

# VERS UNE EXPÉRIENCE D'ENFANTEMENT RESPECTÉ POUR TOUTES ET TOUS

Cahier de fondements de pratiques  
féministes intersectionnelles  
en périnatalité



UN PROJET FINANCÉ PAR :



Femmes et Égalité  
des genres Canada

Women and Gender  
Equality Canada

## RECHERCHE ET RÉDACTION

Nesrine Bessaïh Ph.D., anthropologue

Avec la collaboration de Yasmine-Maymouna Kahlaoui et Ariane K. Métellus.

Et l'appui de Lorraine Fontaine.

## RÉVISION LINGUISTIQUE

Patricia Shankland

## GRAPHISME ET ILLUSTRATION

Estelle Lévêque

## REMERCIEMENTS

Ce cahier de fondements de pratiques féministes intersectionnelles en périnatalité a été réalisé dans le cadre du projet « Pour un mouvement féministe en périnatalité renforcé ». Il est rendu possible grâce à la contribution financière du ministère Femmes et Égalité des genres Canada (FEGC), que nous remercions. Le contenu et les propos de ce cahier n'engagent toutefois pas la responsabilité de FEGC.

## MENTIONS LÉGALES

Les reproductions à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source. Toute autre utilisation à des fins commerciales doit faire l'objet d'une autorisation écrite du RNR.

## REGROUPEMENT NAISSANCES RESPECTÉES (RNR)

Le Regroupement Naissances Respectées est un regroupement féministe d'action communautaire autonome dont la mission est de promouvoir et de défendre le respect des droits, de l'autonomie et de l'agentivité de toute personne vivant la période périnatale, et ce, dans une perspective de justice sociale.

ISBN : 978-2-9822472-1-5

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, mars 2024

[info@naissancesrespectees.org](mailto:info@naissancesrespectees.org) / [naissancesrespectees.org](http://naissancesrespectees.org)



# TABLE DES MATIÈRES

<b>I - INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE</b>	<b>4</b>
<b>II - LES SYSTÈMES D'OPPRESSION ET LEUR REPRODUCTION</b>	<b>9</b>
<b>III - INTERSECTIONNALITÉ POLITIQUE : AU SEIN DES ORGANISMES ET DU MOUVEMENT</b>	<b>13</b>
1 - ÉTAT DE SITUATION ET EXEMPLES DE DISCRIMINATION AU SEIN DES ORGANISMES ET DU MOUVEMENT	14
2 - PRATIQUES INTERSECTIONNELLES : INSTAURER UN REGROUPEMENT INCLUSIF, INTERSECTIONNEL ET ANTI-OPPRESSIF	18
A. Tout commence à un niveau individuel	18
B. Forger des organismes riches de l'expérience de toustes	21
<b>IV - INTERSECTIONNALITÉ STRUCTURELLE : DROITS HUMAINS, CIVILS, POLITIQUES ET SOCIAUX ET INSTITUTIONS</b>	<b>27</b>
1 - ÉTAT DE SITUATION ET EXEMPLES DE DISCRIMINATION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ	30
A. Capitalisme et classisme	30
B. Patriarcat et sexisme	32
C. Colonialisme	32
D. Racisme	33
E. Capacitisme	34
F. Grossophobie	35
G. Hétéronormativité et cisnormativité	35
H. Médicalisation et hypertechnologisation	36
I. Manque d'accès à la pratique sage-femme	37
J. Manque de compétences culturelles des intervenant·es et des institutions	38
2 - PRATIQUES INTERSECTIONNELLES : DÉCONSTRUIRE LES SYSTÈMES D'OPPRESSION, PORTER UNE LUTTE POUR TOUSTES	41
A. Renforcement des capacités de défense des droits des organismes communautaires	41
3 - RECOMMANDATIONS AU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	43
A. Améliorer l'accès à la pratique sage-femme	43
B. Renforcer les compétences culturelles des intervenant·es	44
C. Renforcer les compétences culturelles des institutions	47
<b>V - CONCLUSION</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXE 1 - REVENDICATIONS ET PROPOSITIONS DE PROJETS NOVATEURS</b>	<b>58</b>
A. Revendications	58
B. Propositions de projets novateurs	59
<b>ANNEXE 2 - LISTE DE DOCUMENTS CONSULTÉS</b>	<b>61</b>

## I - INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE

### REGROUPEMENT NAISSANCES RESPECTÉES

Le Regroupement Naissances Respectées (RNR) est un regroupement féministe dont la mission est de promouvoir le respect des droits, de l'autonomie et de l'agentivité en santé sexuelle et reproductive durant la période périnatale<sup>1</sup> et dans une perspective de justice sociale. Fondé en 1980, le RNR regroupe plus de 28 organismes à travers le Québec. Il a été mis sur pied par des femmes mobilisées contre la médicalisation de l'accouchement et pour la réappropriation du pouvoir de donner naissance. Au cours de son histoire, le RNR a agi comme courroie de transmission d'une analyse féministe critique en matière de périnatalité et a porté les luttes pour la reconnaissance et la légalisation de la pratique sage-femme, la réhabilitation de l'allaitement et l'abolition des actes médicaux abusifs.

### VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES

La dénonciation des violences obstétricales et gynécologiques est un phénomène transnational qui trouve ses ramifications en Europe, en Asie, en Afrique et en Amérique du Nord et du Sud. Le Venezuela, l'Argentine et l'État du Chiapas (Mexique) ont adopté des lois définissant la violence obstétricale comme une forme de violence basée sur le genre. Le Venezuela définit la violence obstétricale comme suit :

« L'appropriation du corps et du processus reproducteur des femmes par les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, appropriation qui se manifeste sous les formes suivantes : traitement déshumanisé, abus d'administration de médicaments et conversion de processus naturels en processus pathologiques. Cela entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et de la capacité à décider en toute liberté de ce qui concerne leur corps et leur sexualité, affectant négativement leur qualité de vie. » (*Lévesques et al., 2018*)

Les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) désignent des gestes, des paroles et des actes médicaux violents sur le plan psychologique, physique, sexuel, émotionnel ou spirituel, commis dans un contexte obstétrical ou gynécologique (accouchement, suivi de grossesse, avortement, interruption médicale de grossesse, fausse couche et arrêt de grossesse, visites gynécologiques, dépistage d'infections transmises par le sexe ou le sang, procréation médicalement assistée, etc.). Ces VOG surviennent à travers l'organisation et les protocoles des milieux de soins et les comportements du personnel soignant.

Au cours des dernières décennies, le RNR a pris conscience que les violences et discriminations systémiques genrées en périnatalité se trouvent amplifiées et complexifiées par l'imbrication des systèmes d'oppression comme le capitalisme, le colonialisme, le racisme, le capacitisme, l'hétérosexisme et la transphobie. Dans le cadre de son travail sur les VOG, le RNR a constaté que ces violences ciblent de façon disproportionnée les femmes autochtones, noires et racisées (qu'elles aient un parcours migratoire ou non), excisées et en situation de handicap et les personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queer, intersexes, asexuelle (2ELGBTQIA+).

<sup>1</sup> La « période périnatale » ou la « périnatalité » signifie « autour de la naissance ». Le RNR adopte une conception élargie de la périnatalité et considère qu'elle débute lors de la prise de décision de devenir enceinte ou lors de la conception, quel qu'en soit le moyen, et qu'elle s'étend jusqu'à ce que l'enfant ait un an. La périnatalité englobe donc le désir d'enfant ou de devenir parent, la fertilité, l'adoption, l'interruption de grossesse et l'arrêt de grossesse, le prénatal, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement et le postnatal.

## DÉFINITION D'INTERSECTIONNALITÉ

L'intersectionnalité est un concept et une théorie élaborée par des féministes afro-américaines pour mettre en évidence l'intersection du racisme et du sexisme et leurs impacts sur la vie des femmes noires aux États-Unis. Dès les années 1970, des penseuses comme Audre Lorde, Angela Davis ou bell hooks relatent et dénoncent les oppressions vécues par des femmes noires, lesbiennes ou non, dans les domaines privés et publics. En 1977, le Combahee river collective signe une déclaration qui dénonce les injustices et développe un argumentaire antiraciste, antisexiste et antihomophobe.

En 1989, le terme « intersectionnalité » apparaît sous la plume de Kimberlé Crenshaw, une avocate afro-américaine. Crenshaw vise à mettre en évidence le fait que les femmes noires n'ont pas de voix qui leur soit propre pour dénoncer le sexisme et le racisme. Elles sont invisibilisées à la fois dans les discours des féministes blanches et dans ceux des mouvements antiracistes afro-américains. Crenshaw distingue :

- L'intersectionnalité structurelle qui réfère au fait que les personnes occupent des positions à l'intersection de divers systèmes d'oppression et que cela a un impact sur le respect de leurs droits et leur capacité à répondre à leurs besoins ;
- L'intersectionnalité politique qui réfère au fait que dans les groupes et mouvements qui luttent pour les droits, les personnes doublement ou triplement marginalisées sont décentrées de la définition des enjeux de justice sociale et des moyens pour redresser le tort subi.

Elle poursuit :

*[Traduction d'Oristelle Bonis]* « Dans la première partie, je traite de l'intersectionnalité structurelle – de la manière dont la localisation des femmes de couleur à l'intersection de la race et du genre rend notre expérience réelle de la violence conjugale, du viol et des mesures pour y remédier, qualitativement différente de celle des femmes blanches. La seconde partie porte sur l'intersectionnalité politique : j'y analyse la marginalisation de la question de la violence contre les femmes de couleur induite par les politiques féministes et antiracistes. » (Crenshaw, 1991)<sup>2</sup>

Aujourd'hui, la définition s'est élargie pour tenir compte de l'intersection d'un ensemble de systèmes d'oppression. Les piliers de la théorie demeurent fidèles à sa définition originelle.

- Les personnes vivent à l'intersection de plusieurs systèmes d'oppression (sexisme, racisme, colonialisme, capitalisme, capacitisme, homophobie, hétéronormativité, âgisme, etc.).
- Ces systèmes sont interconnectés. On dit aussi qu'ils sont imbriqués.
- Quand vient le temps de définir un problème social ou une revendication pour faire progresser la justice sociale, les personnes les plus concernées par le problème devraient avoir priorité pour le définir et pour proposer une analyse et des revendications.

L'intersectionnalité n'est pas uniquement une théorie, mais un passage à l'action. Loretta Ross et d'autres afro-américaines impliquées dans le mouvement pro-choix aux États-Unis ont appliqué

<sup>2</sup> « In Part I, I discuss structural intersectionality, the ways in which the location of women of color at the intersection of race and gender makes our actual experience of domestic violence, rape, and remedial reform qualitatively different than that of white women. I shift the focus in Part II to political intersectionality, where I analyze how both feminist and antiracist politics have, paradoxically, often helped to marginalize the issue of violence against women of color. » (Crenshaw, 1991)

une analyse intersectionnelle à la question de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Elles ont initié un mouvement de Justice Reproductive (Ross, 2017). Dès 1994, les trois principales revendications du mouvement sont le droit d'avoir ou non des enfants, le droit de mettre fin à une grossesse non voulue et le droit d'élever ses enfants dans les meilleures conditions de vie possibles sans craindre la violence étatique et institutionnelle raciste (Bessaih, 2021).

## PROCESSUS D'ÉLABORATION DU CAHIER DE FONDEMENTS

À la lumière de ses constatations sur la surreprésentation des personnes trans, non binaires, intersexes, en situation de handicap, autochtones, noires ou racisées, dans les cas de VOG et de disparités de traitement en périnatalité, le RNR a entrepris de documenter ces situations et de développer une analyse intersectionnelle des VOG en périnatalité (intersectionnalité structurelle).

L'homogénéité des caractéristiques identitaires des membres des organismes composant le RNR est également préoccupante : la grande majorité des membres sont des femmes cis, hétérosexuelles, blanches, francophones, québécoises, de classe moyenne et vivant sans handicap connu (intersectionnalité politique). Par conséquent, le regroupement travaille depuis une dizaine d'années en collaboration avec des organismes de défense des droits des personnes doublement et triplement marginalisées afin d'approfondir sa compréhension de la situation, élargir son analyse critique et (in)former ses membres<sup>3</sup>.

Au début de l'année 2022, le RNR a initié le projet « Pour un mouvement féministe en périnatalité renforcé et intersectionnel » afin de coconstruire les fondements d'une approche intersectionnelle et anti-oppressive en périnatalité. Pour piloter cette démarche, il a mis sur pied un comité conseil intersectionnel (CCI) composé de personnes directement concernées par les VOG dans le domaine de la périnatalité et impliquées dans la défense des droits des personnes les plus marginalisées. Les membres du CCI étaient :

- Isabelle Boisvert, chercheuse et militante anticapacitiste ;
- Aimé Cloutier, membre de la Coalition des familles LGBT ;
- Louise Henry, Coalition de surveillance pour les femmes incarcérées au Québec (CASIFQ) ;
- Yasmine-Maymouna Kahlaoui, Regroupement Naissances Respectées ;
- Véronique Larose, Regroupement Naissances Respectées ;
- Marlihan Lopez, Institut Simone de Beauvoir ;
- Ariane K. Métellus, consultante et intervenante en santé sexuelle et reproductive ;
- Isabelle Paillé, Femmes autochtones Québec ;
- Julie Tran, Hoodstock.

Les objectifs du projet étaient :

- Mieux comprendre les violences systémiques et leur imbrication, leurs racines historiques, et leurs impacts pour les femmes (cis et trans), les personnes non binaires et les hommes trans qui vivent la période périnatale ;
- Mettre en place des stratégies et moyens concrets afin de favoriser une posture inclusive et d'intégrer une approche intersectionnelle et anti-oppressive à l'ensemble des analyses et des pratiques du regroupement (incluant les pratiques organisationnelles) ;

<sup>3</sup> En effet, pour approfondir ses connaissances et soutenir la mobilisation face aux discriminations et aux VOG, le RNR a développé et initié plusieurs projets, tels que « Les intelligences citoyennes » (2008-2012), « Maternité et dignité » (2014-2018) et « STOP VOG » (2018-2020).

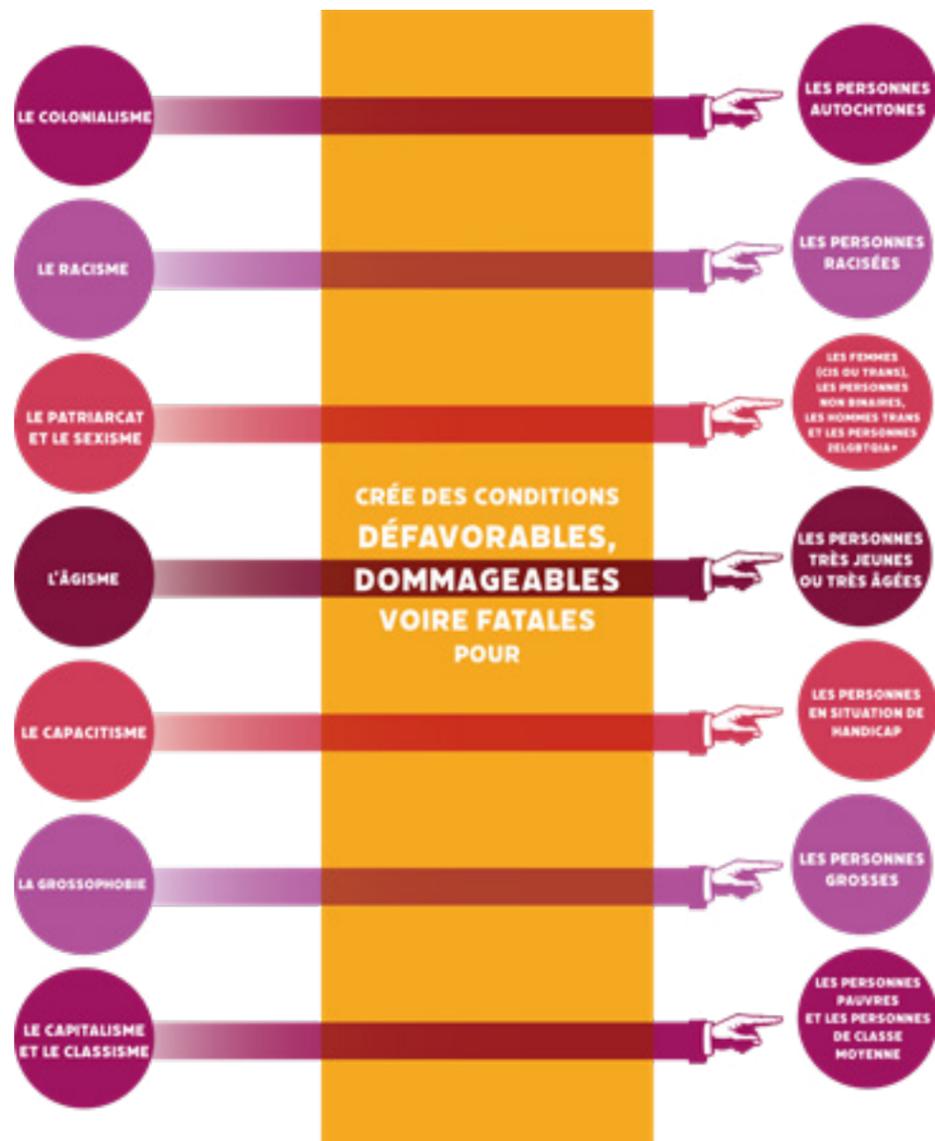
- Prendre en compte le caractère homogène du regroupement et réfléchir aux enjeux d'une prise de parole publique du RNR au sujet des violences systémiques à travers différents dossiers comme les violences obstétricales et gynécologiques. Dans l'idéal, le RNR souhaite se doter de moyens pour amplifier des voix minorisées dans les médias et l'espace public plutôt que prendre la parole pour d'autres.

## **STRUCTURE DU CAHIER**

Ce cahier de fondements présente d'abord brièvement les systèmes d'oppression et leur reproduction. Puis, la section « III – Intersectionnalité politique » traite des enjeux de discrimination, exclusion ou oppression au sein des organismes et du mouvement de périnatalité et propose des pistes pour instaurer un regroupement (et un mouvement) inclusif, intersectionnel et anti-oppressif. La section « IV – Intersectionnalité structurelle » décrit l'impact des systèmes d'oppression et de leur imbrication sur les expériences périnatales des femmes, des personnes non binaires et des hommes trans qui accouchent. On y trouve également des recommandations pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins et services périnataux. En annexe du cahier sont consignées les multiples revendications et idées d'actions proposées pendant le projet « Pour un mouvement féministe en périnatalité renforcé et intersectionnel ».

