais comme au niveau de la santé gynécologique, tout ça, peut être qu'on pourrait rater si la personne, le professionnel ou la professionnelle ne porte pas attention, parce que tu sais quelque chose sur la peau d'une personne, mettons, blanche, pourrait passer inaperçu sur la peau d'une personne noire, si on porte pas attention, OK, mais j'essayais de voir à part ça, si je me dis le protocole, c'est quand même la même chose ça. »[17]

Si les protocoles ont été établis pour que les soins reçus pour les femmes soient les mêmes sans distinction de race, comment pouvons-nous expliquer l'expérience différenciée de nos participantes dans le système de santé québécois, lorsqu'elles consultent pour leur santé gynécologique et obstétrique ?

[17] Professionnelle 6, groupe de discussion des professionnelles de la santé réalisé le 21 mars 2023.



2. Comprendre les impacts de l'expérience vécue des femmes noires dans le système de santé québécois

« Si on en vient à l'aspect de couleur, ben c'est aux femmes, elles-mêmes, noires, de cibler quels sont les aspects, lors de leur rencontre avec un professionnel de la santé au niveau obstétrique, gynécologique, qu'elles voudraient qui soit pris en considération. »[18]

Le milieu médical se caractérise par la coexistence de plusieurs préconceptions sur les femmes noires. Des recherches ont démontré que les médecins se sentent moins affilié·e·s aux patient·e·s noir·e·s, comparément aux patient·e·s blanc·he·s (Van Ryn et Burke, 2000). Lors des entrevues, les participantes ont été en mesure de nommer un ou plusieurs facteurs identitaires influant le traitement qu'elles ont reçu dans le système de santé québécois. Les traits identitaires identifiés par les femmes noires font écho aux stéréotypes qui existent à leur égard. Ainsi, l'expérience des femmes noires dans le système de santé québécois est marquée par la « menace du stéréotype », un principe théorisé par Cleopatra Abdou, professeure en travail social et Adam Fingerhut, professeur en psychologie, tout deux aux États-Unis. La menace du stéréotype se caractérise par la peur de confirmer un préjugé négatif sur son groupe d'appartenance, ainsi que la peur d'être jugé par son association à un groupe donné (Abdou et Fingerhut, 2014). Ainsi, afin de ne pas ressentir cette crainte, la personne appartenant au groupe donné éviterait les situations dans lesquelles elle risquerait d'être exposée à ces stéréotypes (Steele et Aronson, 1995).

Les femmes reconnaissent que leur racialisation joue un rôle dans la manière dont elles sont perçues par le système. Cependant, ultimement, c'est l'existence d'intersections autres que le genre et la couleur de la peau qui définit les services qu'elles reçoivent. Leur image corporelle peut également influencer la manière dont elles sont appréhendées.

[18] Professionnelle 1, entrevue individuelle réalisée le 24 janvier 2023.



2.1 Enjeux géographiques, statut migratoire, langue

Les expériences négatives des femmes noires au sein du système de santé sont amplifiées lorsqu'elles sont isolées géographiquement, ne parlent pas la langue première de la province et n'ont pas accès aux services du régime d'assurance-maladie du Québec en raison de leur statut migratoire. Ces trois aspects sont d'ailleurs particulièrement imbriqués les uns avec les autres. Les femmes qui vivent dans les régions éloignées des grands centres doivent composer avec un accès limité aux ressources médicales dont elles ont besoin, en plus d'être davantage exposées aux attitudes racistes en raison de leur identité raciale minoritaire. L'une de nos participantes reconnaît que les perceptions envers les femmes qui vivent à l'extérieur des villes peuvent différer de celles des femmes qui vivent en région urbaine.

« On avait le racisme, il y a toujours du racisme, mais c'était très peu visible, comparé si tu travailles dans un secteur très homogène, je veux dire à l'extérieur des grands centres urbains, comment les femmes noires sont perçues, comment elles sont accueillies, comment elles sont soignées, c'est différent, complètement différent de ce que moi je peux dire. »[19]

Une des patientes interrogées abonde dans le même sens.

« Une chose que je me suis vraiment rendu compte à mes débuts, et j'étais vraiment frustrée énormément, c'est que, je crois que c'est peut-être le fait que j'habite en région plus éloignée, je n'arrivais pas à avoir accès à un médecin, un gynécologue en fait. »[20].

[19] Professionnelle 6, groupe de discussion des professionnelles de la santé réalisé le 21 mars 2023.

[20] Patiente C, groupe de discussion des patientes #1 réalisé en été 2021



Le manque d'accès aux ressources n'est pas le seul enjeu rencontré par les femmes noires qui vivent hors de Montréal. Le manque de représentation de professionnelles noires en région est également relevé, notamment par l'une de nos participantes.

« Une chose en tout cas que je constate beaucoup mettons dans les régions plus éloignées que Montréal et Québec, c'est qu'il y a aucune représentativité des femmes noires mettons dans le milieu obstétrique et gynécologique. »[21]

Pourtant, une étude publiée au sujet de la contribution des populations immigrantes et/ou issu·e·s de groupes considérés comme minorités visibles souligne que les femmes noires et des Philippines sont surreprésentées parmi les aides-infirmier·ère·s, les aides-soignant·e·s et les préposé·e·s aux bénéficiaires (Statistiques Canada, 2020). Or, cette étude fait fi de la répartition géographique de ces personnes. À la lumière des expériences recensées par nos participantes, mais également en regard de ce qui nous a été rapporté par certaines professionnelles de la santé, il est juste d'affirmer que la plupart des professionnelles de la santé noires travaillent dans les grandes zones urbaines, dont Montréal. Cependant, résider dans ces zones plus densément peuplées ne garantit pas un accès sans failles aux services de gynécologie et d'obstétrique. Certaines de nos participantes mentionnent que la barrière de la langue peut également affecter la qualité des services reçus.