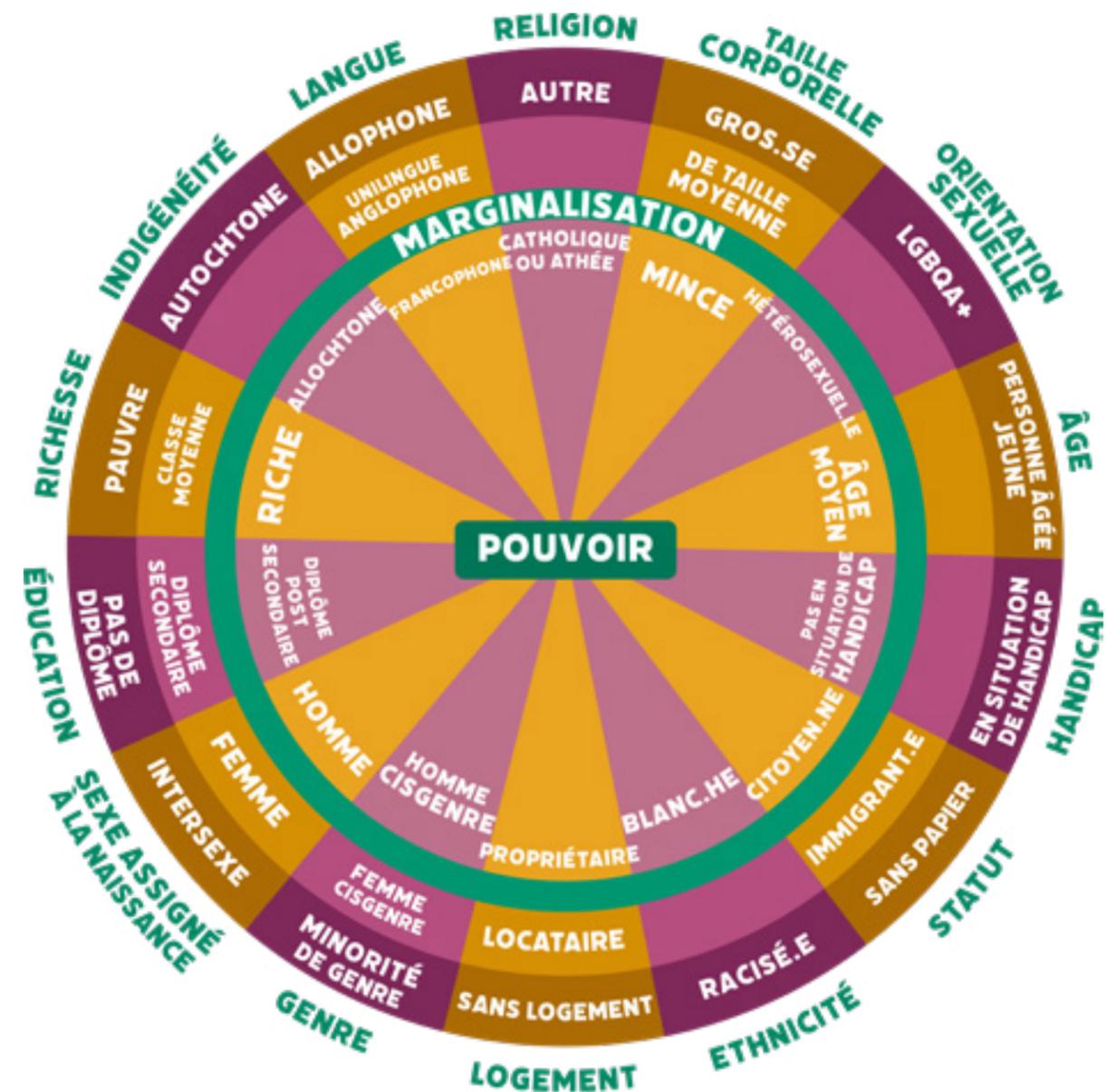
## **II - LES SYSTÈMES D'OPPRESSION ET LEUR REPRODUCTION**

Les systèmes d'oppression provoquent des situations d'exclusion, de marginalisation, de discrimination et d'oppression pour les personnes qu'on associe, de façon réelle ou présumée, à certaines caractéristiques identitaires. Ainsi :



Les personnes vivent à l'intersection de plusieurs systèmes d'oppression. Ces systèmes sont imbriqués. Ils se conjuguent et se renforcent les un-es et les autres. Par exemple, le patriarcat imbriqué au capitalisme ne s'exerce pas de la même manière sur les femmes blanches que sur les femmes noires pour lesquelles il peut s'imbriquer également au racisme. Les impacts néfastes (voire fatals) des systèmes d'oppression sont d'autant plus importants quand une personne est marginalisée dans plusieurs de ses dimensions identitaires. Cependant, chaque personne peut être plus ou moins privilégiée sur différents aspects. Une femme en situation de handicap appartenant à la classe aisée et ayant une éducation supérieure ne vivra peut-être pas les mêmes discriminations qu'une femme en situation de handicap, pauvre et analphabète.

## ROUE DES PRIVILÈGES ET DES MARGINALISATIONS



INSPIRÉ PAR SYLVIA DUCKWORTH ET CCRWEB.CA

Plus on est près du centre de la roue, plus on est privilégié-e. Plus on s'en éloigne, plus on est marginalisé-e. Afin de mieux prendre conscience de ses propres privilèges, il est nécessaire de se situer soi-même face à différents systèmes d'oppression. La capacité de se situer face aux systèmes d'oppression renforce la prise de conscience de leur existence et la compréhension de la manière dont ils s'exercent.

En effet, bien que ces systèmes se fondent sur des institutions et des lois, ils s'appuient également sur des comportements appris et reproduits par les individus sans qu'ils en aient conscience. Si on ne prend pas le temps d'identifier et de déconstruire les comportements qui soutiennent ces systèmes d'oppression, on contribue à les reproduire et à les maintenir.



### **III - INTERSECTIONNALITÉ POLITIQUE : AU SEIN DES ORGANISMES ET DU MOUVEMENT**

## 1 - ÉTAT DE SITUATION ET EXEMPLES DE DISCRIMINATION AU SEIN DES ORGANISMES ET DU MOUVEMENT

Kimberlé Crenshaw parle d'intersectionnalité politique par rapport au fait que dans les groupes féministes composés majoritairement de femmes blanches, les femmes noires n'ont pas d'espace pour identifier l'impact du patriarcat et du sexisme sur leur vie de femme noire. De la même manière, elles n'ont pas de place dans les mouvements antiracistes menés principalement par des hommes pour identifier l'impact du racisme sur leur vie de femme. Par extension, l'intersectionnalité politique réfère au fait qu'au sein des mouvements et organismes d'action sociale, les personnes marginalisées dans la société continuent d'être exclues de la définition des enjeux, des analyses, des revendications et des actions.

Dans des espaces alternatifs engagés dans des luttes pour des droits, la liberté ou la justice sociale (ex. : groupe communautaire, sage-femme, accompagnement à la naissance, etc.), les employés et les membres sont généralement motivé·es par une volonté de bienveillance envers les autres ou par l'indignation ou la colère face aux injustices. Il peut être alors douloureux de considérer que l'on reproduit des comportements porteurs d'exclusion ou d'oppression pour d'autres personnes. Cependant, il faut savoir que personne n'est à l'abri de reproduire ces comportements nuisibles. Cela est encore plus probable face à une forme d'oppression que l'on ne subit pas soi-même. Par exemple, un homme est plus susceptible de faire preuve de sexisme, mais cela ne signifie pas qu'une femme ne pourrait pas avoir un comportement sexiste. Le plus important est d'apprendre à reconnaître ces comportements afin de pouvoir les déconstruire.

Voici quelques comportements porteurs de discrimination relevés dans le mouvement d'humanisation des naissances :

**PRATIQUE HABITUELLE**  
(OU COMPORTEMENT COURANT LIÉ À DU COLONIALISME, DU CAPACITISME, ETC. QUI S'IGNORE)

Centralité des expériences des femmes cis, blanches, hétérosexuelles, citoyennes québécoises, sans handicap connu

**IMPACT DISCRIMINATOIRE**

Effacement des expériences des femmes racisées, autochtones, migrantes à statut précaire ou en situation de handicap, des personnes non binaires et des hommes trans

Un·e membre du CCI explique :

« Au sein du mouvement féministe québécois, par rapport à plusieurs enjeux comme les violences à caractère sexuel, les violences obstétricales, la justice ou les droits de reproduction, il y a eu un effacement des expériences qu'on juge marginales ou minoritaires. Que ce soit les expériences des femmes racisées, des communautés 2ELGBTQIA+, des femmes en situation de handicap ou [des femmes incarcérées], tout ce qui n'est pas étiqueté comme expérience « universelle » des femmes a été marginalisé ou mis à part. Cela a comme impact que quand on est impliqué·e dans des luttes, on n'est pas efficace, parce qu'on centre les expériences « majoritaires » (femme canadienne-française blanche sans handicap). Ce qui fait qu'il y a beaucoup d'expériences qui sont mises de côté et on a une mauvaise compréhension de la problématique comme telle. Il faut aller au-delà de ça, pour être conséquent·es dans la lutte. Il faut arriver à centrer les marges. »

**PRATIQUE HABITUELLE**  
(OU COMPORTEMENT COURANT LIÉ À DU COLONIALISME, DU CAPACITISME, ETC. QUI S'IGNORE)

Homogénéité du mouvement

**IMPACT DISCRIMINATOIRE**

Difficultés à construire des ponts et à développer des liens durables

Étant donné que les organismes en périnatalité sont principalement centrés sur les expériences et les problèmes vécus par des femmes cis, blanches, hétérosexuelles et sans handicap visible, il n'est pas étonnant que ces personnes forment la grande majorité des membres, des administratrices et des employé·e·s de ces organismes. On retrouve donc peu ou pas du tout de personnes issues des communautés les plus marginalisées dans les conseils d'administration et les équipes de travail des organismes en périnatalité. Il s'ensuit que les organismes et même le mouvement de périnatalité sont assez homogènes. Et comme le mouvement est composé majoritairement de ces mêmes femmes, les analyses, les revendications et les actions répondent aux problèmes liés à leur expérience de la périnatalité. Il s'agit d'un cercle vicieux : plus le mouvement est homogène, plus les actions sont centrées sur les expériences de ces membres en excluant les expériences des personnes qui ne sont pas représentées dans l'organisme. De plus, cela crée un sentiment de méfiance de la part des personnes les plus marginalisées et des organismes qui, bien intentionnés, pensent (à tort) défendent leurs droits. Il est difficile pour les organismes en périnatalité de construire des ponts ou de développer des liens durables tant qu'ils ne démontrent pas une prise en compte réelle des expériences et des problèmes rencontrés par les personnes les plus marginalisées.<sup>4</sup>

**PRATIQUE HABITUELLE**  
(OU COMPORTEMENT COURANT LIÉ À DU COLONIALISME, DU CAPACITISME, ETC. QUI S'IGNORE)

Homogénéité du mouvement

**IMPACT DISCRIMINATOIRE**

Manque de reconnaissance des compétences des personnes les plus marginalisées et des organismes qui défendent leurs droits  
ET  
Appropriation des pratiques

Des organismes en périnatalité ont de la difficulté à reconnaître les connaissances et les compétences des communautés et des personnes les plus marginalisées. Ils peuvent même contribuer à diffuser des stéréotypes et des préjugés racistes ou capacitistes, par exemple. Il est paradoxal que les compétences et les connaissances des communautés les plus marginalisées ne soient que peu ou pas du tout reconnues alors que dans le même élan, on assiste à une appropriation des pratiques de ces mêmes groupes marginalisés. Par exemple, on peut penser à la faible représentation des personnes autochtones dans les organismes en périnatalité et cependant constater que des pratiques autochtones traditionnelles comme le portage ou l'emballage sont hautement valorisées dans ce même milieu.

<sup>4</sup> Dans ce cahier se trouvent des moyens pour améliorer la prise en compte des enjeux périnataux rencontrés par les personnes les plus marginalisées.

**PRATIQUE HABITUELLE**  
(OU COMPORTEMENT COURANT LIÉ À DU COLONIALISME, DU CAPACITISME, ETC. QUI S'IGNORE)

Homogénéité du mouvement

**IMPACT DISCRIMINATOIRE**

Instrumentalisation et tokénisme

L'instrumentalisation ou le tokénisme (de l'anglais « token » qui veut dire « jeton ») réfère au fait d'utiliser des personnes marginalisées pour faire croire que l'organisme est inclusif. Ainsi, des personnes marginalisées sont embauchées ou mises à l'avant-plan sans qu'elles aient un réel pouvoir pour influencer et déterminer les analyses, les revendications ou les actions de l'organisme. Elles ne sont qu'une devanture destinée à donner une image positive de l'organisme. Par exemple, un organisme pourrait choisir de mettre la photo d'une femme noire sur son site Internet ou sur un dépliant sans que des femmes noires aient été incluses dans le processus de définition du programme ou de l'action dont l'organisme fait la promotion. Pour mieux illustrer ce mécanisme, voici un parallèle avec ce qui se passe dans le milieu de l'écologie. Des leaders environnementalistes sont nommés à des postes de ministre de l'environnement sans pour autant avoir de réel pouvoir ; ce qui a peut-être été le cas de Steven Guilbeault (membre fondateur d'Équiterre et ex-directeur de campagne à Greenpeace Québec) au gouvernement fédéral canadien ou de Nicolas Hulot, en France.

**PRATIQUE HABITUELLE**  
(OU COMPORTEMENT COURANT LIÉ À DU COLONIALISME, DU CAPACITISME, ETC. QUI S'IGNORE)

Adoption d'une posture de sauveur·euse

**IMPACT DISCRIMINATOIRE**

Obstacle à la prise de parole des personnes directement concernées

Lorsqu'elles prennent conscience des inégalités, des discriminations et des violences vécues par les personnes marginalisées, certaines personnes souhaitent bien faire et prendre leur défense. Cependant, elles ne tiennent pas compte de l'agentivité, des réflexions et des actions que peuvent mettre en œuvre les personnes marginalisées et choisissent de mettre de l'avant leur propre analyse et leurs actions au détriment de celles des personnes marginalisées. Elles adoptent une posture de sauveuse et deviennent un obstacle à la prise de parole des personnes directement concernées.

**PRATIQUE HABITUELLE**  
(OU COMPORTEMENT COURANT LIÉ À DU COLONIALISME, DU CAPACITISME, ETC. QUI S'IGNORE)

Plusieurs de ces comportements  
+  
Culture organisationnelle

**IMPACT DISCRIMINATOIRE**

Les personnes issues des communautés marginalisées restent en périphérie des organismes en périnatalité

Les personnes issues des communautés marginalisées vont rarement demeurer dans l'équipe permanente des organismes. Elles restent en périphérie comme consultante ou contractuelle pour des collaborations ponctuelles. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet état de fait. Certaines théories pointent vers la culture organisationnelle des organismes caractérisée, entre autres, par le paternalisme, le perfectionnisme, la pensée manichéenne (tout bon ou tout mauvais, sans nuance), la va-

lorisation de la quantité au détriment de la qualité, l'individualisme, la peur du conflit ou le travail dans l'urgence (Okun 2021).

**PRATIQUE HABITUELLE**  
(OU COMPORTEMENT COURANT LIÉ À DU COLONIALISME, DU CAPACITISME, ETC. QUI S'IGNORE)

Plusieurs de ces comportements

**IMPACT DISCRIMINATOIRE**

Inégalités dans la distribution des ressources financières et obstacles au financement dans le communautaire

Le système capitaliste entraîne des coupes budgétaires dans le système de santé et dans les organismes communautaires et induit la rareté des ressources, ce qui incite la compétition entre les organismes pour obtenir des financements. Ce contexte associé aux pratiques de centralité des expériences des femmes cis, blanches, hétérosexuelles et sans handicap visible dans le milieu communautaire conduit à une inégalité dans la distribution des ressources financières. Des organismes de lutte contre le racisme, l'homophobie ou la transphobie rencontrent davantage de difficultés à recevoir du financement. Parfois, des organismes composés majoritairement de personnes blanches reçoivent des financements destinés à des projets contre le racisme ou le capacitisme, alors que des organismes qui traitent directement de ces enjeux sont laissés sans financement à la mission.

## 2 - PRATIQUES INTERSECTIONNELLES : INSTAURER UN REGROUPEMENT INCLUSIF, INTERSECTIONNEL ET ANTI-OPPRESSIF

Un des trois principes de base de l'intersectionnalité est que les personnes les plus touchées par une injustice soient au cœur de la définition des revendications et des actions pour redresser le tort subi. La notion de « par et pour » insiste et rappelle cet élément incontournable. Pour que des actions « par et pour » puissent être définies dans le domaine de la périnatalité, cela implique que des organismes communautaires actifs dans le domaine de la périnatalité comptent davantage de personnes doublement et triplement marginalisées parmi les personnes qui y travaillent et qui y militent. De plus, il serait déplorable que des personnes marginalisées soient présentes sans qu'elles participent au processus de planification des plans d'action. On serait alors en train de les instrumentaliser pour redorer l'image publique de l'organisme. Il importe donc que non seulement elles y participent, mais qu'elles soient centrales dans ces processus.

### Comment les organismes en périnatalité peuvent-ils devenir inclusifs, intersectionnels et anti-oppressifs ?

#### A. TOUT COMMENCE À UN NIVEAU INDIVIDUEL

Pour ce faire, il s'agit de :

- a) S'informer et se former ;
- b) Rester dans la curiosité et l'ouverture ;
- c) Développer sa réflexivité ;
- d) Dénoncer et éduquer (*call in, call out*) face à l'oppression. Comme dans plusieurs domaines, le changement commence par soi. Il est essentiel de changer ses lunettes et de développer sa capacité à reconnaître les pratiques discriminatoires et oppressives afin de réussir à les déconstruire.

Chacune de ces actions est détaillée ci-après.

##### a) S'INFORMER ET SE FORMER

Il s'agit à la fois de s'informer sur :

- Les contextes historiques et sociaux des relations des groupes majoritaires avec les groupes marginalisés, que ce soit, par exemple :
  - ◇ **Des groupes ethniques :**
    - » Personnes autochtones et l'héritage de la colonisation et du génocide culturel qui perdurent ;
    - » Personnes de descendance afro-américaine ou afro-caribéenne et l'héritage de l'esclavage et de la ségrégation raciale ;
    - » Personnes immigrantes et racisées et l'héritage de la colonisation dans le pays d'origine, l'impact du parcours migratoire et du racisme systémique qui sévit au Québec.
  - ◇ **Des groupes sociaux :**
    - » Les communautés gaie qui ont vécu la criminalisation de l'homosexualité et la négligence des autorités sanitaires pendant la crise du VIH-SIDA ;
    - » Les communautés trans qui ont vécu la négation de leur identité et les stérilisations forcées par les chirurgies d'« assignation de sexe » imposées pour reconnaître les changements de noms.
  - ◇ **Des groupes culturels :**
    - » Les communautés sourdes et leur parcours pour faire reconnaître leur identité.

- Les pratiques oppressives, discriminatoires et violentes vécues actuellement par les personnes en lien avec les multiples systèmes d'oppression que ce soit dans les organismes communautaires en périnatalité ou dans le système de santé et de services sociaux.

Dans une démarche pour s'informer, il est important de se rappeler que les personnes qui font partie de ces groupes sociaux, ethniques ou culturels ne sont pas là pour faire l'éducation des personnes blanches, québécoises, hétérosexuelles, de classe moyenne. À l'ère de l'Internet, il est facile de chercher de l'information en ligne, de se tenir au courant des conférences et événements organisés par des organismes de défense des droits de ces groupes, de visionner des films documentaires ou encore d'assister à des activités politiques, culturelles ou artistiques organisées par des membres de ces groupes.