« Premièrement, c'est vrai quand il y a une barrière linguistique, c'est difficile, c'est difficile parce qu'il faut prendre en considération que ça va vite dans le système de santé, le personnel n'a pas beaucoup de temps. Et puis dans des situations comme ça, si y'a une barrière linguistique, l'information est donnée, mais peut-être la personne n'a pas le temps de tout comprendre. »[22]

[21] Patiente C, groupe de discussion des patientes #1 réalisé en été 2021.

[22] Professionnelle 6, groupe de discussion des professionnelles de la santé réalisé le 21 mars 2023.



Un rapport publié en 2019 corrobore les discriminations liées à la langue au Québec, particulièrement pour les femmes réfugiées. Ces dernières ont indiqué avoir rencontré des difficultés à se faire comprendre dans le système de santé québécois car les services sont, en grande partie, uniquement offerts en français (Melaku, 2019). Néanmoins, l'existence de traducteur·ice·s permet aux patientes qui ne parlent pas français de bénéficier des mêmes services. En revanche, la présence d'un·e traducteur·ice n'est pas garantie, particulièrement pour les femmes noires qui vivent dans des secteurs éloignés des villes.

« Je me rappelle quand je travaillais en CLSC dans le contexte multi-ethnique, mais les femmes en prénatal qui ne parlaient pas la langue, on avait accès à une traductrice, qui était là pour elles, mais dès que tu pars, tu vas dans des secteurs plus éloignés, l'accès à cette traductrice là ou à ce traducteur n'est plus présent. »[23]

Certaines femmes noires sont aux prises avec une difficulté bien différente : l'accès même aux soins de gynécologie et obstétrique. En effet, les femmes qui ne sont pas résidentes permanentes ou citoyennes canadiennes rencontrent davantage de résistance de la part du système et de ses représentant·e·s, particulièrement les médecins. Nos participantes ont soulevé le changement d'attitude des médecins une fois qu'elles ont eu accès à la RAMQ. Avant l'obtention de l'assurance-maladie, les spécialistes avaient majoritairement fait preuve de nonchalance envers les femmes noires, à travers des pratiques arbitraires qui ont même été relevées par les professionnelles de la santé que nous avons interrogées.

« En plus avec mon statut temporaire, j'avais pas toujours accès aux soins médicaux, c'était compliqué, au début je payais pour aller voir un médecin parce que j'avais un permis de travail ouvert donc j'avais pas la RAMQ en fait. (...) Et puis aussi parce que mon statut a changé, là j'ai eu la RAMQ donc j'ai eu l'impression que le médecin.....

[23] Professionnelle 6, groupe de discussion des professionnelles de la santé réalisé le 21 mars 2023.



... Je sais pas trop comment ça se passe [rires] mais j'ai eu l'impression que le médecin il s'est dit "ok c'est beau je peux comme lui faire faire des tests et tout" ».[24]

En regard du statut migratoire, le traitement différencié à l'égard des femmes noires se manifeste également à travers les pratiques administratives qui caractérisent le système de santé. L'une de nos participantes souligne la charge mentale supplémentaire qu'elle subit lors de ses visites chez le médecin, en raison de son statut d'étudiante étrangère.

« Et puis moi dans mon cas aussi, le fait d'être immigrante et de pas avoir de médecin de famille, moi maintenant ce que je me suis décidée, c'est à chaque fois que je vais chez le médecin, je leur demande de prendre des photos de mon truc médical parce qu'étant donné que j'ai pas de médecin de famille, si je change d'hôpital ou si je me dis je vais aller à un autre hôpital parce que je... bref, dans tous les cas si c'est un truc d'urgence mais tu sais, la personne n'a pas d'antécédent de mon dossier médical. C'est à moi de prendre des photos pour donner mes antécédents dans mon dossier médical. Parce que mes médecins actus n'ont pas ces antécédents des médecins que j'ai eus en 2016 ou en 2015. »[25]

Le statut migratoire des patientes noires n'influence pas uniquement l'enclenchement de procédures médicales : il influence également la façon dont celles-ci sont traitées lors des dites procédures médicales. Certaines femmes réfugiées ont souligné avoir remarqué la réticence de certain·e·s docteur·e·s à leur égard en raison de préjugés sur l'absence de moyens monétaires des patientes sans statut, malgré le fait qu'elles possédaient un justificatif médical échu par le gouvernement pour prouver leur couverture médicale (Melaku, 2019).

[24] Patiente C, groupe de discussion des patientes #1 réalisé en été 2021.

[25] Patiente 8, entrevue individuelle réalisée le 23 mars 2023.