##### b) RESTER DANS LA CURIOSITÉ ET L'OUVERTURE

Toutes les cultures, tous les groupes humains comportent une variabilité intra-communautaire, c'est-à-dire des différences au sein d'une même communauté. On ne peut jamais en faire le tour. Plus qu'une démarche, il s'agit d'une façon de vivre, d'une posture de curiosité face à la diversité de l'espèce humaine et de la multiplicité infinie des expériences et des interprétations du monde.

La démarche proposée vise à susciter, voire à soulever, la curiosité et l'ouverture en ce qui concerne :

- La variabilité (individuelle et culturelle) des expériences entourant la périnatalité ;
- La diversité des visions du monde issues de divers groupes ethniques (ex. : communauté hassidique ou personnes originaires de l'Afrique de l'Ouest), sociaux (ex. : communauté lesbienne ou personnes usagères de drogues injectables) ou culturels (ex. : les Quakers ou les punks).

Imaginez que vous arrivez au Québec et que vous ne connaissez rien des personnes qui y vivent et de leur vision du monde. Pensez-vous qu'une seule personne ou un seul film puisse vous renseigner à leur sujet? Il est certain que vous aurez de la difficulté à trouver une personne qui vous parlera autant de la vision des autochtones que de celle des allochtones, de celle des jeunes punk squeegee que de celle des vieux artistes hippies ou de celle des propriétaires des riches maisons de Westmount que de celle des travailleur·ses saisonnières sur la Côte-Nord. Découvrir les expériences des un·es et des autres et leur vision du monde, et apprendre de celles-ci, est une démarche sans fin.

##### c) DÉVELOPPER SA RÉFLEXIVITÉ

- En ayant conscience du statut que l'on occupe face à différents systèmes d'oppression (voir *Roue des privilèges et des marginalisations* à la page 11).
- En s'observant soi-même ; en réfléchissant avec humilité, honnêteté et bonne volonté à ses propres comportements par lesquels on participe à reproduire les systèmes d'oppression.

Il peut être utile de savoir que, malgré la diversité des systèmes d'oppression, il existe plusieurs similitudes dans leurs mécanismes d'exclusion et d'oppression.

Ainsi, si vous avez appris à reconnaître les mécanismes d'exclusion et de discrimination sur lesquels reposent le patriarcat et le sexisme, vous pourrez progressivement reconnaître les mêmes mécanismes qui contribuent à exclure les personnes marginalisées (ex. : les personnes racisées dans un groupe de personnes blanches ou les personnes pauvres dans un groupe de personnes riches).

Un·e membre du CCI partage l'exemple suivant :

« Dans des groupes, la personne qui est issue d'une communauté marginalisée va dire quelque chose, puis une personne blanche va dire la même chose, et même reprendre exactement ce que l'autre personne disait et recevra plus de reconnaissance. Cela peut même aller jusqu'à confronter la personne [marginalisée] qui parlait avant. C'est important d'être sensible à ce genre de dynamique dans différents groupes, dans différents espaces. Et de défendre [les personnes marginalisées]. »

Qui n'a pas appris à reconnaître ce même type de comportement lorsqu'il survient pour une femme dans un groupe d'hommes ? Cette connaissance peut être transposée à la compréhension de mécanismes d'exclusion raciste, transphobe, capacitiste, etc.

#### **d) FACE À L'OPPRESSION, PRENDRE LA PAROLE, DÉNONCER ET ÉDUCER : « CALL IN » ET « CALL OUT »** **LE « CALL IN »**

À un niveau individuel, il est possible de se soutenir les un·es les autres pour développer une réflexivité et une capacité à identifier des comportements discriminatoires afin d'être en mesure de les déconstruire.

La pratique du « Call in » consiste à interpeller un·e collègue ou un·e membre quand on constate que cette personne reproduit des comportements discriminatoires sans s'en rendre compte. Il s'agit alors d'aborder la personne, avec bienveillance, dans un contexte non menaçant, en dehors des réunions et du travail collectif, si possible, en l'invitant à réfléchir à ses interventions et à la manière dont les choses pourraient être faites différemment. Cette approche peut se faire, par exemple, en lui posant des questions telles que :

- J'aimerais mieux comprendre avec quelle intention tu disais ça ?
- Est-ce que la situation pourrait être vue différemment ?
- Penses-tu que tes paroles ou ton action ont pu avoir un impact différent par rapport à tes intentions premières ?
- Je ne sais pas si c'était intentionnel ou non, mais les propos que tu viens de tenir pourraient être perçus ou reçus comme transphobes (ou capacitistes ou racistes). Souhaiterais-tu qu'on en parle ensemble ?

#### **LE « CALL OUT »**

Si une personne a des comportements discriminatoires à répétition et de façon consciente ou décomplexée, il est nécessaire de l'interpeller sur-le-champ pour l'arrêter (ou de la « Call out »).

On ne peut pas rester impassible devant des discriminations, des micro-agressions ou des violences psychologiques. Sinon, on devient complice de l'oppression. On peut dire :

- Je t'arrête tout de suite. Ce que tu viens de dire est raciste/capacitiste/homophobe ou transphobe.
- Je ne suis pas d'accord avec ce que tu dis. Je ne partage pas tes valeurs/ton opinion.
- Je ne trouve pas ça drôle. Peux-tu m'expliquer ce qui t'apparaît amusant ?

## **B. FORGER DES ORGANISMES RICHES DE L'EXPÉRIENCE DE TOUSTES**

### **Comment les organismes en périnatalité peuvent-ils devenir inclusifs, intersectionnels et anti-oppressifs ?**

Il s'agit de :

- a) Informer et former les individus et les groupes membres ;
- b) Centrer les marges ;
- c) Créer des ponts ;
- d) Céder la place, céder la parole – par et pour « Rien sur nous, sans nous ! » ;
- e) Éviter le sensationnalisme malsain (*trauma porn*) ;
- f) Garder l'anti-oppression dans la ligne de mire ;
- g) Traduire les documents et outils (bilinguisme et multilinguisme) ;
- h) Soutenir le financement et appuyer les demandes de projets ;
- i) Poser un regard critique sur les collaborations de recherche ;
- j) Promouvoir l'accès et la qualité des soins de santé pour toustes.

Chacune de ces recommandations est détaillée ci-après.

#### **a) INFORMER ET FORMER LES INDIVIDUS ET LES GROUPES MEMBRES**

Le fait de s'informer et de se former sur les contextes historiques et sociaux discriminatoires et de développer sa réflexivité repose sur une démarche individuelle. Cependant, un organisme d'action communautaire autonome (ou un regroupement comme le RNR) a pour mission de contribuer à changer les représentations culturelles et les mentalités. Il peut le faire, entre autres, en soutenant ses employé·es, ses membres et ses groupes membres dans leurs efforts pour s'informer et se former. Pour ce faire, il peut diffuser de l'information, des analyses anti-oppressions et des propositions de revendications et d'actions pensées « par et pour » les personnes les plus marginalisées à travers divers médiums (capsules vidéo, images, réseaux sociaux, influence/pression sur les médias de masses, etc.).

#### **b) CENTRER LES MARGES**

À travers son action, le RNR a pris conscience qu'il participe à l'exclusion, la discrimination et l'oppression des personnes les plus marginalisées et de leurs expériences induites par le racisme, le capacitisme ou le colonialisme.

Les projets comme « Maternité et dignité » sont des moyens de centrer les marges et de mettre le centre d'intérêt des analyses, des revendications et des actions sur les enjeux vécus par les personnes les plus marginalisées et les communautés auxquelles elles appartiennent. Pour centrer les personnes placées en marge, il est important de se poser les questions suivantes :

- Quelle définition ces communautés donnent-elles aux violences obstétricales et gynécologiques (VOG) ?
- Quel langage et quelles analyses sont utilisées par ces communautés pour parler des oppressions et du tort subi ?
- Quelles expériences sont mises de l'avant par ces communautés et de quelles manières ?
- Quels changements sociopolitiques et quelles actions sont réclamées par ces communautés ?

### c) PAR ET POUR – « RIEN SUR NOUS, SANS NOUS ! »

Dans l'optique de centrer les marges, il est important de soutenir les initiatives « par et pour » les groupes et les personnes les plus marginalisées. Les organismes « par et pour » ont moins d'accès aux différentes sources de financement accordées aux organismes communautaires établis de longue date et composés majoritairement de personnes blanches. Pour favoriser une répartition équitable des ressources, les organismes peuvent, par exemple, allouer une partie de leur budget à des initiatives « par et pour » (Tran et Salazar, 2022). Au-delà du financement, il y a aussi la possibilité de partager ces initiatives dans nos réseaux respectifs, de partager les appels de projet, etc.

### d) CRÉER DES PONTS

Étant donné que les organismes communautaires dans le domaine de la périnatalité sont assez homogènes, il est nécessaire de collaborer avec des organismes de défense des droits des personnes les plus marginalisées ou des organismes « par et pour » afin de mieux connaître les analyses, revendications et actions de ces personnes. Les organismes de périnatalité peuvent créer des espaces de discussion et de réflexion qui mettent en valeur les savoirs des personnes les plus marginalisées, leurs visions du monde, de la santé ou de la périnatalité. L'organisation de tels ateliers, événements ou conférences gagne à se faire en collaboration avec des organismes de défense des droits des personnes les plus marginalisées.

La création d'une collaboration étroite avec les communautés les plus marginalisées doit être pensée dans un rapport égalitaire et sur la durée : des échanges de qualité, fréquents et durables. Pas d'instrumentalisation ou de tokénisme.

La création d'une collaboration étroite avec les communautés les plus marginalisées doit être pensée dans un rapport égalitaire et sur la durée : des échanges de qualité, fréquents et durables. Pas d'instrumentalisation ou de tokénisme.

### e) CÉDER LA PLACE, CÉDER LA PAROLE

Dans le cadre de ces événements organisés en collaboration avec des organismes de défense des droits des personnes marginalisées ou des organismes « par et pour », il est important de partir des initiatives de ces groupes. Le contenu des présentations et des discussions doit émaner de leurs besoins, de leurs expériences, de leurs analyses et des actions qu'ils proposent. Sans quoi, si un appel à participation est lancé il risque de ne pas être vu ou - pire - de placer ces organismes en déséquilibre, en compétition ou dans l'obligation de devoir justifier leur légitimité et leur pertinence. En créant des ponts avec des organismes, il est possible de leur proposer de prendre la parole.

La prise de parole est un outil puissant et il est important de céder la place. Il s'agit donc de centrer clairement l'événement autour des personnes les plus marginalisées et de leur céder la parole. Même si on décide qu'il y a des personnes qui viennent pour écouter et pour s'éduquer, la programmation, l'espace et l'animation doivent demeurer centrés autour des personnes qui viennent pour s'exprimer sur leurs expériences et leurs besoins. De la même manière, si un organisme comme le RNR est invité à rencontrer des ministres ou des représentant-es du gouvernement, il peut interpeller les organismes avec qui il collabore et leur offrir une opportunité de rencontre qu'ils n'ont peut-être pas eu. Partager ses leviers (ou ses plogues) est une manière de transférer ses privilèges. Par exemple, dans le cadre de la Semaine Mondiale pour l'Accouchement Respecté (SMAR), des groupes de défense des droits de personnes doublement ou triplement marginalisées ne vont pas nécessairement préparer d'activité ou d'événement. Dans ce contexte, le RNR peut rencontrer cer-

tains groupes et les inviter à parler de leurs préoccupations, partager des témoignages et identifier des enjeux à aborder ou à amener à de plus hautes instances.

### f) ÉVITER LE SENSATIONNALISME MALSAIN (TRAUMA PORN)

Lors de ces événements, il est important d'éviter le *trauma porn*, c'est-à-dire une forme de voyeurisme face à l'horreur des expériences qui sont partagées. Les médias de masse ont une approche sensationnaliste face aux expériences douloureuses et injustes et transforment la souffrance en spectacle. Cette approche est une forme d'instrumentalisation et reproduit un rapport de pouvoir où les personnes blanches, hétérosexuelles et sans handicap visible peuvent vivre des sensations fortes sans pour autant s'engager pour défendre les droits des personnes les plus marginalisées.

Un-e membre du CCI explique :

« [Il y a une] nécessité de créer un espace et de le rendre sécuritaire le plus possible pour permettre à des gens de s'exprimer sur leurs vécus, sur ce dont ils ont été témoins. Important que les attentes soient claires, notamment sur qui est admis dans quel espace, pour que les gens n'aient pas de mauvaises surprises, qu'ils le savent d'avance, pour se sentir en sécurité. »

### g) GARDER L'ANTI-OPPRESSION DANS LA LIGNE DE MIRE

Lors de ces événements, il est important de garder l'anti-oppression dans la ligne de mire. La théorie de l'intersectionnalité s'est progressivement répandue et aujourd'hui on constate que ce sont principalement des chercheuses blanches qui en parlent. Elle s'est aussi progressivement vidée de son sens et certaines approches dites « intersectionnelles » se concentrent sur l'identité comme étant la source des oppressions. Il est essentiel de garder en tête que ce sont les systèmes d'oppression qui créent les discriminations, les exclusions et les oppressions et non les identités.

Il est essentiel de garder en tête que ce sont les systèmes d'oppression qui créent les discriminations, les exclusions et les oppressions et non les identités.

### h) TRADUIRE LES DOCUMENTS ET OUTILS (BILINGUISME ET MULTILINGUISME)

Produire une documentation bilingue français-anglais n'est pas une pratique répandue dans les organismes communautaires au Québec. Cela peut s'expliquer par le fait que plusieurs d'entre eux ont été fondés dans les années 1970-1980, à une période où les francophones du Québec commençaient à retrouver une liberté d'action et une dignité après avoir vécu des discriminations systémiques de la part des anglophones. Cela étant dit, bien que l'on puisse comprendre la rareté (voire l'absence) de traduction vers l'anglais des outils produits en la situant dans son contexte historique, de la perpétuer crée un obstacle à l'accès à l'information pour de nombreuses personnes qui ne parlent pas français.

En effet, le contexte social a bien changé depuis les années 1970-1980. Il existe plusieurs lois qui protègent la langue française. Une classe bourgeoise francophone exploite les richesses humaines et minières tout autant que la classe bourgeoise anglophone. De plus, de nombreuses communautés (autochtones ou immigrantes) utilisent l'anglais comme troisième ou quatrième langue, en plus de leur langue maternelle et d'une autre langue de relation (*lingua franca*). La traduction des outils en anglais est maintenant une question d'accessibilité à l'information pour le plus grand nombre. Si les budgets le permettent, la traduction en plusieurs langues devrait également être envisagée. Il est possible de commencer par une ou des langues autochtones et par l'une des principales langues parlées par les allophones issues de l'immigration telles que l'espagnol, le créole haïtien, l'arabe, le chinois (Mandarin), le pendjabi (ou le tagalog, une autre langue d'Asie du Sud) (Statistiques Canada, 2016).

### **i) SOUTENIR LE FINANCEMENT, APPUYER LES DEMANDES DE PROJET**

Les organismes de défense des droits des personnes les plus marginalisées ou les organismes « par et pour » ont beaucoup moins accès au financement octroyé par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) ou à d'autres financements publics. Un·e membre du CCI prend le RNR pour exemple et suggère que des organismes mieux financés (car historiquement favorisés) puissent soutenir des organismes « par et pour » dans leur demande de financement :

« Le RNR pourrait se positionner et revendiquer plus de financement [pour les organismes « par et pour »], un assouplissement des critères d'admissibilité. Le RNR pourrait aussi passer la balle à certains organismes ou contribuer à faire des appels de projets. »

Ce sont des suggestions à la portée de plusieurs regroupements ou organismes.

Il est important de noter qu'à la différence de certains regroupements féministes, tels que L'R des centres de femmes (L'R) ou le Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale, dont les permanences ont parmi leurs mandats celui de défendre le financement des groupes membres qu'ils rassemblent puisqu'il ont la même structure, le même fonctionnement et la même mission. Les permanences des regroupements du RNR ou de la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), à titre d'exemple, ne font pas de défense de financement de leurs groupes membres. Le RNR et la FQPN regroupent des organismes avec des missions relativement différentes les unes des autres. Ils ont un rôle de « boîte à penser » (*Think-Tank*) par rapport aux enjeux de santé et des droits sexuels et reproductifs.

### **Que peut faire le RNR ?**

Réfléchir à la manière dont il peut soutenir les demandes de subvention des organismes « par et pour » :

- En écrivant des lettres de soutien ou de référence ;
- En marrainant des demandes de financement auprès de subventionnaires publics ou privés ;
- En invitant des organismes « par et pour » à assister à des rencontres auxquelles ils n'ont pas été invités faute de visibilité ;
- en transmettant, s'ils sont d'accord, leur message (demandes, revendications, etc.) à l'instance de laquelle ils sont exclus, etc.

### **j) POSER UN REGARD CRITIQUE SUR LES COLLABORATIONS DE RECHERCHE**

De nombreuses recherches sont mises en œuvre par le milieu académique ou par des institutions publiques. Le travail des organismes communautaires à faire reconnaître l'importance de leur expertise a porté ses fruits et de plus en plus de subventionnaires de recherche exigent que les chercheur·es travaillent en collaboration avec des organismes actifs sur le terrain. Il est important de faire le tri entre les projets et de poser un regard critique et attentif sur les processus de recherche. Qui peut parler ? À qui ça profite ? Quelles seront les retombées concrètes pour l'organisme ou pour les enjeux sur lesquels vous travaillez ?

Les Premières Nations ont fait un important travail pour appuyer les organismes autochtones dans leur évaluation de l'intérêt des projets de recherche qui leur sont soumis. Le *Guide d'accompagnement du protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador* (2019) peut également donner des balises pour des organismes de personnes allochtones et marginalisées.

Un·e membre du CCI présente le modèle de RESPCCT (*Research examining the stories of pregnancy*

*and childbearing in Canada Today* <https://www.respcct.ca/>), une recherche qui adopte, selon cette personne, « un modèle inclusif, pas uniquement par rapport aux communautés, mais aussi par rapport aux expériences. Il y a l'équipe de chercheuses, mais il y a un comité consultatif, il y a des coordonnateurs, coordonnatrices régionales. Le comité consultatif est formé de personnes issues des communautés (avec des critères). Ce qui fait toute la différence; leurs voix sont vraiment entendues. Ça redonne la parole et le pouvoir. De sentir qu'ils peuvent participer, faire partie de la solution, d'une façon concrète. Important de se pencher sur les processus de recherche. Important de se demander : qui fait les recherches ? Sous quel angle ? Qu'est-ce qu'on retire de ces recherches-là, finalement, au-delà des bonnes intentions ? Qui bénéficie de ces recherches-là ? »

### **k) PROMOUVOIR L'ACCÈS ET LA QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ POUR TOUSTES**

Le système d'oppression capitaliste vise la marchandisation de la santé et induit des conditions de rareté des ressources pour le financement des services publics. Il s'ensuit une insuffisance de services dans plusieurs secteurs dont ceux de la santé sexuelle et reproductive. Il est important de développer des solidarités au-delà des appartenances identitaires. Sans cela, les pressions du système capitaliste tendent à mettre les gens en concurrence les un·es contre les autres pour la satisfaction de leurs besoins de base. Par exemple, l'idée d'un « panier de services » de base oblige à développer des arguments pour sélectionner certains services plutôt que d'autres. Alors qu'on ne devrait pas faire de hiérarchie dans les droits et les besoins des personnes. On veut tout ! On ne lâche rien ! Demandons l'impossible !



**IV - INTERSECTIONNALITÉ STRUCTURELLE :  
DROITS HUMAINS, CIVILS, POLITIQUES ET SOCIAUX  
ET INSTITUTIONS**

On entend parfois mentionner le terme « systémique » pour parler du racisme ou du sexisme, entre autres. « Systémique » signifie qui a rapport à un système et, dans ces cas-ci, les systèmes sont des systèmes d'oppression.

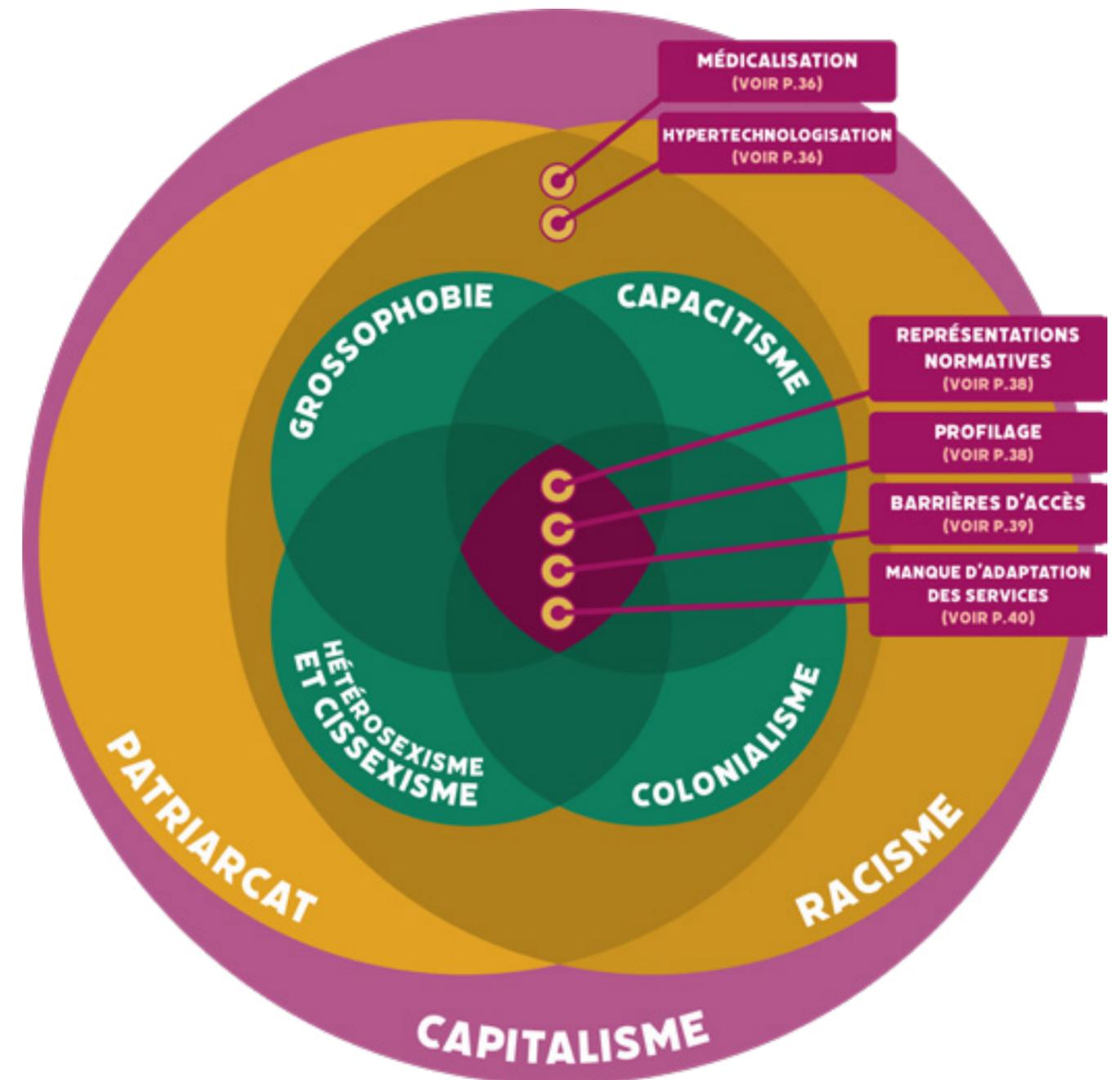
Un·e membre du comité conseil intersectionnel (CCI) explique :

« Dire que c'est systémique, ça redonne la responsabilité aux institutions et espérer que les systèmes d'oppression vont changer de l'intérieur et défaire les pratiques au sein de ces institutions. Tandis que lorsque l'on met la responsabilité sur les individu·es [on se trompe de cible]. Ce sont les systèmes en place qui permettent à ces individu·es de perpétuer ces violences dans les institutions. »

Un·e autre membre du CCI poursuit :

« Il faut regarder le milieu lui-même et pas juste les gestes posés par les personnes. Par exemple, le milieu hospitalier a une mentalité ancrée dans un cadre et quand des personnes sortent de ce cadre, les intervenant·es n'ont pas les outils pour offrir un service et des soins malgré leur bienveillance. Pour changer les choses, il faut que les individu·es aient le pouvoir de changer les choses, mais les institutions sont comme une grande machine difficile à faire bouger. »

Comme mentionné dans la première partie de ce document, les systèmes d'oppression sont imbriqués les un·es aux autres et entraînent des exclusions, marginalisations, discriminations et oppressions sur les personnes qui ne sont pas considérées comme faisant partie de la norme. Ces systèmes d'oppression sont présentés ci-dessous avec leurs impacts dans le domaine de la périnatalité. Ils seront d'abord présentés de façon séparée, puis quelques expressions de leur imbrication seront décrites et détaillées.



© COPYLEFT NESRINE BESSAÏH

## 1 - ÉTAT DE SITUATION ET EXEMPLES DE DISCRIMINATION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

### A. CAPITALISME ET CLASSISME

Les poissons ne savent pas qu'ils vivent dans l'eau. De la même manière, les personnes vivant en Amérique du Nord ne se rendent pas compte qu'elles vivent dans un système capitaliste. C'est le propre d'un système de faire oublier son existence. Les mécanismes capitalistes de recherche de profits à tout prix et de socialisation des déficits sont pourtant à l'œuvre dans tous les domaines qui déterminent les conditions de vie (et de santé) : le logement, l'agriculture, le travail, l'éducation, la santé, etc. Contrairement à d'autres populations vivant en Amérique du Nord, la population du Québec bénéficie de plusieurs services publics et programmes sociaux qui atténuent un peu l'impact du capitalisme sauvage (ou du néo-libéralisme).

Cependant, ces services et ces programmes sont constamment remis en question ou à tout le moins modifiés par les pressions du système capitaliste. Pensons, par exemple :

- Aux coupes de financement qui entraînent des coupures de services et de programmes ou une réduction de la main d'œuvre ;
- À la multiplication des frais afférents (dans les établissements de santé ou dans les établissements d'éducation) ;
- À l'investissement dans des technologies de pointe au détriment du rapport humain et de la prévention, etc.

Les gouvernements n'ont pas besoin d'inventer ces mesures. Elles font partie des recettes de la mondialisation néo-libérale et sont, pour la plupart, dictées par des organismes internationaux comme le Fonds monétaire international (FMI), la Banque mondiale (BM) ou l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

Le système de santé est à l'avant-plan des pressions exercées par le système capitaliste. Pour les investisseurs, la santé est considérée comme un marché pour la bonne raison qu'il n'y a pas de limite à ce que les gens pourraient accepter de payer pour leur santé ou celle de leurs proches. L'existence d'un système de santé public et gratuit est un obstacle aux profits potentiels qui pourraient être faits dans ce domaine. Les impacts des mesures capitalistes dans le système de santé sont nombreux. Mentionnons ici quelques impacts sur les conditions de travail et sur l'accès aux soins.

Les conditions de travail dans le système de santé sont en détérioration au moins depuis les années 1990 et le virage ambulatoire instauré par le gouvernement péquiste de l'époque. Depuis, les gouvernements péquistes ou libéraux ont aggravé la situation à travers les réformes du système de santé qui se sont enchaînées<sup>5</sup>. Dans ce secteur, dont 75 % de la main-d'œuvre est féminine (*Statistiques Canada, 2022*), la charge de travail est en augmentation constante, entre autres, à cause de la Nouvelle gestion publique (NGP). Les directives de la NGP impliquent une accélération de la cadence de travail et une augmentation de la productivité allant parfois jusqu'à chronométrer les tâches ! Le temps passé à remplir de la paperasse pour la reddition de comptes plus nombreux-ses que les personnes sur le plancher est autant de temps, d'énergie et de travail qui ne seront pas consacrés à prendre soin effectivement des usagers et des usagères du système de santé (*FIQ, 2011*). Les travailleurs et les travailleuses du système de santé ne disposent pas non plus d'espace pour exercer leur autonomie professionnelle ou même pour reprendre pied entre deux patient-es.

<sup>5</sup> 1994-1998 : Réforme Rochon (virage ambulatoire) ; 2000 : Commission d'étude Clair (création des Groupes de médecine familiale - GMF) ; 2003-2008 : Réforme Couillard (création des Centres de santé et services sociaux - CSSS) ; 2008-2012 : Réforme Bolduc (méthode Toyota et Lean) ; 2014-2018 : Réforme Barrette (création des Centres intégrés -universitaires- de santé et services sociaux - CISSS et CIUSSS)

Un bon exemple de l'impact de la gestion capitaliste des soins en périnatalité est celui de la « gestion active » du travail. Au début du 20<sup>e</sup> siècle, l'apparition des abattoirs industriels rend disponible en grande quantité une hormone bovine, la « pituitrine », qui ressemble à l'ocytocine humaine. À partir des années 1960, d'abord en Irlande, puis à travers le monde occidental, les hôpitaux mettent en place des protocoles de « gestion active ». Il s'agit d'accélérer le processus de la naissance, entre autres, en renforçant les contractions par l'injection de cette ocytocine de substitution. En plus de l'ocytocine (ou de syntocine, pitocin), la « gestion active » du travail implique d'utiliser d'autres techniques : la rupture artificielle de la poche utérine pour déclencher le travail, les forceps, les ventouses et l'épisiotomie pour extraire le bébé plus rapidement, les pressions utérines (méthode Kristeller) pour forcer une expulsion. C'est donc une véritable chaîne de montage qui se met en place dans les départements de natalité des hôpitaux, comme si les lits devaient être libérés au plus vite pour laisser la place à la prochaine naissance. Alors que dans les années 1950, la durée moyenne d'un accouchement est évaluée à 36 heures, dans les années 1960, elle n'est que de 24 heures. Et elle continue de diminuer : 12 heures en 1969, 10 heures en 1980. En 2004, elle n'est plus que de 8 heures !

Les mauvaises conditions de travail, le manque de personnel soignant et le travail à la chaîne dans le système de santé et surtout dans les centres hospitaliers entraînent une déshumanisation des intervenant-es et des patient-es. Il contribue ainsi à l'actualisation de propos et de comportements violents dans les soins de santé en général et, entre autres, en périnatalité. Les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) découlent donc, en partie, des directives capitalistes de gestion. Un-e participant-e au forum explique : « Bien malgré elles, les infirmières sont la courroie de transmission de la violence faite sur les personnes enceintes. Ces dernières [les infirmières] sont aussi violentées par un système qui les cadre pour être capables de gérer le flux de demandes et être capables d'accueillir toute la souffrance avec très peu de moyens. Toute cette organisation qui centralise les soins est extrêmement violente. » Les VOG sont exacerbées par d'autres systèmes d'oppression comme le racisme, le colonialisme ou le capacitisme. Plusieurs travailleurs et travailleuses sont témoins d'actes de violence qui les traumatisent. Iels se retrouvent parfois à contribuer à cette violence à cause des protocoles de soins qui sont imposés.

Par ailleurs, la logique capitaliste qui régit le système de santé entraîne une restriction de l'accès aux soins à cause de barrières administratives. Par exemple, les personnes migrantes à statut précaire (étudiant-es étranger-es, travailleur-ses domestiques, travailleurs agricoles, personnes en attente de statut) ne sont pas couvertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Elles doivent donc payer de leur poche pour avoir accès à des services en santé sexuelle et reproductive (avortement, prise en charge de complications suivant une fausse couche, suivi de grossesse, etc.). Les personnes allophones (c'est-à-dire qui ne parlent ni l'anglais ni le français) ont théoriquement droit à la présence d'un-e interprète pendant leur consultation médicale. Cependant, le processus administratif de recours à un-e interprète associé-e à la cadence de travail effrénée empêche les intervenant-es de recourir aux services linguistiques nécessaires. De plus, le système de santé est un tel labyrinthe qu'il est difficile de s'y retrouver même quand on est francophone, éduqué-e et habitué-e au fonctionnement des services publics. Il est encore plus difficile de s'y retrouver quand on ne parle pas le français, qu'on est nouvellement arrivé-e sur le territoire ou qu'on ne sait pas lire. La mise sur pied d'un service d'accompagnement gratuit et bienveillant est obstruée, entre autres, par les restrictions budgétaires.

Ainsi, plus un individu a des difficultés, plus son accès aux ressources potentiellement offertes par le système de santé est limité.

La logique capitaliste de gestion fait également sentir douloureusement ses impacts dans le cadre du système de justice et de détention. L'expérience rapportée par des femmes incarcérées témoigne

des impacts du manque de financement adéquat des installations de détention : manque de ressources, manque d'agent·es correctionnel·les, lenteur et rigidité des processus, conditions de détention atroces et violences multiples vécues en cas de grossesse, d'interruption de grossesse et d'accouchement.

## B. PATRIARCAT ET SEXISME

Dans son livre *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, l'historienne Andrée Rivard décrit l'évolution de l'accouchement au Québec. Dans le Canada français, la plupart des accouchements se déroulaient dans le confort des foyers. Au 19<sup>e</sup> siècle, les innovations scientifiques de la médecine sont utilisées pour disqualifier les sages-femmes et transférer vers les médecins le monopole des soins autour de l'accouchement. Le Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada, formé en 1847, s'efforce de faire passer les sages-femmes pour des incompetentes afin de donner plus de pouvoir à ces professionnels. Ensuite, on leur interdit l'usage de certains instruments et à partir de 1920, les médecins détiennent le contrôle absolu du domaine obstétrical. Certaines sages-femmes continueront tout de même à exercer en se ralliant à des médecins, tandis que d'autres continueront à pratiquer dans les lieux où il n'y a pas de médecin (*Dressayre, 2017*). Aujourd'hui, les sages-femmes peuvent exercer dans un cadre très limité et l'accès à leurs services reste restreint (Voir section I, à la page 37, sur la pratique sage-femme).

Ce changement de paradigme a fait perdre énormément de pouvoir aux femmes et à toute personne ayant recours à des soins gynécologiques. La médecine approche les femmes comme étant inaptes à accoucher sans intervention médicale, en plus d'être inaptes à prendre des décisions rationnelles concernant leurs corps (*Rivard, 2014*). Elles sont dépossédées de leur capacité à enfanter et de leur pouvoir d'agir. Par exemple, la plupart des personnes qui accouchent à l'hôpital vont se faire placer dans une position couchée sur le dos. Cette position est complètement contre-intuitive et antiphysiologique : elle empêche la gravité de contribuer à la descente du bébé et bloque la mobilité du bassin. Cette posture couchée n'est utile que pour le médecin accoucheur, car elle lui permet de surveiller le vagin et le col de l'utérus sans avoir besoin de se pencher. Cette dépossession découle du système d'oppression patriarcal et crée un terrain propice aux violences obstétricales et gynécologiques (VOG). Ces dernières sont amplifiées par les divers systèmes d'oppression présents dans notre société.

## C. COLONIALISME

Pour les communautés autochtones, « système de santé » a toujours rimé avec « danger ». Le décès de Joyce Echaquan a mis en lumière la manière dont les personnes autochtones sont traitées dans le système de santé et de services sociaux : négligences, préjugés, voire insultes et violences physiques (*Bédard, 2020*). Ce traitement souligne une des manières dont le colonialisme s'inscrit dans le système de la santé et de services sociaux.

L'eugénisme est une théorie sociale fondée sur la croyance que certaines personnes sont génétiquement supérieures à d'autres et qu'il faut améliorer la race humaine en contrôlant qui peut se reproduire. Dans ce paradigme, il importe de contrôler la reproduction de la population afin d'empêcher les personnes considérées comme étant génétiquement inférieures de se reproduire et faciliter la reproduction des personnes considérées supérieures génétiquement. Cette doctrine était particulièrement populaire au vingtième siècle (*De Bruin, 2019*). Au Québec, un contrôle est toujours exercé sur les corps des personnes autochtones et sur leur reproduction. La stérilisation imposée aux femmes autochtones est un exemple de ce contrôle. Auparavant, la stérilisation forcée des personnes autochtones en Alberta et en Colombie-Britannique était permise par des lois eugéniques

concernant les personnes considérées comme faibles ou en situation de handicap. Aujourd'hui, des témoignages rapportent que des personnes autochtones sont encore stérilisées à leur insu. Au Québec, une étude qualitative récente démontre que ces stérilisations sont imposées à des femmes de tout âge, qu'elles aient déjà des enfants ou non (*Bouchard et Basil, 2022*); alors qu'en 2021, un reportage de Radio-Canada rapportait que le Collège des médecins du Québec refusait de mettre en place « une directive spécifique » pour interdire aux médecins de telles pratiques lors d'accouchement (*Fournier, 2021*).

Par ailleurs, la gestion des services de santé par les gouvernements coloniaux oblige plusieurs femmes autochtones à accoucher en dehors de leur communauté. Elles sont déracinées de leur famille, de leur village et de leur langue. Puisqu'il n'y a pas une offre adéquate de services dans leur communauté respective, elles doivent se déplacer pour accoucher en milieu urbain (*Jung, 2021*). Cela nuit à leur sentiment de sécurité ainsi qu'à la capacité des Inuits et des Premières Nations de mettre en œuvre leurs pratiques culturelles entourant la naissance et de transmettre ces pratiques aux nouvelles générations. Cela empêche des jeunes de témoigner des naissances et des célébrations qui les entourent.