« Il y a une collègue, c'est vraiment elle directement qui a vécu ça, au niveau de l'accouchement d'une personne noire, d'une femme noire, réfugiée. Il semble qu'au niveau de la rémunération des médecins, c'est différent lorsque la personne a son papier, là, c'est pas la carte d'assurance maladie mais plutôt le papier du gouvernement fédéral qui paie les soins. Il semble que les médecins ne sont pas payés de la même façon, alors le médecin n'avait pas beaucoup de temps à accorder, de ce que mon ami disait, à une patiente pour laquelle il serait pas pleinement rémunéré pour ce qu'il fait. Donc, l'accouchement a été, les forceps sont sortis assez rapidement, sans ménagement, de ce qu'elle m'a raconté, elle était l'infirmière qui assistait le médecin. Donc c'est quelque chose qui l'a traumatisée, puis elle en parle encore après presque 20 ans, elle revit encore cette situation-là. »[26]

En considérant la langue parlée de nos participantes ainsi que leur statut migratoire, nous pouvons démentir le postulat selon lequel toutes les femmes noires vivent des expériences similaires dans le système de santé québécois (Hankvisky, 2014)

[26] Professionnelle 8, groupe de discussion des professionnelles de la santé réalisé le 21 mars 2023.



2.2 Perceptions du corps : entre âgisme et capacitisme

En tant que femmes noires, le corps des participantes diffère de celui du groupe dominant et est donc remarqué ; une situation amplifiée lorsqu'elles sont isolées géographiquement. Les femmes que nous avons interrogées nous ont fait part de perceptions additionnelles de la part des professionnel-le-s de la santé et qui ont influencé leur expérience dans le système de santé québécois. Ce sont d'ailleurs des propos qui nous ont été rapportés par l'une de nos participantes.

« Mais j'ai entendu par des collègues qui travaillaient dans d'autres organisations que c'était encore très homogène, n'y avait pas de représentation, puis que c'était très stéréotypé. Tu sais, on va dire toutes femmes noires font de l'hypertension artérielle, font de la prééclampsie, mais c'est pas vrai. Comme oui, y, a de la prédisposition, mais faut pas mettre des étiquettes vite vite. » [27]

Nos participantes qui sont plus jeunes, et/ou qui ont un handicap visible, ou qui ont une condition médicale nous ont confié avoir senti une forme de discrimination à leur égard, principalement en raison de leur âge et/ou de leur handicap. Nous avons tout de même été en mesure de noter un type d'expérience qui est revenu à de nombreuses reprises dans le récit des femmes interrogées : la perception selon laquelle les femmes noires ne ressentent pas la douleur.

Deux des participantes nous ont fait part d'expériences capacitistes qui s'articulent autour de l'impression selon laquelle les femmes noires sont davantage exposées au diabète gestationnel lors de leur grossesse. Bien que des recherches corroborent ce fait (Dornhost et al., 1992), elles s'inscrivent dans un contexte anglophone. Néanmoins, ces perceptions teintent également le système de santé québécois. À cet égard, une des participantes souligne comment son identité en tant que femme noire a joué un rôle spécifique lorsqu'elle a confronté une sage-femme qui a évoqué la possibilité qu'elle soit atteinte de diabète gestationnel.

[27] Professionnelle 8, groupe de discussion des professionnelles de la santé réalisé le 21 mars 2023.



« Franchement, je crois que ça, ça a joué. Je crois que ça, ça a joué, mais je crois que moi, mon identité, en tant que femme noire, a plus joué que l'identité des professionnels de la santé. Par exemple, j'ai l'impression que si ça avait été une femme blanche qui avait dit à la sage-femme, le diabète gestationnel, ou comment c'est mesuré c'est raciste, je pense que ça aurait été mieux reçu que par moi qui suis une femme noire. Moi, j'ai su tout de suite que c'était pas bien reçu ce que j'ai dit. Je l'ai vu tout de suite. »[28]

Pour une autre des participantes, la prétention selon laquelle les femmes noires sont davantage atteintes du diabète gestationnel a invisibilisé son diagnostic de diabète.

« The only information that I knew about myself was my diabetes. I know that there are women that catch diabetes when they're pregnant and then it goes away. And in my case, I'm a diabetic since I'm 4. And I knew how they were taking care of me and how they were dealing with me is not how you take care... like they don't know the difference and it was just a trial and error. »[29] [30]

Il ne s'agit pas de l'unique participante nous ayant souligné un manque de connaissances de la part du corps médical au sujet du corps des femmes noires et des maladies et/ou conditions qui peuvent les affecter. L'une des participantes nous a indiqué avoir eu l'impression que les perceptions entourant son corps n'étaient pas assez bien documentées.

[29] Patiente 10, entrevue individuelle réalisée le 15 mars 2023.

[30] « La seule information que je connaissais sur moi-même était mon diabète. Je sais qu'il y a des femmes qui attrapent le diabète lorsqu'elles sont enceintes et qu'il disparaît ensuite. Dans mon cas, je suis diabétique depuis l'âge de 4 ans. Et je savais que la façon dont ils s'occupaient de moi n'était pas la même que celle dont on s'occupe... comme s'ils ne savaient pas faire la différence et que c'était juste un essai et une erreur ».