De plus, de manière plus générale, les personnes autochtones ne se sentent pas en sécurité dans le système de santé. Plusieurs d'entre elles préféreront ne pas avoir recours aux institutions coloniales même lorsqu'elles ont des problèmes de santé importants. Un·e membre du CCI souligne que « depuis les événements entourant la mort de Joyce Echaquan, les femmes des communautés autochtones préfèrent présentement accoucher dans le bois que d'aller à l'hôpital ». Les impacts du colonialisme sont nombreux. Ils se font également sentir à travers la gestion du territoire et le racisme environnemental. Les communautés autochtones sont les plus touchées par les déchets toxiques. Par exemple, dans certaines communautés autochtones, l'eau et donc la nourriture sont contaminées au mercure (*Stefanovitch, 2021*). Ce qui nuit significativement à leur santé globale, ainsi qu'à leur santé reproductive (*Gouvernement du Canada, 2021*).

## D. RACISME

Pour comprendre comment le racisme s'inscrit dans les soins périnataux et gynécologiques actuels, il est important de retourner aux origines de la gynécologie et de l'obstétrique. Au 19<sup>e</sup> siècle, le docteur James Marion Sims, l'un des chirurgiens les plus populaires de son époque, se sert de femmes afro-descendantes mises en esclavage afin d'expérimenter des instruments et des interventions. Ces femmes ont subi des chirurgies sans anesthésie dans le but de peaufiner des connaissances mises au service de femmes blanches en clinique privée et encore utilisées aujourd'hui en obstétrique. Cette exploitation du corps des femmes noires fera accéder le Dr. Marion Sims au titre de « Père de la gynécologie moderne » (*Holland, 2018*). Aujourd'hui, des études américaines montrent que le personnel soignant considère les femmes noires comme étant moins sensibles à la douleur. Ce préjugé est un héritage du traitement déshumanisant subi par les personnes mises en esclavage (*Campbell, 2021 ; Abdou, 2014*).

Il est difficile de documenter quantitativement le traitement différentiel subi par les personnes racisées dans le système de santé québécois. En effet, les services de santé ne tiennent pas de registres des appartenances ethno-raciales des usagers et des usagères. Il n'existe donc pas de données désagrégées qui permettent de quantifier le problème. Par contre, de nombreux témoignages recueillis par des organismes (comme le RNR) ou par des intervenant·es de santé ou des accompagnant·es à la naissance corroborent le fait qu'il existe un traitement inégal, discriminatoire et raciste. De plus, dans des pays occidentaux avec des pratiques périnatales relativement similaires et où il est davantage possible d'accéder à des données chiffrées, on constate que les personnes racisées et surtout les

femmes noires subissent plus de VOG et de mortalité maternelle et infantile en période périnatale que les femmes blanches.

Aux États-Unis, les chiffres de plusieurs études démontrent que les personnes noires qui accouchent ont des taux significativement plus élevés de naissance prématurée et de mortinaissance (Stafford, 2021). Au Royaume-Uni, les femmes noires sont quatre fois plus à risque de mourir de complications en lien avec l'accouchement et le post-partum (Mundasad, 2021). L'athlète Serena Williams a attiré l'attention sur cette réalité lorsqu'elle-même n'a pas été écoutée par le personnel soignant et qu'elle a failli mourir d'une hémorragie à la suite de son accouchement. Son histoire contribue à mettre en lumière le fait que ce phénomène touche toutes les classes sociales et que ni la célébrité, ni l'argent, ni l'éducation ne permettent aux personnes racisées d'échapper à ces traitements négligents ou violents.

Le racisme est une source de violence qui se traduit de plusieurs façons. Dans les hôpitaux québécois, on administre la péridurale plus tôt aux personnes noires et nord-africaines pour les faire taire, car on croit que les membres de certaines communautés exagèrent l'expression de la douleur. On appelle ce phénomène le mythe médical « du syndrome méditerranéen », car au départ, il était attribué aux personnes originaires de cette région. Aujourd'hui, ce mythe a été étendu aux personnes noires (Nicolas, 2019, Campistrone, 2018). Leur douleur est donc moins prise au sérieux et dans certains cas, l'absence de traitement mène à des décès. De plus, au Québec, à l'instar des personnes autochtones, des femmes noires et des femmes racisées sont également stérilisées à leur insu (Fournier, 2021).

## E. CAPACITISME

La méconnaissance qui subsiste, dans les institutions de santé, par rapport aux réalités des personnes en situation de handicap entraîne des traitements capacitistes qui ont un impact sur la décision d'avoir un enfant, les suivis de grossesse ainsi que les soins pendant l'accouchement et dans le postnatal.

Le capitalisme, le colonialisme, le racisme et le capacitisme sont étroitement liés aux théories eugéniques. Les personnes en situation de handicap sont la cible de stérilisation et d'avortement imposés (Morin-Aubut, 2021). Dans une société capitaliste, les personnes sont classées selon leur capacité à être des ressources ... humaines. Face aux personnes en situation de handicap, on craint alors que les parents transmettent leur handicap à leur enfant, l'empêchant ainsi de participer à la société capitaliste de façon productive et exploitable. Un autre facteur explicatif de ces stérilisations et avortements imposés repose sur le mythe capacitiste qui veut que le handicap soit toujours synonyme de souffrance et qu'il n'y ait rien de positif dans la vie des personnes en situation de handicap. Ce mythe sert aussi de justification à des tests de dépistage invasifs administrés durant la grossesse (ex. : dépistage de la trisomie 21).

Par ailleurs, les femmes, les hommes trans et les personnes non binaires en situation de handicap physique sont considérées d'emblée comme ayant des grossesses à risque et n'ont pas accès aux services sage-femme. Cela relève entre autres de l'imbrication des systèmes d'oppression capitaliste et capacitiste. Les suivis des personnes enceintes et en situation de handicap requièrent un peu plus d'étapes et de rendez-vous (donc de financement). Par conséquent, dans un système capitaliste de rareté des ressources, le seul cadre qui offre davantage de temps pour les suivis sont les cliniques de grossesse à risque (GARE). Pourtant, ce ne sont pas toutes les grossesses des personnes en situation de handicap qui sont effectivement à risque et des médecins reconnaissent que l'étiquette « grossesse à risque » demeure assez aléatoire. Par contre, l'étiquette GARE empêche les personnes en situation de handicap d'avoir accès aux services sage-femme.

De plus, la méconnaissance des corps et des réalités des personnes en situation de handicap amène le personnel soignant à interpréter leurs comportements de façon erronée. Un.e membre du CCI explique que cela oblige les femmes en situation de handicap à « s'auto-policer » même dans les moments les plus intenses d'un accouchement.

« Quand on accouche, on est dans un autre état et on est différente à ce moment-là qu'à l'habitude. Mais les infirmières ne semblent pas avoir conscience qu'on n'est pas pareille à ce moment-là que d'habitude. On n'a pas les mêmes capacités physiques, on a la douleur, on ne s'occupe pas aussi bien de notre enfant. On pourrait avoir le droit d'être humaine. » « Les préjugés amplifient ce qui est un accouchement normal. Par exemple, une femme noire qui crie se fera regarder différemment qu'une femme blanche. Une femme handicapée qui n'en peut plus, qui capote, qui se met à être impatiente, qui se met à pleurer, ben tout de suite [le personnel médical va dire] : "elle ne peut pas s'occuper de son enfant" ».

Les personnes en situation de handicap sont considérées comme étant incapables d'assumer une parentalité et d'avoir une vie ou du désir sexuel. Les services de santé et les services sociaux présument à tort qu'elles ne peuvent pas s'occuper correctement de leur enfant. Comme pour les personnes autochtones et racisées, les parents vivant une situation de handicap courent plus de risque d'un signalement à la protection de la jeunesse puisque leur parentalité est d'emblée stigmatisée et donc surveillée (Elkouri, 2021).

## F. GROSSOPHOBIE

En Amérique du Nord, la minceur n'est pas seulement un idéal de beauté, mais elle est aussi considérée comme un signe de santé. Une personne grosse sera d'emblée considérée comme une personne qui est en mauvaise santé et qui choisit de l'être. Dans un parcours de fertilité, de grossesse et d'accouchement, la personne grosse sera hautement surveillée. On lui demandera de perdre du poids ou de s'assurer d'avoir de meilleures habitudes de vie. Certaines conditions médicales passeront sous le radar, car les médecins attribuent constamment les problèmes de santé des personnes grosses à leur indice de masse corporelle élevé. On acquiescera à des interventions telle la procréation médicalement assistée et des tests de fertilité sous condition qu'une perte de poids ou qu'une chirurgie bariatrique les précèdent (Corps cool, 2022).

## G. HÉTÉRONORMATIVITÉ ET CISNORMATIVITÉ

Dans une société où on assume d'emblée que toute personne est hétérosexuelle et cisgenre, les personnes 2ELGBTQIA+ subissent les impacts de l'hétérocisnormativité lors de leurs interactions avec le système de santé et les services sociaux. Le mégenrage<sup>6</sup>, les services et les soins non adaptés aux réalités transgenres constituent un frein à l'utilisation des services par les personnes trans et non binaires. Certain.es professionnel·les de la santé entretiennent encore l'idée que la transgression des normes sexuelles serait une pathologie ou le résultat d'un traumatisme. Rappelons qu'il a fallu attendre en 1973 pour que l'homosexualité ne soit plus considérée comme un trouble dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (ou DSM pour *Diagnostic and Statistical Manual*) (Michel, 2009). Par ailleurs, la parentalité est plus difficile d'accès pour les familles 2ELGBTQIA+, puisqu'elles doivent recourir à l'adoption, le don de sperme (artisanal ou en clinique) ou la gestation pour autrui et que ces démarches ne sont pas couvertes par l'État. Seules les personnes financièrement à l'aise peuvent y accéder.

<sup>6</sup> Assigner à une personne, de façon volontaire ou non, un genre auquel elle ne s'identifie pas.

## H. MÉDICALISATION ET HYPERTECHNOLOGISATION : À LA JONCTION DU CAPITALISME ET DU PATRIARCAT

Les systèmes d'oppression sont interconnectés, se conjuguent les un-es aux autres et produisent des formes spécifiques d'oppression. Si le capitalisme pousse à la recherche de profit tandis que le patriarcat entraîne la subordination des femmes et des personnes non binaires, à la jonction du capitalisme et du patriarcat émergent les principes de médicalisation et d'hypertechnologisation.

La médicalisation désigne la « domination de l'explication biologique [face à un problème] accompagnée d'une proposition de remède strictement médical et d'un déni des autres causes de maladie ou de mal-être » (*Bessaih et la CORPS féministe, 2019*). Par exemple, la grossesse et l'accouchement deviennent définis uniquement en termes biologiques et médicaux et les aspects sociaux, émotionnels et comportementaux sont évacués du portrait. L'hypertechnologisation désigne la surenchère de technologies (imagerie médicale, dépistage par analyse en laboratoire, dispositifs pharmaceutiques, etc.) dans le cadre des soins de santé. Par exemple, des personnes enceintes vont subir une échographie à chacune de leur visite de suivi de grossesse sans que cela ne soit nécessaire. Dans La performance, un vidéo italien diffusé dans le cadre de la semaine mondiale de l'accouchement respecté (*Freedom for Birth Rome Action Group, 2015*), on voit un jeune couple qui souhaite faire l'amour et qui est encadré par des intervenant.es de santé en milieu hospitalier. Cette vidéo est une satire et vise à mettre en évidence la médicalisation de l'accouchement. Dans un environnement aseptisé, sous les néons et à jeun, le jeune couple est constamment interrompu par le personnel soignant pour poser une perfusion, pour guider les mouvements du bassin, pour les placer dans une position optimale pour la conception, etc. Le couple finit par être incapable d'avoir une relation sexuelle. Le médecin les « sauve » en réalisant une insémination artificielle. Si on traitait les relations sexuelles comme les accouchements, nombre de personnes seraient incapables de profiter de leur sexualité.

Lorsque des problèmes sont définis en termes médicaux et que leurs solutions sont rattachées à des technologies médicales ou pharmaceutiques, les opportunités de profit sont augmentées. Dans le contexte de la périnatalité, les femmes et les autres personnes susceptibles d'être enceintes sont dépossédées de leur corps et de leurs connaissances. Dans un système patriarcal, ces personnes apprennent qu'elles ne peuvent pas faire confiance à leur ressenti ou leurs émotions et qu'elles doivent remettre leur santé et leur bien-être entre les mains des expert.es de la santé et de la technologie. Combien de femmes racontent qu'un-e intervenant-e a prétendu qu'elles ne pouvaient pas véritablement avoir de contractions puisque le moniteur ne les montrait pas? Combien de personnes se sont fait dire, malgré leurs objections, qu'elles ne pouvaient pas sentir une intervention chirurgicale parce qu'elles avaient reçu un anesthésiant?

De plus, les assurances professionnelles, expressions ultimes du système capitaliste, créent une pression à la surenchère d'interventions. Campées dans l'idée que le corps qui accouche n'est qu'un objet dont la responsabilité incombe au médecin, les assurances professionnelles protègent davantage l'interventionnisme que l'observation prévenante. En effet, un-e médecin peut être blâmé-e pour avoir dérogé à un protocole. Ses assurances le ou la protègent davantage lorsqu'il suit des protocoles et effectue des interventions, même si celles-ci se révèlent inutiles, voire nocives. À la jonction du patriarcat et du capitalisme, les corps qui peuvent donner naissance sont discrédités et les budgets de la santé sont gonflés par la surutilisation des technologies de monitoring et d'imagerie médicale, des interventions non-sollicitées et des dépistages par analyse en laboratoire.

## I. MANQUE D'ACCÈS À LA PRATIQUE SAGE-FEMME À LA JONCTION DU CAPITALISME, DU PATRIARCAT ET DU RACISME/CAPACITISME/HÉTÉRONORMATIVITÉ/CISNORMATIVITÉ/GROSSOPHOBIE

Des femmes et des féministes préoccupées par la médicalisation, et ayant à cœur l'autonomie des personnes qui accouchent, ont lutté sur plusieurs fronts pour la réhabilitation de la pratique sage-femme. Et leur travail a porté ses fruits! En 1999, la pratique sage-femme a été légalisée, après 5 ans de projet pilote dans une maison de naissance à Montréal. Aujourd'hui, alors que près du quart des personnes qui accouchent souhaiteraient être accompagnées par une sage-femme, seulement 4,5% des naissances se déroulent sous leur responsabilité. Cela s'explique entre autres par le fait que la pratique n'est pas suffisamment financée et que peu d'informations circulent sur les choix des lieux de naissance et sur les bienfaits d'un suivi avec sage-femme. Des familles se mobilisent dans plusieurs régions du Québec pour réclamer l'ouverture de maisons de naissance qui ne se concrétisent toujours pas malgré les promesses des gouvernements successifs. Les régions éloignées des grands centres urbains n'ont ainsi quasiment pas d'accès à la pratique sage-femme ou aux maisons de naissance parce que les décideurs politiques n'y consacrent pas les budgets nécessaires. Pourtant, un suivi sage-femme coûte beaucoup moins cher au système de santé puisqu'il ne requiert que peu d'interventions, de surveillance par appareillage ou d'administration de médicaments.

De plus, la profession de sage-femme, majoritairement féminine, se voit constamment menacée par le patriarcat et par le corporatisme du Collège des médecins du Québec. Régulièrement, des tentatives de restreindre l'autonomie professionnelle des sages-femmes et de surmédicaliser leurs conditions d'exercice sont désamorçées grâce aux mobilisations citoyennes. En ce moment<sup>7</sup>, la profession est menacée par un projet de loi (projet de loi numéro 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace) qui, notamment, mettrait les sages-femmes sous la tutelle d'un directeur médical et qui restreindrait encore plus leur cadre de pratique (*Landry, 2023*).

Par ailleurs, bien que la pratique sage-femme soit nettement plus respectueuse des femmes, des personnes non binaires et des hommes trans qui accouchent, elle n'est pas parfaite et certains aspects pourraient être améliorés. Par exemple, les personnes en situation de handicap se voient systématiquement classées dans les grossesses à risque et n'ont pas du tout accès aux services sage-femme. Certaines personnes neurodivergentes, vivant avec un TSA, pourraient particulièrement tirer des bénéfices d'un suivi sage-femme, parce que personnalisé et adapté à chaque personne. Cependant, si ces personnes ont un léger diabète (qui ne nécessite pas d'injection d'insuline), elles se voient retirées leur suivi sage-femme ou elles se le font carrément refuser.

En outre, la profession sage-femme reproduit certains biais que l'on retrouve dans le système de santé et de services sociaux. La majorité des sages-femmes sont issues de la majorité blanche, francophone et la formation reste difficile d'accès pour les personnes autochtones, entre autres à cause de la barrière de la langue et des exigences liées au français. De plus, comme pour d'autres intervenant.es du système de santé et de services sociaux, le manque de compétence culturelle et d'adapta-

<sup>7</sup> Au moment de rédiger ce cahier, le projet de loi 15 n'avait pas été adopté. Le 9 décembre 2023, le gouvernement de la CAQ a imposé le bâillon – son cinquième depuis que ce gouvernement est au pouvoir – pour forcer l'adoption de ce projet de loi, la vaste réforme de la santé du ministre Christian Dubé. Selon une publication de la Coalition pour la pratique sages-femmes (dont est membre le RNR) parue dans les médias sociaux au moment du bâillon, « un minimum de gains pour l'autonomie professionnelle des sages-femmes ont été obtenus », qui se résument ainsi : « Les règles de soins applicables aux sages-femmes (Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens, et sages-femmes - CMDPSF) sont adoptées par un sous-comité du CMDPSF composé à majorité de sages-femmes. De plus, le comité d'évaluation de l'acte et le comité de discipline formés pour étudier les dossiers relatifs aux sages-femmes sera composé majoritairement de sages-femmes. »

tion culturelle entraînent des environnements nocifs voire dangereux pour les personnes marginalisées qui n'appartiennent pas à la culture majoritaire blanche francophone.

## **J. MANQUE DE COMPÉTENCES CULTURELLES DES INTERVENANT.ES ET DES INSTITUTIONS À LA JONCTION DU CAPITALISME, DU PATRIARCAT ET DU RACISME/CAPACITISME/HÉTÉRONORMATIVITÉ/CISNORMATIVITÉ/GROSSOPHOBIE**

La notion de compétence culturelle est très importante, car elle conditionne de façon significative la sécurité et la qualité des soins et des services de santé. Elle se définit comme un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques cohérentes qui se rassemblent dans un système ou un organisme ou entre les membres du personnel et favorisent un travail efficace dans des situations transculturelles. On utilise aussi les termes « compétence interculturelle », « efficacité culturelle », « humilité culturelle » et « sécurité culturelle » pour désigner le même concept avec certaines nuances. Entre autres, le concept de « sécurité culturelle » ou de « sécurisation culturelle » est celui privilégié par les Premières Nations et les Inuit et trouve sa source dans les travaux de l'infirmière et éducatrice maori Irihapeti Ramsden.

« Culturel » est ici à prendre dans son sens anthropologique, c'est-à-dire qu'il réfère à la culture et donc aux visions du monde, aux valeurs, aux coutumes et aux pratiques de groupes ethniques (ex. : la communauté haïtienne de Montréal ou les Québécois-es de souche), religieux (ex. : les témoins de Jéhovah ou les communautés musulmanes) ou sociaux (ex. : les communautés 2ELGBTQIA+ ou les punks).