« J'avance dans l'âge et mon corps progresse à travers l'endométriase et à travers l'âge et je trouve aussi qu'il y a un manque de connaissance par rapport à like the aging body, like est ce que j'approche de la ménopause, les changements qui se passent, est ce que... Donc je trouve que la question de prendre la patiente dans son contexte d'âge ». [31]

Selon l'étude de Kogan *et al.*, les conseils qui sont offerts aux femmes lors d'une grossesse sont intrinsèquement liés à la perception du personnel soignant selon la catégorie sociale de la patiente (Kogan *et al.*, 1994). Les exemples relevés par cette recherche soulignent que les femmes plus pauvres reçoivent des conseils au sujet de leur consommation de drogue, tandis que les femmes aisées sont jugées selon leur consommation d'alcool. Néanmoins, il n'existe aucune preuve de prévalence de ces consommations chez ces femmes. Cette présomption systémique, qui atteste des représentations en lien avec la classe sociale des femmes, n'est pas la seule qui marque l'imaginaire des professionnel-le-s de la santé. Les stéréotypes liés à l'âge de l'une des participantes ont marqué son expérience dans le système lors de sa grossesse et de son accouchement. Selon elle, le fait qu'elle soit Noire a eu un impact sur les services reçus, mais elle a également identifié son âge comme expliquant certains commentaires déplacés à son égard.

« Moi je mettais vraiment plus sur mon âge parce que j'ai l'impression que tu sais, le stéréotype de genre, la jeune femme noire enceinte, bla bla. Genre je recevais souvent des commentaires de comme "oh t'es encore à l'école, c'est bon, finir ton secondaire" alors que j'étais à ma genre 2e année d'université. »[32]

[31] Patiente E, groupe de discussion des patientes #1 réalisé en été 2021.

[32] Patiente 5, entrevue individuelle réalisée le 8 février 2023.



Cependant, ce ne sont pas tous les commentaires reçus qui ont rendu notre participante inconfortable. Au contraire, certain·e·s professionnel·le·s ont démontré une forme de familiarité à son égard, ce qui l'a rendue plus à l'aise.

« J'avais l'impression qu'il y avait vraiment une légèreté dans le sens où on se tutoyait rapidement sur les choses, mais en même temps, on était dans des groupes d'âge plus rapprochés, fait que je me sentais à l'aise avec ça, tu sais. Je sais pas qu'est-ce qui est parce que je suis jeune puis qu'est-ce qui est ma racisation, genre.»[33]

Il est toutefois rare pour les participantes de sentir cette proximité avec les professionnel·le·s de la santé, et plus spécifiquement les infirmières. Le concept de « la menace du stéréotype », mentionné plus haut, fait en sorte que les femmes noires craignent d'être exposées à certaines perceptions associées à des stéréotypes précis envers elles. L'un des stéréotypes le plus souvent mentionné par les participantes est celui de la femme noire qui ne ressent pas la douleur. Néanmoins, une professionnelle nuance : il s'agit bien d'un stéréotype, mais il n'est pas réservé au milieu médical. En effet, il est également fréquent dans les communautés noires.

« Alors je sais pas si t'as entendu que les femmes noires souffrent moins ou éprouvent moins la douleur, alors ça c'est encore d'actualité, on prend pas nos symptômes. Alors j'ai pas d'enfants, donc en tant que, en tant que cousine et en tant que professionnelle, on prend pas les symptômes au sérieux. Alors quand je te dis que j'ai mal, quand, exemple, une amie dit qu'elle a mal... Mais qu'elle pleure pas ou qu'elle garde quand même un certain contrôle, on se dit bon, ben elle a mal, ça peut être dans 1 ou 2h alors que j'ai souvent vu aussi que une même consœur ou un même patient blanc va tout de suite recevoir un antidouleur ou on va encore plus croire à sa douleur. On dirait que des fois il faut qu'on crie ou qu'on pleure pour montrer qu'on a mal. Et c'est des fois culturel, on le fait pas tant que ça, c'est pas toutes les Noires en général, tout dépend de la culture et du background qu'ils le font. »[34]

[33] Patiente 5, entrevue individuelle réalisée le 8 février 2023.

[34] Professionnelle 5, entrevue individuelle réalisée le 30 janvier 2023.



La supposition selon laquelle les femmes noires ne ressentent pas la douleur peut créer des épisodes traumatisants pour les patientes qui consultent pour des recevoir des soins en gynécologie et en obstétrique. Une des participantes nous a raconté en détail son expérience avec une infirmière de nuit qui faisait fi de sa douleur.

« Euh une chose qui m'a marquée, c'est la première infirmière que j'ai eue, dont je n'oublierai jamais le nom, qui était horrible. Toutes les injections qu'elle me faisait étaient extrêmement douloureuses. Elle me pressait le sein pour avoir un peu de colostrum mais, en tout cas, je comprends qu'il faut presser mais vraiment, il y avait de la hargne. J'avais vraiment mal et plus je lui disais que j'avais mal, plus elle me disait, "oui ben, c'est comme ça". Et elle forçait. Elle a fait les 2 premières nuits, c'était l'infirmière de nuit. Après, parce qu'on me faisait des injections pour pas que mon sang coagule, ou pour que mon sang coagule, je ne sais plus. Elle, ses injections faisaient vraiment mal et je lui disais, "moi, j'ai peur des aiguilles à la base". Elle a dit "bon ben on peut le faire dans la cuisse, il y a plus de gras là-bas". I was like, sure tu peux dire que ma cuisse est grasse, ça ne me dérange pas, mais y a pas de problème, on va faire, mais même ça, ça a fait mal. »[35]

Une question demeure : comment expliquer l'existence de tels stéréotypes, qui se matérialisent à travers des pratiques violentes et traumatisantes pour les femmes noires ? L'une de nos professionnelles retrace l'apprentissage de ces stéréotypes au moment de ses études pour devenir infirmière.

[35] Patiente 6, entrevue individuelle réalisée le 17 février 2023.



« Ben quand on part de la douleur. Gestion de la douleur. Ça concerne beaucoup le soin infirmier parce qu'on est à côté du chevet pour évaluer la douleur et si le médicament est pas ajusté, on en parle avec le médecin. En termes de douleur, je sais parce qu'à l'école, on l'a appris. Les Italiennes crient quand elles ont mal. Telle ethnie te font ça quand elles ont mal, mais souvent, les Noires ne font, ne disent rien quand elles ont mal. Puis la douleur, c'est subjectif, mais c'est pas parce qu'on garde le silence ou qu'on le témoigne différemment qu'on a moins mal. Donc j'aimerais juste, entre autres, qu'il y ait des soignantes qui soient conscientes de ça ».[36]

Si les stéréotypes qui sont ancrés dans notre société sont enseignés dans les écoles, comment est-il possible de conscientiser les professionnel-le-s de la santé à la pluralité de facteurs identitaires pouvant influencer l'expérience des femmes noires dans le système de santé ? Comment sensibiliser les femmes noires qui sont exposées aux violences gynécologiques et obstétricales lors de consultations variées, et comment assurer du soutien à leur égard si l'existence même des violences obstétricales commence tout juste à être documentée au Québec?

[36] Professionnelle 5, entrevue individuelle réalisée le 30 janvier 2023.



3. Développer des outils en vue de soutenir les femmes noires qui consultent pour leur santé gynécologique et obstétrique

« Il y a vraiment une nécessité de développer des accommodements dans les milieux de travail ou dans les milieux académiques ou dans n'importe quel autre engagement parce que là tu te retrouves à dire "ok bah me voici et voici ma situation" et personne ne sait quoi faire avec toi à cause de la façon bizarre que ça se manifeste ».[37]

L'une des sections de notre questionnaire portait sur les outils à mettre en place pour améliorer l'expérience des femmes qui consultent en santé gynécologique et obstétrique. Les témoignages de nos participantes démontrent que les femmes noires sont sujettes à une pluralité d'obstacles lorsqu'elles naviguent dans le système de santé québécois pour recevoir des soins en gynécologique et en obstétrique. Manque de représentation du corps soignant, difficultés d'accès aux soins, barrières linguistiques, discriminations variées et racisme : les enjeux sont pluriels pour les femmes noires, qui sont victimes à la fois de zèle et de nonchalance de la part du personnel médical. Les expériences de nos participantes s'inscrivent également dans bon nombre de recherches de la part de personnes qui se sont attardées à documenter les barrières rencontrées par les femmes noires en Amérique du Nord et en Europe.

Quelles sont les structures qui peuvent être porteuses de changement pour les femmes noires ? Afin d'identifier ces espaces, nous avons d'abord demandé à nos participantes leur définition de ce que représentent des soins justes et équitables. Pour elles, la mise en place de soins justes et équitables passe par la reconnaissance des expériences plurielles que peuvent vivre les femmes noires. Comme leurs témoignages l'illustrent, une variété d'intersections peut transformer la manière dont ces femmes sont accueillies et soignées dans le système de santé.

[37] Patiente E, groupe de discussion des patientes #1 réalisé en été 2021.



L'une des façons d'assurer des soins justes et équitables passe par l'accompagnement des femmes noires par des spécialistes autres que des médecins. Plusieurs participantes nous ont confié avoir eu recours à des doulas. L'accompagnement procuré par ces dernières permet d'abord de démedicaliser l'accouchement, mais également de respecter les besoins individuels et culturels des femmes noires. L'une de nos participantes croit d'ailleurs qu'il est essentiel d'avoir davantage de collaboration entre les médecins et les doulas.

« Qu'il y ait peut-être des genres de collaborations entre les accompagnantes, les doulas et les hôpitaux, les sages-femmes aussi des hôpitaux, ça pourrait... T'sais qu'ils se donnent des formations les uns des autres et tout, qu'on s'éloigne beaucoup plus du côté hyper médicalisé de l'accouchement, hyper efficace et effectif de l'accouchement et qu'on soit plus proche de la patiente, de la personne qui accouche et de ses besoins, de ses ressentis, c'est quoi... » [38]

L'une des professionnelles en appelle également à la créativité des médecins pour trouver des recours originaux pour s'assurer d'être bien compris par leurs patientes. L'utilisation d'un traducteur en ligne peut permettre de remédier aux barrières linguistiques qui peuvent priver les patientes d'informations importantes lorsqu'elles consultent.

« Fait que tu sais, il y avait une patiente qui venait de mon pays d'origine, puis elle parlait français mais elle était plus à l'aise dans notre langue, le lingala, fait que là je faisais la traduction tout le long, au point que comme, ses soins étaient vraiment bien. Puis il y avait une bonne collaboration avec les médecins, puis même eux, au point que tu sais maintenant notre langue est sur Google translate. Fait qu'ils ont utilisé l'application Google translate pour comme communiquer avec elle, juste pour montrer que on est là pour t'aider, pas pour te nuire. »[39]

[38] Patiente D, groupe de discussion des patientes #1 réalisé en été 2021.

[39] Professionnelle 2, entrevue individuelle réalisée le 24 janvier 2023.



Bien que nos participantes reconnaissent que les changements doivent être opérés sur le plan institutionnel, il est nécessaire de fournir des outils aux femmes noires pour qu'elles puissent naviguer le système de santé le mieux possible.