Au Québec, le manque de compétence culturelle des institutions et des intervenant-es de la santé et des services sociaux a été documenté par l'Institut national de la santé publique (INSPQ, 2015). Il se manifeste entre autres par la persistance des stéréotypes et préjugés racistes, sexistes, hétéronormatifs et capacitistes dans les institutions de santé. Tout se passe comme si les services, les soins et les protocoles étaient fondés sur la vision du monde dominante dans la culture blanche francophone québécoise. Le manque de compétence culturelle témoigne aussi des impacts du système capitaliste qui restreint les moyens et les opportunités de formation et de réflexivité pour les intervenant-es, les gestionnaires et l'ensemble du personnel des institutions de santé.

Ce manque de compétence culturelle des institutions et des intervenant-es crée des conditions où les personnes autochtones, racisées, en situation de handicap ou 2ELGBTQIA+ se sentent en milieu hostile, voire carrément dangereux. Dans le domaine de la périnatalité, le manque de compétence culturelle est caractérisé par :

- a) Les représentations normatives de la grossesse et de l'accouchement et le profilage ;
- b) Les barrières systémiques d'accès ;
- c) Le manque d'adaptation culturelle des soins et des services.

### **a) REPRÉSENTATIONS NORMATIVES ET PROFILAGE**

L'ensemble des soins et services administrés par le système de santé et de services sociaux reposent sur une certaine vision de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement, de la santé, de la parentalité et du monde en général. Cette représentation provient de la culture majoritaire et dominante : la culture blanche, occidentale et québécoise. Elle tend à disqualifier tous les comportements, attitudes et opinions qui ne cadrent pas avec la culture dominante.

« La vision patriarcale occidentale de la maternité est sous-tendue par l'idée que "seules les mères biologiques peuvent bien s'occuper des enfants ; le maternage est un travail à temps

plein ; les besoins de l'enfant priment sur ceux de la mère et les mères doivent chercher conseils auprès des spécialistes [...]". Cet idéal est hors de portée pour la plupart des femmes caucasiennes hétérosexuelles de la classe moyenne. La maternité de celles qui échappent à ces paramètres sociaux normatifs se déroule dans le cadre de règles supplémentaires et d'une surveillance renforcée » (CCNSA, 2012).

Ainsi, les personnes qui sortent de la norme sont inmanquablement identifiées comme des personnes à surveiller.

La représentation normative de la grossesse et de l'accouchement va de pair avec des pratiques de profilage sous couvert de facteurs de risques. La Commission des droits de la personne et de la jeunesse définit le profilage discriminatoire comme étant une « action prise par une ou des personnes en situation d'autorité [médecin, infirmière, travailleuse sociale, réceptionniste à l'accueil, etc.] à l'égard d'une personne ou d'un groupe de personnes, pour des raisons de sûreté, de sécurité ou de protection du public. Cette action vise une personne ou un groupe de personnes selon des facteurs d'appartenance réelle ou présumée. L'action, posée sans motif réel ou soupçon raisonnable, expose la personne visée à un examen ou à un traitement différentiel » (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2023). Dans le domaine de la périnatalité, les personnes les plus visées sont les femmes monoparentales, les jeunes parents, les femmes noires, les femmes autochtones, les femmes racisées, celles à statut précaire et celles en situation de handicap.

Ce profilage se fonde sur des préjugés et des stéréotypes. Cependant, on invoque des enjeux de sécurité et de facteurs de risques pour le justifier, comme si le simple fait d'appartenir à certains groupes rendait ces personnes inaptes, voire dangereuses, pour leurs enfants. Par exemple, les personnes autochtones sont profilées à partir de leurs traits physiques ou de la présentation de leur carte d'« indien » inscrit. Certaines d'entre elles vont subir des tests sanguins sans leur consentement sous prétexte de dépister l'alcoolisme et la toxicomanie. Voici quelques exemples de profilage et de son impact sur les femmes et les familles :

Les personnes qui ont déjà vécu dans le système de protection de la jeunesse dans leur enfance peuvent être étiquetées avant même d'avoir reçu des services ou d'avoir été évaluées. Elles peuvent se faire retirer leur enfant sans évaluation et simplement sous prétexte de prévenir des risques présumés. Les intervenant-es mettent en place un plan d'intervention avec des attentes irréalistes étant donné le contexte socio-économique de la personne. Elles vont, par exemple, exiger que la personne (la mère, dans la majorité des cas) se trouve un travail ou poursuive des études si elle veut pouvoir ravoir son enfant et qu'elle n'ait plus aucun contact avec la personne de qui elle subit de la violence. Tout ça souvent sans lui offrir le soutien ou l'accompagnement nécessaire. Ce genre de cas sont souvent observés dans les communautés autochtones surtout dans les milieux plus petits où tout le monde se connaît.

Jusqu'au printemps 2023, une pratique inquiétante était celle des signalements à la naissance. Ils survenaient dans les trois premiers jours suivant la naissance. L'enfant était retiré d'emblée et l'évaluation avait lieu à postériori. Ces « alertes-bébés » ciblaient particulièrement les femmes autochtones et celles en situation de handicap. Au printemps 2023, une directive ministérielle du gouvernement du Québec abolissait les « alertes-bébés ». Il reste maintenant à voir comment cette interdiction se traduira réellement sur le terrain.

## b) BARRIÈRES SYSTÉMIQUES D'ACCÈS

Les barrières systémiques sont des politiques, des pratiques, des interventions qui créent des obstacles d'accès aux soins et services pour certaines personnes. Ainsi, une personne nouvellement arrivée au Québec qui ne connaît ni le fonctionnement du système de santé (plutôt complexe), ni le français ou l'anglais sera confrontée à des barrières linguistiques. Elle aura du mal à obtenir, dans un délai raisonnable, les soins dont elle a besoin, si personne ne l'accompagne pour l'orienter ou traduire ses interactions avec le personnel soignant.

De plus, le système de santé est organisé comme si tout le monde avait une carte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Cela exclut d'emblée les personnes avec un statut migratoire précaire (travailleur·ses temporaires, domestiques ou agricoles, étudiantes étrangères, personnes en attente de statut, etc.) Ces personnes vont faire face à des barrières administratives parce qu'elles n'ont pas de carte de RAMQ. De plus, il leur manque souvent les bonnes informations concernant les coûts. Elles n'ont pas accès aux fonds nécessaires pour couvrir les frais. Elles ne connaissent pas leurs droits et se font souvent accuser, à tort, de faire du tourisme médical, ce qui les stigmatise et les isole.

Des personnes en situation de handicap ne vont pas avoir accès à certains services ou à certains lieux (dont les maisons de naissance) parce que ceux-ci sont désuets et n'ont pas les accommodations en termes d'accessibilité physique (rampes, ascenseurs, toilettes adaptées, etc.). La majorité des personnes vivant sous le seuil de la pauvreté n'auront pas accès à des services offerts comme complément aux soins conventionnels et médicalisés en périnatalité à cause de leurs coûts trop élevés (accompagnement à la naissance, ostéopathie, acupuncture, etc.). Il est à noter que ces services ne sont pas un luxe, mais bien des soins complémentaires qui favorisent le bon déroulement de l'expérience périnatale.

Ces barrières ont pour effet de priver un trop grand nombre de personnes des soins adéquats et adaptés à leur réalité.

## c) MANQUE D'ADAPTATION CULTURELLE DES SOINS ET SERVICES

Lorsqu'on parle de manque d'adaptation culturelle, on parle du fait que les savoirs traditionnels, les rites, les traditions, le régime alimentaire, etc., ne sont pas pris en considération dans le plan de traitement et le suivi médical d'une personne. Au contraire, on impose une vision, des pratiques occidentales et normatives sans égard au parcours de vie de la personne. Les pratiques culturelles ne semblent pas avoir une grande valeur pour les gestionnaires ni pour certain·es intervenant·es. Une approche globale de la santé, quant à elle, accorde une importance particulière aux pratiques culturelles, ce qui permet aux personnes qui requièrent un soin de santé de se sentir écoutées et d'être plus à l'aise de mettre de l'avant leurs besoins, même quand ceux-ci ne sont pas concordants avec les pratiques du système de santé.

Une membre du CCI donne un exemple :

« Les soins de santé ne sont pas adaptés culturellement. Un exemple : pour les communautés vietnamiennes, il y a des rites et des traditions autour de la naissance. Bien souvent, les médecins ou les professionnel·les de la santé qui ne connaissent pas cette culture vont, par exemple, proposer ou forcer les personnes à manger des aliments ou à dire des choses qu'elles ne devraient pas. Ce qui fait en sorte que des personnes vietnamiennes ne vont même pas aller faire des suivis. C'est une forme de colonisation par rapport aux savoirs et aux adaptations traditionnelles. Les personnes vont faire les suivis avec des personnes qui font partie de leur

communauté, mais ne sont pas nécessairement dans le domaine de la gynécologie ou de l'obstétrique. Ils comprennent la langue, comprennent les traditions. »

Qu'il s'agisse du manque d'adaptation culturelle, des barrières systémiques d'accès ou du profilage, des mesures d'inclusion, des formations, des espaces de soutien et de pratique réflexive pourraient faire une différence et améliorer significativement le système. Cependant, à cause du système capitaliste, ces mesures, ces formations et ces espaces réflexifs sont rarement une priorité; pire, les compressions budgétaires vont jusqu'à diminuer les possibilités pour les intervenant·es de perfectionner leur compétence culturelle.

## 2 - PRATIQUES INTERSECTIONNELLES: DÉCONSTRUIRE LES SYSTÈMES D'OPPRESSION, PORTER UNE LUTTE POUR TOUSTES

### A. RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE DÉFENSE DES DROITS DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

**Comment les organismes en périnatalité peuvent-ils développer des plans d'action qui tiennent compte des multiples systèmes d'oppression ?**

En renforçant leurs capacités à mener des luttes signifiantes pour toustes par les actions suivantes :

- a) Documenter les pratiques oppressives, discriminatoires et violentes ;
- b) Soutenir la prise de parole comme outil de changement social ;
- c) Développer une posture d'allié·e et accompagner la prise de décision éclairée ;
- d) Prendre en compte le caractère systémique des VOG ;
- e) Revisiter les champs d'action de l'organisme.

Chacune de ces actions est détaillée ci-dessous.

#### a) DOCUMENTER LES PRATIQUES OPPRESSIVES, DISCRIMINATOIRES ET VIOLENTES

Afin de bien cerner le problème ainsi que construire et soutenir la mobilisation, il est important de documenter les pratiques oppressives, discriminatoires et violentes. Que ces pratiques touchent directement les membres ou qu'elles touchent des personnes qui ne fréquentent pas l'organisme, les documenter et les connaître est le premier pas pour les contester. Il s'agit de mettre en place un système qui permet de recueillir ces pratiques, de les identifier, de cerner les problèmes et de mesurer l'ampleur de la situation sans avoir à attendre qu'une étude ou une enquête soit faite par une institution de santé ou par un ministère.

#### b) SOUTENIR LA PRISE DE PAROLE COMME OUTIL DE CHANGEMENT SOCIAL

La prise de parole est un outil puissant pour dénoncer les injustices et les violences subies. Lors des vagues de dénonciation des agressions sexuelles (#AgressionNonDenoncée et #MeToo) plusieurs femmes ont rapporté que se raconter et être entendues avait eu un effet bénéfique et réparateur. Les bienfaits ne sont pas seulement individuels. Au niveau collectif, cette prise de parole permet d'identifier les récurrences et donc, de mieux cerner les systèmes d'oppression à l'œuvre. Elle donne l'occasion de créer une communauté où les personnes qui ont vécu des situations similaires se reconnaissent, savent qu'elles ne sont pas seules et peuvent reprendre du pouvoir sur leur vie (Mensah, 2017).

Il apparaît important de diversifier les moyens de prise de parole et les témoignages. Ils peuvent être écrits, oraux, artistiques ou issus de la recherche scientifique et être diffusés dans des cercles de parole ou dans la sphère publique et les médias. La démarche d'Intelligences citoyennes de Majo Hansotte (2005), et adaptée par le RNR aux enjeux de la périnatalité (RNR, 2012), propose de multiples pistes pour soutenir ce travail de récit du tort subi et de réclamation de changement. Le Mouvement pour l'autonomie dans l'enfantement (MAE et anciennement le Groupe MAMAN) publie le MZine afin de faire connaître les expériences d'accouchements respectés et transformer la culture de peur qui sévit autour de la naissance.

Le soutien implique d'accompagner les personnes avant, pendant et après leur prise de parole afin de les appuyer également face aux conséquences affectives, sociales et politiques que leurs déclarations ou leur propos pourraient avoir (Mensah, 2017).

### c) DÉVELOPPER UNE POSTURE D'ALLIÉ-E ET ACCOMPAGNER DES DÉCISIONS ÉCLAIRÉES

La posture d'allié-e réfère à un ensemble de pratiques et de réflexions fondées sur la solidarité et sur l'idée que la personne qui vit un problème donné est la mieux placée pour en parler, l'analyser et y chercher des solutions. Dans la première partie de ce document, on retrouve un ensemble d'éléments qui permettent à un individu et à un organisme de développer une telle posture : s'informer et se former, rester dans la curiosité et l'ouverture, développer sa réflexivité, dénoncer les oppressions, centrer les marges, créer des ponts, garder l'anti-oppression dans la ligne de mire, etc.

À un niveau individuel et dans un processus d'accompagnement, il est important de fournir à une personne les informations qui lui permettront de prendre une décision éclairée. Elle le fera à partir de ses connaissances, ses valeurs, mais également des informations et des explications qui lui sont données. On peut aussi l'accompagner à trouver des compromis ou des scénarios qui tiennent compte de ses valeurs et des nouvelles informations qui sont apportées. Selon l'organisme la CORPS féministe, une décision ou un choix éclairé se caractérise par :

- L'accès à de l'information indépendante et scientifiquement et médicalement juste ;
- L'accès à de l'information sur les impacts et effets secondaires des technologies et méthodes biomédicales (y compris les produits pharmaceutiques) ;
- L'accès à de l'information sur les alternatives aux technologies, méthodes ou dispositifs biomédicaux ;
- L'accès aux expériences vécues et aux pratiques valorisées dans sa communauté ou dans la population.

La notion de choix dans la santé sexuelle et reproductive a été associée à une approche individualiste et consumériste. Aux États-Unis, le mouvement pro-choix (c'est-à-dire en faveur de l'accessibilité à l'avortement) a été critiqué, parce qu'il fait abstraction des conditions socio-économiques et matérielles sur lesquelles reposent la possibilité de faire un choix. Dans l'optique de tenir compte des déterminants sociaux de la santé et des conditions de vie, il apparaît nécessaire de considérer que pour prendre une décision éclairée, une personne doit aussi avoir accès aux ressources (sociales, économiques, matérielles, etc.) pour faire de réels choix.

À un niveau collectif, en tant qu'allié-e, il est important de ne pas prendre le contrôle des actions ou des démarches, mais plutôt de se placer en solidarité de ce que des personnes marginalisées et opprimées souhaitent mettre en œuvre. Centrer les marges, créer des ponts avec des organismes « par et pour » ou de défense des droits des personnes les plus marginalisées permet d'orienter sa boussole de justice sociale vers les actions les plus significatives pour les personnes premièrement concernées.

### d) PRENDRE EN COMPTE LE CARACTÈRE SYSTÉMIQUE DES VOG

Il s'agit de garder à l'esprit que les violences subies sont le résultat d'un système et même d'un ensemble de systèmes imbriqués les un-es aux autres. Comme exposé dans la section précédente de ce document (IV-1-A à J), les systèmes à l'œuvre s'actualisent sur plusieurs fronts. En tenir compte empêche d'isoler les personnes dans des interprétations individualisantes et culpabilisantes.

### e) REVISITER LES CHAMPS D'ACTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN PÉRINATALITÉ

Afin de se placer en allié-e et de développer des plans d'action qui tiennent compte des systèmes d'oppression, les organismes devraient agir dans plusieurs domaines et sur plusieurs fronts :

- **Visibiliser** les oppressions en faisant connaître les différentes expériences vécues ;
- **Inform**er les personnes sur leurs droits et leurs recours face à la discrimination et à la violence ;
- **Dénoncer** dans l'espace public les pratiques oppressives, discriminatoires et violentes ;
- **Accompagner** dans leurs démarches les personnes qui le souhaitent (Tran et Salazar, 2022) ;
- **Défendre** les personnes face aux institutions et aux gouvernements.

## 3 - RECOMMANDATIONS AU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Parmi les multiples réflexions, propositions et revendications ressorties pendant la démarche « Pour un mouvement féministe en périnatalité renforcé et intersectionnel », trois axes se distinguent par leur caractère structurant à l'échelle du système de santé et de services sociaux :

- A - Améliorer l'accès à la pratique sage-femme ;
- B - Renforcer la compétence culturelle des intervenant-es ;
- C - Renforcer la compétence culturelle des institutions.

Chacun de ces axes est détaillé ci-après.

### A. AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRATIQUE SAGE-FEMME

Dans plusieurs régions du Québec, des familles réclament l'ouverture de maisons de naissance. Vingt-cinq ans après la légalisation de la pratique, il serait plus que temps d'honorer les promesses des gouvernements provinciaux successifs et d'engager les fonds nécessaires à l'ouverture de ces maisons.

Historiquement, dans différentes cultures autochtones, les femmes accouchaient avec des sages-femmes et dans leur communauté. Il est difficile de comprendre pourquoi cela n'est plus possible en 2024. Il est recommandé de favoriser l'accès à la pratique sage-femme dans les communautés autochtones et de former des sages-femmes autochtones qui pourront pratiquer dans leurs propres communautés.