3.1 Solutions par et pour les femmes noires

L'existence de groupes et d'espaces informels sur Facebook, tels que *Black Moms of Montreal*, peut permettre le partage d'expériences communes et ainsi, briser l'isolement et le silence des femmes qui ont vécu des situations difficiles au sein du système de santé québécois. Selon l'une de nos participantes, il s'agit d'une bonne forme de soutien.

« Moi je suis sur un, justement, qui est comme Black Moms of Montréal, genre, puis c'est vraiment aidant et soutenant de voir des mamans qui traversent la même chose que toi ou qui se posent la même question que toi. » [40]

Toutefois, une autre participante souligne le fait que ces témoignages sont trop souvent relégués aux groupes fermés sur les médias sociaux. Par cette absence de prise de parole sur la place publique, les luttes restent invisibles : elle urge les femmes de témoigner et de se mobiliser ensemble.

« Comme ça très rapidement, c'est le témoignage, vraiment de témoigner. On l'a vu avec le mouvement Me too, hein, ça a vraiment été une belle enflammée. On a vu avec l'endométriose en France, on a vu avec aux États-Unis, au niveau des violences obstétricales et gynécologiques, harcèlement, ici, il faut que les femmes témoignent. Il y a bien un petit obstacle là-dessus. Il y a un petit blocage. »[41]

[40] Patiente 5, entrevue individuelle réalisée le 8 février 2023.

[41] Professionnelle 3, entrevue individuelle réalisée le 27 février 2023.



Les femmes noires ne sont toutefois pas dépourvues de stratégies. L'une de nos participantes, qui est dans une situation précaire en raison de son statut migratoire, a été en mesure de développer des stratégies pour que son expérience soit reconnue par le personnel soignant. Bien qu'il s'agisse d'une charge mentale supplémentaire, elle peut s'assurer que son dossier soit reconnu par les médecins et les infirmier·ère·s, et ce, peu importe l'établissement qu'elle consulte.

« Dans mon cas à moi, j'ai pris toute la responsabilité, toute la charge de savoir qu'est-ce que j'ai, toute la charge d'être médecin maintenant tu vois. Avant chacun de mes rendez-vous médicaux, je sais ce que je vais faire, je passe la journée toute entière en train de googler, je vais sur des sites gynécologiques, des trucs, des livres des gynécologues pour voir quelles questions je devrais poser, pour regarder les différents diagnostics. Actuellement, je commence même à connaître les différents pH de sang qu'il doit y avoir, c'est quoi le nombre normal »[42].

Cette même participante a également développé une stratégie pour s'assurer que son corps soit bien perçu par le personnel soignant : elle s'habille différemment.

« Je te dirais que moi personnellement, quand je vais à l'hôpital, je m'habille souvent d'une manière que tu sais, je me dis, "ah au moins ça, ça serait exempté des préjugés". Un habillement exempté des préjugés dans le sens tu sais comme, si c'est important, je prends pas un pantalon du genre, coupé, parce que je me dis qu'ils vont se dire "ah ouais, cette fille est très machin", ils vont catégoriser, avec les préjugés qui se posent, on peut dire avec une femme noire, tu sais, plein de trucs...

[42] Patiente 8, entrevue individuelle réalisée le 23 mars 2023.



... Genre, j'essaie toujours d'y aller en mode super respectable, ou en tous cas, la moyenne pour que quand tu me vois, le traitement que je vais recevoir, ben ça serait pas parce qu'ils ont pensé que j'étais celle-ci ou que c'est parce que je suis noire et parce que je suis comme ça, ça veut dire que je suis forcément telle chose »[43]

Une solution qui a été nommée à maintes reprises par les participantes de notre étude est la nécessité d'avoir une forme d'accompagnement et/ou de support lors des consultations. L'accompagnement ne se limite pas au support des professionnel·le·s de la santé. Une patiente nous a souligné comment la présence, et par le fait même, le support de proches lors de visites peut aider à faire respecter les droits des femmes noires lorsqu'elles consultent en santé gynécologique et obstétrique, au cas où le ou la professionnel·le de la santé ne les respecte pas.

« Pour l'accouchement par exemple, je conseillerais aux femmes noires d'aller avec un plan d'accouchement, de remettre le plan d'accouchement bien avant... Lors de ta visite avec ton médecin, tu dis que tu as ton plan d'accouchement que tu aimerais lui remettre pour qu'ils aient le temps de le lire avant... Avant que tu n'arrives... Et qu'on le range dans ton dossier. Et avoir son plan dans la tête et s'assurer qu'on le respecte. C'est vrai que... Dans la douleur, ce n'est pas nécessairement sûr qu'on respecte, peut-être que ton plan d'accouchement, ton conjoint ou la personne qui t'accompagne va lire ton plan d'accouchement et veiller à ce qu'on respecte ton plan d'accouchement. »[44]

[43] Patiente 8, entrevue individuelle réalisée le 23 mars 2023.

[44] Patiente C, groupe de discussion des patientes #2 réalisé en été 2021.



Mais avant d'être en mesure de créer son propre plan d'accouchement, et que ce dernier soit compris et respecté par le personnel soignant, il est nécessaire que les institutions même reconnaissent l'usage de stratégies alternatives développées et qui peuvent être mises de l'avant par les femmes noires lorsqu'elles consultent. En effet, la grande majorité des participantes nous ont nommé que selon elles, c'est la responsabilité des institutions scolaires et de leurs représentant·e·s de faire en sorte que l'éducation reçue prenne en compte davantage le vécu et l'expérience des femmes noires. Ainsi, la décolonisation de la médecine passe par la démedicalisation de la discipline, la mise en place de mesures pour assurer une meilleure représentativité des femmes noires dans le système de santé, ainsi que par l'appui pour favoriser les échanges internationaux et interculturels. Afin d'éviter que le fardeau repose uniquement sur les femmes noires, plusieurs participantes croient qu'il est nécessaire de créer des collaborations entre le personnel médical et non-médical. La démedicalisation du système passe également par la reconnaissance des métiers de soins alternatifs comme légitimes et par la mise en place de formations pour les doulas et les sages-femmes.

« Ce n'est pas juste mettre le fardeau sur les femmes noires, mais en général, même un homme blanc devrait dire comme, "Oh tu sais, il faudrait que je sache, qu'est-ce qui se passe, comment telle maladie peut se manifester chez une femme noire, chez un homme noir, whatever". Je pense, c'est la responsabilité de tout le monde, mais en même temps, c'est aux femmes noires de dire, "et en passant, ce n'était pas fair". Juste pour donner peut-être l'alerte, au départ, mais tu sais juste pour déclencher la conversation, mais après ça c'est tout le monde qui devrait partager les informations, puis s'éduquer. »[45]

[45] Patiente 3, entrevue individuelle réalisée le 30 janvier 2023.



Il est donc nécessaire que le personnel soignant, majoritairement blanc, se mobilise afin de reconnaître les violences commises à l'égard des femmes noires, mais également d'encourager le partage d'expérience de ces dernières. Car sans leurs témoignages, les violences continueront de se reproduire dans le système de santé québécois.

« Je pense que la santé gynécologique est tellement associée à des souffrances, des traumatismes aussi qu'indirectement ça nous tente pas d'en parler. Mais sans elle en fait, rien ne pourra se faire. Parce que c'est pas vrai que les professionnels, même si ils ont les compétences, si la femme ne peut pas adhérer, ne veut pas collaborer, ne veut pas s'ouvrir, ça ne marchera pas, il faut que ça vienne des 2 sens en fait. Et tant que nous, en tant que femmes noires, on n'aura pas pris proposition ensemble, rien ne se fera comme je le dis clairement, rien ne se fera. »[46]

[45] Patiente 3, entrevue individuelle réalisée le 30 janvier 2023.

[46] Professionnelle 3, entrevue individuelle réalisée le 27 février 2023.



4. Conclusion

À la lumière des témoignages recueillis auprès des professionnelles et des patientes noires, nous sommes en mesure d'analyser l'expérience générale des femmes noires dans le système de santé gynécologique et obstétrique, spécifiquement lorsqu'il est question d'expériences entourant la maternité, l'endométriose et les fibromes utérins. Nous avons été en mesure de soulever les violences obstétricales et gynécologiques auxquelles elles font face. Nos participantes nous ont confié des épisodes de consentement forcé ainsi que d'absence de reconnaissance de leur agentivité. Certaines sont allées plus loin en nous expliquant des épisodes d'abus physique, de micro-agressions verbales, de zèle et de nonchalance des professionnel·le·s de la santé. Ainsi, nous pouvons inscrire notre analyse dans la même tangente que celle de la juriste étasunienne Colleen P. Campbell : les femmes noires au Québec sont davantage exposées à la surmédicalisation et à la négligence médicale. Ces expériences se traduisent à travers les pratiques discriminatoires et abusives à l'égard des femmes noires, qui témoignent de l'existence de stéréotypes dans le système de santé.

Ce rapport est un premier pas vers la reconnaissance des violences obstétricales et gynécologiques vécues par les femmes noires qui consultent au sein du système de santé québécois. En prenant en considération les travaux qui ont été réalisés par des chercheur·e·s d'autres pays, nous avons été en mesure de relever certaines similarités entre le vécu des femmes afro-américaines et afro-canadiennes. La spécificité du système de santé québécois, par son institutionnalisation au tournant des années 1960, explique la médicalisation de bon nombre de pratiques qui touchent la gynécologie des femmes, tel que l'accouchement. Les racines racistes de nombre de pratiques médicales, qui essentialisent plusieurs aspects de l'expérience sexuelle et reproductive des femmes noires, continuent de teinter les pratiques du personnel soignant.



Bibliographie

Abdou, C. M., & Fingerhut, A. W. (2014). « Stereotype Threat Among Black and White Women in Health Care Settings ». *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 20(3), 316-323. <https://doi.org/10.1037/a0036946>

Adam-Vézina, E. (2012) « Femmes africaines séropositives en quête d’asile. Opportunités et contraintes de la politique migratoire canadienne ». *Revue européenne des migrations internationales*, 28, 129-148 <http://remi.revues.org/5931> ; DOI : 10.4000/remi.5931

Alliance for Healthier Communities (AHC) (2018). *Blackness in Canada: Facing Racism to Improve Black Health*: Pres. par Dr. Charmaine Nelson. Repéré à <https://bit.ly/2XgzNm6>.

Baillargeon, D. (2012). *Brève histoire des femmes au Québec*. Montréal : Boréal.

Baillargeon, D. (2004). *Un Québec en mal d’enfants. La médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal : Les éditions du remue-ménage.