Par ailleurs, les grossesses des personnes en situation de handicap sont souvent classées arbitrairement comme étant à risque. Cela empêche ces personnes d'avoir accès à la pratique sage-femme. Pourtant, cette pratique fondée sur la physiologie et l'accompagnement personnalisé serait d'autant plus pertinente pour ces personnes. Un travail est donc nécessaire pour explorer la manière dont cet accès pourrait être permis. Une membre du CCI suggère que la pratique sage-femme en milieu hospitalier serait une très bonne option pour les personnes en situation de handicap :

« Nouvelle maternité à l'Hôtel-Dieu qui va avoir deux chambres pour les sages-femmes. Est-ce qu'il serait possible pour des femmes en situation de handicap d'accoucher avec une sage-femme en milieu hospitalier ? Ça pourrait être un premier pas pour calmer les inquiétudes. »

## B. RENFORCER LES COMPÉTENCES CULTURELLES DES INTERVENANT·ES

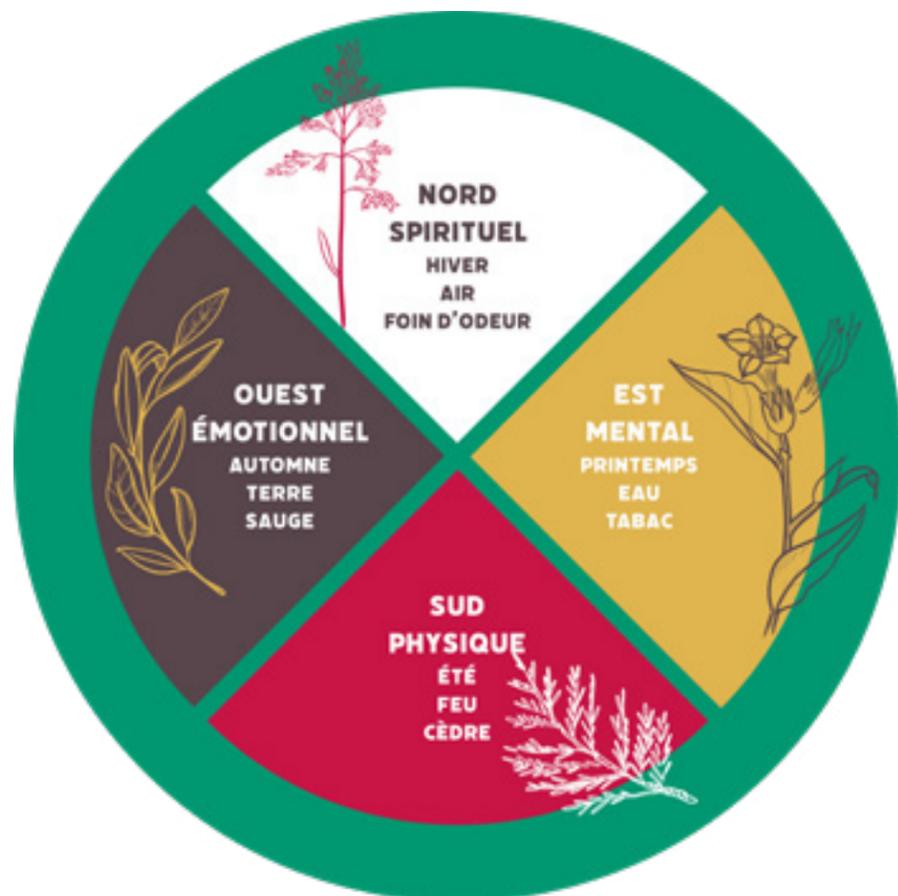
Le renforcement des compétences culturelles des intervenant·es et des professionnel·les passe assurément par une démarche individuelle comme celle décrite dans la section « III-2-A, Tout commence à un niveau individuel ». De plus, il faudrait cibler les écoles et les personnes qui offrent des formations en périnatalité (ex. : formation des médecins, des sages-femmes, des infirmières et des accompagnant·es à la naissance). La formation des intervenant·es et des professionnel·les (durant leur scolarité ou sous forme de formation continue) doit être bonifiée significativement par les contenus suivants :

- Formation à l'approche globale et *Two-eyes seeing* (lunettes à double perspective) ;
- Formation en sécurisation culturelle ;
- Formation en compétence culturelle ;
- Formation sur les situations de handicap et les approches anticapacitistes ;
- Bonification de la formation sage-femme.

Chacun de ces éléments est détaillé ci-dessous.

### a) FORMATION À L'APPROCHE GLOBALE ET TWO-EYES SEEING

L'approche globale (ou holistique) réfère au fait d'approcher la santé et le bien-être comme un tout et non pas de façon compartimentée. Elle implique de tenir compte de plusieurs dimensions : physique, psychologique, spirituelle, sociale et environnementale. Les Premières Nations réfèrent à l'approche globale et proposent une Roue de la médecine qui tient compte des dimensions physique, mentale, émotionnelle et spirituelle.



Dans une approche globale, il s'agit également de tenir compte des différentes formes de savoirs qui coexistent dans la société en général et pour une personne en particulier :

- Savoirs scientifiques : issus des sciences sociales et des sciences de la santé et élaborés de façon indépendante des intérêts financiers (des compagnies pharmaceutiques et autres industries dans le domaine de la santé) ;
- Savoirs expérientiels : issus des vécus des personnes premièrement concernées par les discriminations et les violences et qui vivent l'impact de l'intersection de plusieurs systèmes d'oppression ;
- Savoirs critiques : issus des organismes de défense des droits des femmes, des personnes non binaires et des hommes trans et des personnes issues des communautés les plus marginalisées.

La combinaison des savoirs expérientiels, des savoirs scientifiques indépendants et des savoirs critiques et féministes participe à soutenir les personnes dans une prise de décision éclairée (Voir section sur l'accompagnement à la prise de décision éclairée, à la page 42).

Les savoirs traditionnels sont également à prendre en considération. Certains savoirs traditionnels peuvent être désuets et inutiles, car erronés. Cependant, il y en a qui ont été injustement discrédités et éliminés. Cela se vérifie surtout pour les savoirs traditionnels autochtones ou issus de cultures non occidentales, car la colonisation et l'hégémonie de l'occident ont contribué à effacer des connaissances qui, pourtant, avaient des fondements pertinents et des impacts bénéfiques. La Nation Micmaq propose la notion de *Two-Eyes Seeing* (lunettes à double perspective) pour inviter à tenir compte à la fois de la science et du sacré. Dans une démarche de guérison culturelle et de reprise de pouvoir, certain·es membres des Premières Nations s'engagent dans la résurgence des savoirs traditionnels. Le *Two-Eyes Seeing* consiste à garder un œil sur le passé pour retrouver la vision du monde, les croyances et les pratiques traditionnelles, et un œil sur le présent pour tenir compte des connaissances et des enjeux actuels.

Certes, la science occidentale détient une partie de la vérité. Cependant, il est important de s'ouvrir aux connaissances développées par d'autres cultures en matière de santé et de bien-être. En plus des connaissances traditionnelles autochtones, pensons par exemple à la médecine ayurvédique, à la médecine chinoise et à l'acupuncture.

### b) FORMATION EN SÉCURISATION CULTURELLE

Le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) propose une formation en ligne sur la sécurisation culturelle. Développée en collaboration avec des membres des Premières Nations, cette formation constitue une introduction valide et nécessaire. Cependant, elle est loin d'être suffisante. Les intervenant·es et les professionnel·les ont la responsabilité de fournir des soins et des services qui permettent aux personnes autochtones de se sentir en sécurité dans le système de santé.

Soulignons que le fait d'avoir suivi une formation (ou même plusieurs) ne dispense pas les intervenant·es de rester à l'écoute de chaque personne, de ses besoins spécifiques et de ses valeurs.

La notion de sécurisation culturelle va de pair avec une posture d'humilité culturelle de la part des intervenant·es. Sans cette humilité, on risque de tomber dans une posture de sauveur ou de sauveuse dans laquelle on pense savoir mieux que la personne elle-même ce dont elle a besoin.

Quand on se prend pour un ou une sauveuse, on risque facilement de tomber dans un rôle de persécuteur.

### c) FORMATION EN COMPÉTENCE CULTURELLE

Le terme de « sécurisation culturelle » est celui privilégié par les Inuit et les Premières Nations. La « compétence culturelle » est, quant à elle, une notion plus large et englobante. À un niveau sémantique, le terme « sécurisation » laisse entendre que les personnes ont besoin d'être rassurées, comme si elles portaient la responsabilité de ne pas se sentir en sécurité. Par comparaison, le terme « compétence » ramène la responsabilité sur les institutions de santé et les intervenant·es suivre des formations et des outils pour être plus compétent·es.

La compétence culturelle implique le décentrement, c'est-à-dire avoir conscience que sa vision du monde est partielle et située, et qu'il existe d'autres façons de voir et de comprendre le monde, d'autres valeurs et d'autres besoins prioritaires. Les intervenant·es doivent être formé·es afin de comprendre que les personnes concernées sont les mieux placées pour identifier leurs besoins. Le rôle des intervenant·es est de les accompagner à prendre des décisions éclairées, puis de réaliser les soins et les services dans le respect de ces décisions éclairées.

Il s'agit également d'inclure dans les formations des intervenant·es un historique des relations inégalitaires et oppressives entre les divers groupes sociaux (rapports de pouvoirs sociohistoriquement inégaux : colonialisme, esclavage, racisme, etc.) et des témoignages des oppressions et des vécus discriminatoires. Ces éléments permettront le développement d'une posture de défense de droits (« advocacy ») qui augmentera la capacité des intervenant·es à assurer un espace inclusif et respectueux.

Enfin, encore plus que des connaissances, les formations des intervenant·es doivent les amener à développer une pratique réflexive, une communication non violente ainsi qu'une posture de curiosité et d'ouverture face à la variabilité (individuelle et culturelle) des expériences périnatales. Cela offrira des outils afin que les intervenant·es continuent d'apprendre et de développer leur compétence culturelle dans leur milieu professionnel. Une fois sur le terrain, l'intervenant·e disposera de ce savoir-être respectueux. Par exemple, iel saura qu'il est important de demander aux personnes comment elles souhaitent être désignées, par quel nom et par quel pronom sans présumer de son genre à partir de stéréotypes ou de préjugés.

### d) FORMATION SUR LES SITUATIONS DE HANDICAP ET LES APPROCHES ANTICAPACITISTES

Les intervenant·es et en particulier les infirmières doivent être formé·es par rapport aux handicaps moteur, au capacitisme et aux capacités des personnes en situation de handicap à accoucher. Leur formation doit inclure des connaissances sur les corps et les réalités des personnes en situation de handicap moteur dans la période périnatale. De plus, auprès de ces personnes, comme auprès des autres, il est important de valider le consentement avant de poser un geste médical ou une intervention. Il vaut mieux partir du principe que la personne n'est pas à l'aise devant cette action plutôt que l'inverse.

Une membre du CCI partage un exemple de réussite de formation des intervenant·es à propos du handicap. Les personnes en situation de handicap ont un accès privilégié aux programmes des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Les intervenant·es y sont bienveillant·es et protecteurices envers les familles vivant avec un handicap et semblent avoir déconstruit bien des préjugés face à leur réalité. Il serait pertinent de reproduire les aspects de leur formation à une plus grande échelle dans le système de santé et de services sociaux.

### e) BONIFICATION DE LA FORMATION SAGE-FEMME

- Lever les barrières linguistiques pour la formation ;
- Offrir la formation sage-femme en anglais ;
- Favoriser la reconnaissance des sages-femmes formé·es en Ontario (en anglais) ;
- Favoriser l'accès à la formation sage-femme pour les personnes issues des communautés les plus marginalisées ;
- Donner de meilleures conditions d'études pour les sages-femmes ;
- Payer les stages des sages-femmes.

### C. RENFORCER LES COMPÉTENCES CULTURELLES DES INSTITUTIONS

L'enquête *La formation interculturelle dans le réseau de la santé et des services sociaux, constats et pistes d'actions* (INSPQ, 2015) met en évidence que la compétence des intervenant·es et des professionnel·les n'est pas suffisante pour créer des environnements sécuritaires et des soins et services de qualité. Le personnel d'accueil et les gestionnaires doivent également être formé·es. En outre, l'organisation des soins et des services doit être pensée et planifiée en tenant compte de :

- a) Adopter et appliquer le principe de Jordan et le principe de Joyce ;
- b) Soutenir une approche globale et personnalisée ;
- c) Soutenir l'adaptation culturelle des soins ;
- d) Favoriser la pratique de l'accompagnement.

Chacune de ces actions est détaillée ci-après.

#### a) ADOPTER ET APPLIQUER LE PRINCIPE DE JORDAN ET LE PRINCIPE DE JOYCE

##### » PRINCIPE DE JORDAN

Le principe de Jordan vise à permettre à tous les enfants des Premières Nations d'avoir accès aux services et mesures de soutien nécessaires au moment où ils en ont besoin. Ce principe a été nommé en mémoire de Jordan River Anderson, un jeune garçon de la Nation Cri Norway House au Manitoba. À l'âge de 5 ans, Jordan est mort à l'hôpital alors que les gouvernements provincial et fédéral ne parvenaient pas à s'entendre sur qui était financièrement responsable de ses soins à domicile. Selon ce principe, le premier palier gouvernemental en contact avec l'enfant doit assumer les frais et porter par la suite la réclamation à un autre palier s'il le juge pertinent.

##### » PRINCIPE DE JOYCE

Le Principe de Joyce (*Bureau du principe de Joyce, 2020*) vise à garantir à tous et toutes les Autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Il requiert obligatoirement la reconnaissance et le respect des savoirs et connaissances traditionnelles des autochtones en matière de santé. En soi, le Principe de Joyce s'inspire de la déclaration des *Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (2007), Article 24*, qui se lit comme suit :

« 1. Les peuples autochtones ont droit à leur pharmacopée traditionnelle et ils ont le droit de conserver leurs pratiques médicales, notamment de préserver leurs plantes médicinales, animaux et minéraux d'intérêt vital. Les Autochtones ont aussi le droit d'avoir accès, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé.

2. Les Autochtones ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Les États prennent les mesures nécessaires en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de ce droit. »

## b) SOUTENIR UNE APPROCHE GLOBALE ET PERSONNALISÉE

La marchandisation de la santé, la médicalisation, l'hypertechnologisation et l'industrialisation du système de santé favorisent les considérations financières au détriment de la santé et du bien-être des personnes. Un système de santé à échelle humaine s'inspire plus de l'artisanat que de l'industrie.

Un·e participant·e du Forum « Disparités et périnatalité, oser se rassembler pour tisser des liens » (30-31 mars 2023) souligne :

« Il faut un système qui considère davantage le caractère unique et individuel de chaque femme. Nous n'avons pas besoin de classifier et de catégoriser à tout coup. Nous devons apporter un changement de conscience et permettre aux femmes d'être vulnérables. »

L'approche développée par la pratique sage-femme au Québec a fait ses preuves pour réduire les interventions et les complications et renforcer le sentiment de sécurité de la personne qui accouche. Cette approche se fonde sur un ratio d'un·e intervenant·e pour un·e parturient·e (ratio 1/1) et par la continuité dans le suivi prénatal et postnatal. Elle considère la grossesse et la naissance de façon globale (ou holistique), c'est-à-dire qu'elle tient compte des dimensions physiques, psychologiques, spirituelles, sociales, économiques et environnementales. Ces éléments d'approche peuvent être intégrés dans la pratique des intervenant·es de la santé qui ne sont pas sage-femme : médecins, infirmières, thérapeutes, travailleurs et travailleuses sociales, etc.

### » DÉCONSTRUIRE LES SILOS

Afin de favoriser une approche holistique, il est nécessaire de déconstruire les silos entre les services et les spécialités, en encourageant la collaboration entre les professionnel·les et en soutenant le développement d'équipes multidisciplinaires. Dans des situations de crise, comme durant la crise sanitaire de la COVID19, le système de santé a trouvé des avenues créatives réalisées, entre autres, à l'aide d'équipes multidisciplinaires et plus flexibles.

### » RÉVISER ET ASSOULIR LES RÈGLES ET LES PROTOCOLES DANS UNE OPTIQUE D'INCLUSION

Les règles et les protocoles doivent être révisés et rendus plus flexibles. Leur application doit se moduler pour tenir compte des différences entre les personnes et l'adaptation à leur réalité. Par exemple, il est obligatoire d'avoir un siège de voiture pour bébé pour quitter l'hôpital alors que certaines personnes n'en ont pas et n'utilisent pas de voiture. Serait-ce envisageable de penser au prêt de siège de voiture pour quitter l'hôpital de façon sécuritaire sans exiger des achats inutiles ?

### » SOUTENIR LA PRATIQUE RÉFLEXIVE DES PROFESSIONNEL·LES

Pour offrir des soins plus personnalisés et adaptés à la réalité de chacun·e, les professionnel·les ont besoin de temps et de soutien. Les rythmes de travail effréné, les services en sous-effectif et la surcharge de travail sont nocifs pour les bénéficiaires du système de santé autant que pour le personnel soignant. Plusieurs éléments peuvent être envisagés :

- Établir ou renforcer les communautés de pratique ;
- Établir ou renforcer des réseaux d'entraide : des intervenant·es sensibilisé·es aux VOG peuvent favoriser le développement de cette sensibilité chez leurs collègues ;
- Encourager la pratique réflexive (ex. : dans une autoévaluation, avec des moments réservés à la formation continue, etc.) ;
- Offrir l'accès à la thérapie et à un soutien psychosocial pour remédier au syndrome vicariant et aux traumatismes vécus quand on témoigne de VOG ;
- Intégrer un·e travailleur·euse social·e dans les maisons de naissance.

## c) SOUTENIR L'ADAPTATION CULTURELLE DES SOINS

### » TRADUCTION ET INTERPRÉTARIAT

Il existe déjà des mécanismes de traduction et d'interprétariat dans le système de santé et de services sociaux. Malheureusement, le rythme de travail effréné empêche trop souvent d'y avoir recours. De plus, si on souhaite un·e interprète, il faut planifier d'avance l'accès à ce service et cela n'est pas toujours possible. Serait-il envisageable de mettre sur pied un système centralisé d'interprétariat à distance ? En outre, il serait pertinent d'assurer l'accès à des services d'interprétation spécialisés dans le domaine périnatal.

### » RECONNAÎTRE ET INTÉGRER LES SAVOIR-FAIRE TRADITIONNELS

Le Principe de Joyce met de l'avant l'importance de reconnaître les savoir-faire autochtones traditionnels. Cela est important afin que les autochtones puissent jouir du meilleur état de santé possible. Il en va de même des personnes immigrantes ou de toute personne dont les valeurs et la vision du monde ne sont pas les mêmes que celles reconduites par le système de santé. Il s'agit donc de mettre en place les conditions qui autorisent les intervenant·es à chercher avec les personnes concernées des moyens pour inclure leurs croyances et leurs traditions dans leur suivi de grossesse et leur accouchement.

### » APPLIQUER L'APPROCHE A.S.K.E.D. DANS L'ADMINISTRATION DES SOINS DE SANTÉ

D'après Santé Canada et le Consortium national de formation en santé (CNFS, 2017), « selon le modèle de Campinha-Bacote, le développement des compétences culturelles dans l'administration des soins de santé est un processus évolutif qui inclut cinq aspects [rassemblés sous l'acronyme ASKED]. L'administration et l'organisation des soins et des services doivent fournir les conditions de travail, le temps et l'espace qui permettent aux intervenant·es et aux professionnel·les de développer ces compétences :

- A (*Awareness* = Prise de conscience) : La prise de conscience est un processus cognitif par lequel un·e intervenant·e ou un·e professionnel·le de la santé devient sensible aux valeurs, aux croyances et aux pratiques des différentes cultures. Elle permet d'évaluer les aprioris culturels, d'éviter les stéréotypes et les préjugés et de reconnaître toute forme de racisme dans l'offre de soins. À cette étape, l'intervenant·e évalue également en profondeur sa propre culture, c'est-à-dire ses valeurs, ses croyances et ses attitudes.
- S (*Skills* = Habilités culturelles) : Les habiletés culturelles réfèrent aux habiletés d'un·e intervenant·e à recueillir des informations auprès des patient·es, à évaluer et à intervenir de façon efficace tout en respectant les besoins culturels particuliers et uniques de chaque personne.
- K (*Knowledge* = Connaissances culturelles) : Les connaissances culturelles réfèrent à l'ensemble des connaissances à acquérir à propos de l'impact des déterminants sociaux sur la santé et de la multiplicité des visions du monde dans différentes cultures. Elles font partie du processus par lequel un·e intervenant·e s'engage à mieux comprendre les différences raciales, ethniques, biologiques et sociologiques qui ont un impact sur les disparités présentes dans les soins de santé.
- E (*Encounters* = Rencontres interculturelles) : Les rencontres interculturelles réfèrent au processus par lequel un·e intervenant·e tend à s'engager dans des interactions culturelles avec des personnes en dehors de sa culture d'appartenance. Il ou elle crée des occasions pour valider sa compréhension des valeurs et des croyances des gens de cultures différentes afin de déconstruire les préjugés et les stéréotypes.
- D (*Desire* = Humilité culturelle) : L'humilité culturelle réfère à la posture de curiosité et d'humilité culturelle à adopter afin de demeurer consciemment en apprentissage face à l'adaptation culturelle des soins. Ce désir de vouloir mieux répondre aux besoins des patient·es ne s'enseigne pas. Il provient de l'intérieur de soi et permet à l'intervenant·e de découvrir la

manière dont pensent des personnes issues d'autres cultures et l'impact que cela peut avoir sur la santé. Ce désir se retrouve au centre de l'acquisition et de la mise en pratique des compétences culturelles. »

#### **d) FAVORISER LA PRATIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT**

L'accompagnement par des personnes culturellement compétentes peut compenser en partie le manque de compétence culturelle de l'institution et du personnel soignant. Ces personnes pourraient traduire et orienter les personnes dans le système de santé. Pour cela, les institutions de santé devraient non seulement autoriser l'accompagnement, mais le favoriser. Elles pourraient, par exemple, mettre en place :

- Un·e accompagnant·e attribué·e gratuitement à toute personne qui en a besoin ou qui en fait la demande ;
- Un réseau de pair·es aidant·es avec un accompagnement personnalisé (selon les besoins de la personne) ;
- Une ligne téléphonique de soutien qui permettrait le soutien à distance et favoriserait le soutien émotionnel des parents.