Birth Place Lab (2019). *Giving Voice to Mothers in the US: Experiences of care among people of color and in community settings for birth*. Vancouver: University of British Columbia. Repéré à <https://bit.ly/2JNjGUY>.

Campbell, C. (2021). « Medical Violence, Obstetric Racism, and the Limits of Informed Consent for Black Women ». *Michigan Journal of Race and Law*, 47(11), 47-75.

Campistron, M. (2018). « “Elle en fait des tonnes!” : à l’hôpital, le cliché raciste du “syndrome méditerranéen” ». *L’Obs*. 24 mai. Repéré à <https://bit.ly/2ULmrg3>.



Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2019). Racial/Ethnic Disparities in Pregnancy-Related Deaths, USA, 2007–2016. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68.

Cooper, A. (2000). « Constructing Black Women's Historical Knowledge ». *Atlantis : Critical Studies in Gender, Culture & Social Justice*, 25(1), 39-50.

Couraud, G. et Collet, M. (2018). Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Paris : Haut Conseil à l'Égalité femmes-hommes. <https://bit.ly/2JIVp2r>.

Dornhost, A. *et al.* (1992). « High Prevalence of Gestational Diabetes in Women from Ethnic Minority Groups ». *Diabetic Medicine Journal*, 9(9), 820-825.

Hankvisky, O. *et al.* (2014) « An intersectionality-based policy analysis framework: critical reflections on a methodology for advancing equity », *International Journal for Equity in Health*, (13)119, 16p.

Hunter, M. A., Guerrero, M., Cohen, C. J. (2009). « Black Youth Sexuality : Established Paradigms and New Approaches » dans *Black Sexualities. Probing Powers, Passions, Practices and Policies*, dir. Juan Battle et Sandra L. Barnes. New Brunswick (NJ) : Rutgers University Press, 377-400.

Kogan, M. D., Kotelchuck, M., Alexander, G. R., & Johnson, W. E. (1994). «Racial disparities in reported prenatal care advice from health care providers». *American Journal of Public Health*, 84(1), 82-88.

Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L. & Rousseau, C. (2018). « La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle ». *Recherches féministes*, 31(1), 219–238. <https://doi.org/10.7202/1050662ar>



Maynard, R. (2018). *NoirEs sous surveillance: esclavage, répression et violence d'État au Canada*. Montréal : Mémoire d'encrier.

McKinnon, B., Yang, S., Kramer, M. S., Bushnik, T., Sheppard, A. J. et Kaufman, J. S. (2016). « Comparison of black–white disparities in preterm birth between Canada and the United States ». *CMAJ*, 188(1), E19-E26.

Melaku, H. (2019). *La matrice: mistreatment and violence against Black women during reproductive health care and infant feeding in Canada*. Rapport présenté à l'ONU. Repéré à <https://bit.ly/2UPBTYG>.

Mills, S. (2016). *Une place au soleil. Haïti, les Haïtiens et le Québec*. Montréal : Mémoire d'encrier.

Morris, M. (2001). *Femmes, santé et action*. Ottawa : Institut canadien de recherches sur les femmes. Repéré à <https://bit.ly/3dZaU49>.

Nnorom, O., Findlay, N., Lee-Foon, Lofters, A. K. *et al.* (2019). « Dying to Learn: A Scoping Review of Breast and Cervical Cancer Studies Focusing on Black Canadian Women ». *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 30(4), 1331-1359.

Novello-Vautour, K. (2021). *Discriminer le miracle de la vie : La violence obstétricale chez les personnes noires et autochtones dans les institutions de santé au Canada*, Mémoire de maîtrise, Faculté des sciences sociales, Université d'Ottawa.

Ollivier, M. et Tremblay, M. (2000). *Questionnements féministes et méthodologies de la recherche*. Paris : Harmattan.



Pérez D'Gregorio, Rogelio (2010). « Obstetric violence : A new legal term introduced in Venezuela ». *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111, 201-202.

Regroupement Naissances Renaissance. Accouchement respecté. <https://bit.ly/2wYywpe>.

Santé Canada (2001). *Certaines circonstances: équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*. Ottawa : Santé Canada. Repéré à <https://bit.ly/39PB6Lg>.

Sinai Health System's Human Rights & Health Equity Office (2017). *Black Experiences in Health Care. Symposium Report*. Toronto : Sinai Health System's Human Rights & Health Equity Office. Repéré à <https://bit.ly/2RFy46a>

Steele, CM et Aronson, J. (1995). « Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans ». *Journal of Personality and Social Psychology* ; 69:797–811. doi:10.1037/0022-3514.69.5.797

Vadeboncoeur, H. (2005). «L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée ? ». *Le Médecin du Québec*, 40(7),77-86.

Women's Health in Women's Hands (WHWH). (2011). *Every Woman Matters. A Report on Accessing Primary Health Care for Black Women and Women of Colour in Ontario*. Toronto : WHWH. Repéré à <https://bit.ly/2RiBn37>



Avec la collaboration de

Ariane Métellus
Namiko Safou
Maud Jean-Baptiste
Léa Lagier
Andrea Lagorse

Dans le cadre du



Protocole UQAM
Relais-femmes

Merci à nos partenaires

UQÀM

ISS
Institut Santé et société

FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES
Université du Québec à Montréal



UQÀM | **Service aux collectivités**

Université du Québec à Montréal