Plus globalement, le système de santé et de services sociaux devrait soutenir la pratique de l'accompagnement par des personnes culturellement compétentes en finançant la formation aux futur·es accompagnant·es afin qu'elle soit offerte gratuitement, puis rémunérer les accompagnements qui s'en suivront.

Ultimement, ces mesures de renforcement des compétences culturelles des institutions reposent sur les gestionnaires du système de santé. Il reste qu'au-delà de leur volonté à mettre en place ces conditions, il s'agit aussi d'attribuer des budgets et de fixer des orientations ministérielles et gouvernementales qui priorisent de telles mesures.



## V - CONCLUSION

Le projet « Pour un mouvement féministe en périnatalité renforcé et intersectionnel » a permis de distinguer deux grands domaines clés pour l'atteinte des objectifs de dénonciation et de lutte contre les multiples formes d'oppression subies dans un contexte obstétrical par les femmes, les personnes non binaires et les hommes trans. Afin de favoriser l'adoption de cette posture intersectionnelle et anti-oppressive dans l'ensemble des analyses et des pratiques du RNR, il est nécessaire de tenir compte à la fois de l'intersectionnalité politique et de l'intersectionnalité structurelle.

Au niveau de l'intersectionnalité politique, il s'agit principalement de « centrer les marges », c'est-à-dire de ramener au cœur de la définition des enjeux, des actions et des revendications du RNR, les expériences vécues par les personnes les plus marginalisées ainsi que leurs préoccupations, leurs analyses et leur priorisation des actions. Le travail consiste surtout à soutenir les groupes membres dans le développement de leur réflexivité et de leur capacité à déconstruire les pratiques oppressives dans leur propre organisme.

Puisque le RNR demeure assez homogène dans son membership, le renforcement de l'intersectionnalité politique du regroupement passe nécessairement par la collaboration avec des organismes de défense des droits des personnes les plus marginalisées (femmes autochtones, noires et racisées - qu'elles aient un parcours migratoire ou non -, excisées, en situation de handicap et personnes 2ELGBTQIA+).

Pour ce qui est de l'intersectionnalité structurelle, le projet a permis de dégager deux recommandations pour le système de santé et de services sociaux :

- 1) Améliorer l'accès à la pratique sage-femme ;
- 2) Renforcer les compétences culturelles des intervenant-es et des institutions.

Le projet a également fait ressortir plusieurs revendications et propositions de projets novateurs (voir Annexe 1).

En somme, il s'agit d'adopter une vision globale et de tenir compte des impacts des systèmes d'oppression sur l'expérience d'enfantement : les VOG résultent de mécanismes imbriqués issus du capitalisme, du capacitisme, du colonialisme, du racisme, du patriarcat et de l'hétéro-cis-sexisme. Entrer en action de façon intersectionnelle et anti-oppressive ne peut se faire sans un renforcement de l'intersectionnalité politique du regroupement et le développement de collaborations régulières et durables avec des organismes « par et pour » les personnes les plus marginalisées.

## 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 (30), 316-323
- Basile, Suzy & Patricia Bouchard, P. (2022). *Consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. <https://cssspnql.com/produit/consentement-libre-et-eclairé-et-les-sterilisations-imposees-de-femmes-des-premieres-nations-et-inuit-au-quebec/>
- Bédard, F. (2020, 1 octobre). Autochtones et Soins de Santé : Un lien de confiance à rebâtir avec les soignants: Le décès de Joyce Echaquan. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1738002/racisme-systeme-sante-temoignage-pelletier-echaquan-mort>
- Bessaïh, N. (2021). Justice reproductive. Dans Dorlin, E. (dir.) *Feu! Abécédaire des féminismes présents*, (pages 337-349). Éditions Libertalia
- Bessaïh, N. et la CORPS féministe (2019). *Corps accord, guide de sexualité positive*. Éditions remue-ménage.
- 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, 24 mai). « Elle en fait des tonnes! » : à l'hôpital, le cliché raciste du « syndrome méditerranéen ». *L'Obs*. <https://bit.ly/2ULmrg3>
- CCNSA, Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone, 2012. L'espace sacré de la féminité, le maternage à travers les générations. Rapport sur l'évènement national sur les femmes des Premières nations, inuites et métisses et sur le maternage. 16 pages. <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/health/RPT-SacredSpaceWomanhood-Bckgrnd-FR.pdf>
- Combahee River Collective. (2012, 16 novembre). (1977) *The Combahee River Collective Statement*. <https://www.blackpast.org/african-american-history/combahee-river-collective-statement-1977/>
- Corps Cools. (2022, 31 mai). *Faire face à la Grossophobie quand on essaye d'avoir un enfant*. *VICE*. <https://www.vice.com/fr/article/pkpi9z/faire-face-a-la-grossophobie-quand-on-essaye-davoir-un-enfant>
- CNFS, Consortium national de formation en santé, 2017. *Les compétences culturelles : un incontournable pour assurer des soins de qualité*. Formation continue en santé, Santé Canada. [https://www.cnfs.ca/wp-content/uploads/Fiche\\_culturelles.pdf](https://www.cnfs.ca/wp-content/uploads/Fiche_culturelles.pdf)
- Crenshaw, K.W. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, vol.43 no6, p. 1241-1299.
- Crenshaw, K. W. (2005). Cartographies des marges : Intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cahiers du Genre*, 39(2), 51-82. <https://doi.org/10.3917/cdge.039.0051>
- CSSSPNQL. (2019). *Guide d'accompagnement du protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador*, <https://cssspnql.com/produit/guide-daccompagnement-du-protocole-de-recherche-des-premieres-nations-au-quebec-et-au-labrador/>
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2023) Outil d'aide au traitement des dossiers: Profilage discriminatoire [https://www.cdpdj.qc.ca/storage/app/media/nos-services/a-propos/documents-publics/Outils/Outil\\_Profilage\\_discriminatoire\\_Mai\\_2023.pdf](https://www.cdpdj.qc.ca/storage/app/media/nos-services/a-propos/documents-publics/Outils/Outil_Profilage_discriminatoire_Mai_2023.pdf)
- De Bruin, T., & Robertson, G. (2019, 7 juin). *Eugénisme au Canada*. l'Encyclopédie Canadienne.

- <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/eugenique>
- Dressayre, M. (2017, 21 septembre). *L'élimination des sages-femmes au Québec de 1847 à 1920*. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01591294/document>
  - Elkouri, R. La Presse, R. (2021, 21 mai). Une «Alerte Bébé» Injuste. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/chroniques/2021-05-21/une-alerte-bebe-injuste.php>
  - Fournier, S. (2021, 23 septembre). *On m'a volé ma fertilité*. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/recit-numerique/2945/sterilisations-non-consenties-quebec-canada-racisee-autochtone>
  - Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (2011). *Des modèles de gestion à connaître, Lean, Six Sigma et Lean Six Sigma*. <https://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2017/02/2013-fascicule-tot-6-lean-fr.pdf?download=1>
  - Freedom for Birth Rome Action Group (Réalisateur). (2015, 16 décembre). *La Performance (français)*. <https://www.youtube.com/watch?v=72oyhUHgvhs>
  - Hansotte, M. (2005). *Les intelligences citoyennes, comment se prend et s'invente la parole collective*. De Boeck Supérieur.
  - Holland, B. (2018, 4 décembre). *The "father of Modern Gynecology" performed shocking experiments on enslaved women*. *History.com*. <https://www.history.com/news/the-father-of-modern-gynecology-performed-shocking-experiments-on-slaves>
  - INSPQ, 2015. *La formation interculturelle dans le réseau de la santé et des services sociaux, constats et pistes d'actions*. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2076\\_formation\\_interculturelle\\_reseau\\_sante.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2076_formation_interculturelle_reseau_sante.pdf)
  - *J'appuie le Principe de Joyce*. (2020). Consulté 16 octobre 2023, à l'adresse <https://principedejoyce.com/fr/index>
  - Jung, D. (2021, 23 Septembre). *Donner La Vie en terre inconnue, Le Traumatisme invisible des Inuit*. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1824563/accouchement-sante-nunavik-femmes-donner-vie-terre-inconnue-traumatisme-invisible-des-inuit>
  - Landry, Sarah, Josyane Giroux et Caroline Senneville. *Non à la Mise Sous tutelle médicale de la Pratique Sage-Femme !*. *Le Devoir* 27 septembre 2023. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/798830/idees-non-mise-sous-tutelle-medicale-pratique-sage-femme>
  - 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>
  - Mensah, Maria Nengeh et coll. 2017. *Le témoignage sexuel et intime, un levier de changement social?* Presses universitaires du Québec.
  - Michel, M. (2009). Robert Spitzer et le diagnostic homosexualité du DSM-II Minard. <https://www.cairn.info/revue-sud-nord-2009-1-page-79.htm>
  - Morin-Aubut, A. (2021, 9 août). *Les protections du droit à la reproduction des femmes en situation de handicap en droit international : Les écueils de Leurs Mises en application – revue Québécoise de Droit International / Quebec Journal of International Law / Revista Quebequense de Derecho Internacional*. Érudit. <https://www.erudit.org/fr/revues/rqdi/2020-v33-n1-rqdi06237/1079903ar/#:~:text=La%20CDPH%20reconna%C3%AEt%20de%20plus,un%20handicap%20intellectuel%5B36%5D>
  - Mundasad, Smitha, 2021. *Black women four times more likely to die in childbirth*, <https://www.bbc.com/news/health-59248345>
  - Nicolas, E. (2019, 10 juillet). *Les Violences Obstétricales, CES "Cas Isolés" si nombreux*. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/558436/ces-cas-isoles-si-nombreux>
  - Okun, Tema, 2021. *White supremacy culture – Still here*. [https://www.dismantlingracism.org/uploads/4/3/5/7/43579015/white\\_supremacy\\_culture\\_-\\_still\\_here.pdf](https://www.dismantlingracism.org/uploads/4/3/5/7/43579015/white_supremacy_culture_-_still_here.pdf)
  - Principe de Joyce, 2020. *Mémoire présenté par le Conseil des Atikamekw de Manawan et le Conseil de la Nation Atikamekw*, [https://www.atikamekw.sipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc\\_Principe-de-Joyce.pdf](https://www.atikamekw.sipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc_Principe-de-Joyce.pdf)
  - Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Les Éditions du Re-mue-ménage.
  - Ross, Loretta, « Reproductive justice as intersectional activism », *Souls, a critical journal of Black politics, culture and society*, 2017, p. 293
  - RNR, Regroupement naissance-renaissance, 2012. *Maternité et intelligences citoyennes, comment prendre notre place dans l'espace public*.
  - Stafford, K. (2021, 14 juillet). *Why do so many black women die in pregnancy? One reason: Doctors don't take them seriously*. AP NEWS. <https://projects.apnews.com/features/2023/from-birth-to-death/black-women-maternal-mortality-rate.html>
  - Statistiques Canada, 2022. *Les femmes occupant un emploi rémunéré dans les professions de soins à autrui*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00001-fra.htm>
  - Statistiques Canada, 2016. *Diversité linguistique et plurilinguisme au sein des foyers canadiens*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016010/98-200-x2016010-fra.cfm>
  - Stefanovich, O. (2021, 21 Janvier). *UN Special Rapporteur finds toxic waste is hurting Canada's indigenous communities more than others* | *CBC news*. <https://www.cbc.ca/news/politics/un-special-rapporteur-toxic-waste-findings-1.5164746>
  - Tran, Julie, Fatima Gabriela Salazar Gomez, « La création des espaces de bienveillance auprès des mères noires, pour une guérison collective : l'exemple du projet pilote par 'Hoodstop les violences sexuelles' et les 'Super voisines' », *La revue française de service social*, numéro 289, pages 52-73.

## ANNEXE 1 – REVENDICATIONS ET PROPOSITIONS DE PROJETS NOVATEURS

Le projet « Pour un mouvement féministe en périnatalité renforcé et intersectionnel » a offert plusieurs occasions de lancer des propositions de revendications, d'actions et de projets novateurs. Le format synthétique sous lequel ces idées sont énoncées ci-dessous ne rend pas honneur à la richesse du processus qui les a fait émerger. Chacune de ces idées mériterait d'être développée et articulée spécifiquement, car elles émanent des connaissances, des constats et des réflexions collectives qui ont jalonné le projet.

### A. REVENDICATIONS

#### a) COUVERTURE MÉDICALE PUBLIQUE POUR TOUSTES INDÉPENDAMMENT DU STATUT MIGRATOIRE

Selon l'Organisation mondiale de la santé, une couverture sanitaire universelle implique que toute personne peut avoir accès aux services de santé dont elle a besoin, où et quand elle en a besoin sans être confrontée à des enjeux financiers. Au Québec, les personnes migrantes à statut précaire n'ont accès ni à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ni au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). L'organisme Médecins du Monde a porté une campagne pour l'admissibilité à la RAMQ pour les enfants de 0-5 ans dont les parents ont un statut migratoire précaire. Le projet de loi 83 a attribué cet accès à ces enfants. Cela constitue un pas dans la bonne direction. À quand l'admissibilité de toutes les personnes résidant sur le territoire du Québec indépendamment de leur statut migratoire ?

#### b) AMÉLIORER LES CONDITIONS DE GROSSESSE ET D'ACCOUCHEMENT POUR LES FEMMES INCARCÉRÉES

En multipliant les initiatives comme :

- Le CFAD (Continuité Famille Auprès des Détenues, une liberté retrouvée) fondé en 1985 est un organisme communautaire qui vient en aide aux femmes judiciairisées et à leurs proches. Les objectifs sont de faciliter la réinsertion sociale, briser l'isolement, maintenir le lien mère-enfant et favoriser les liens avec les proches.
- Depuis 2016, le programme mère-enfant est mis en place à l'établissement Leclerc. Des unités permettent aux femmes de vivre un séjour avec leur(s) enfant(s), les fins de semaine, accompagnées par une intervenante CFAD. Il y a aussi des visites supervisées en tout temps dans une unité Mère-Enfant qui favorisent le maintien du contact ou la reprise du contact.
- Les femmes enceintes sont prises en charge en prison et ont un accompagnement médical et une diète appropriée à leur condition. Il y a des infirmières à temps plein. Elles ont un suivi de grossesse à la prison. Il y a un bon partenariat avec la Cité de la santé. Un médecin et un psychiatre viennent une fois par mois à la prison.

#### c) METTRE SUR PIED DES CLINIQUES SPÉCIALISÉES

En attendant que le système au complet change, il serait bénéfique de mettre sur pied des cliniques spécialisées. Par exemple, une nouvelle clinique est en cours de développement au CHUM pour les personnes enceintes en situation de handicap. Cette clinique offrira l'avantage de ne pas proposer aux personnes en situation de handicap un suivi de grossesse qui se déploie exclusivement dans le cadre d'un suivi de grossesse à risque et s'engage à maintenir un accompagnement bienveillant.

#### d) DÉCONSTRUIRE LE CLASSICISME ET LA HIÉRARCHIE DU PERSONNEL SOIGNANT

Reconsidérer la position que les médecins ont dans la société en comprenant les systèmes qui les placent dans cette position. En diminuant le salaire des médecins et en enrayant les disparités entre les plus riches et les professionnel·les de la santé, ces derniers pourront travailler sans être dans une constante précarité.

#### e) AMÉLIORER LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Au lieu de miser en priorité sur les technologies d'imagerie médicale, les tests de dépistage et la rémunération des médecins spécialistes, orienter les budgets du système de santé davantage vers :

- L'embauche de personnel soignant ;
- La rémunération et les conditions de travail décentes des intervenant·es de tous les paliers. Cela permettrait d'avoir des employé·es qui ont plus de temps et qui seraient davantage teinté·es d'humanité ;
- La prévention dans le sens réel du terme de prévenir les problèmes de santé et non pas uniquement dans le sens de faire des tests de dépistage (qui représentent une occasion supplémentaire de verser de l'argent aux compagnies pharmaceutiques). Cette prévention inclurait la prise en compte des déterminants sociaux de la santé (logement, alimentation, etc.). Un dollar investi en prévention représente sept dollars économisés sur le curatif.
- Des services spécialisés en périnatalité, des services de relevailles, des services avant et après la grossesse, autant pour l'enfant que pour la personne enceinte.

#### f) FINANCER DAVANTAGE LE COMMUNAUTAIRE ET L'ACCOMPAGNEMENT

- Financer davantage le communautaire (organisme « par et pour ») afin de développer la pratique de l'accompagnement « par et pour » des personnes qui comprennent et vivent la situation pour aider d'autres. Cela améliorera la sécurisation culturelle dans les services.
- Ajouter du financement pour ouvrir davantage d'organismes d'accompagnement « par et pour ».
- Offrir de meilleurs financements dans les groupes communautaires en périnatalité pour éviter que les groupes pallient aux manquements du système de santé.
- Donner plus de moyens financiers pour les organismes et les personnes aidantes.

#### g) RENFORCER L'ACCÈS AUX SERVICES JURIDIQUES

Le renforcement de l'accès aux services juridiques pourrait passer par l'augmentation de l'accessibilité aux services juridiques pour personnes en précarité et l'accessibilité aux plaintes. Que toutes aient accès à un accompagnement durant la plainte et que le processus ne soit pas si ardu et long. Le personnel soignant ne sait même pas nécessairement ce qui n'est pas adéquat dans leurs actions. Il est donc important de les conscientiser.

## B. PROPOSITIONS DE PROJETS NOVATEURS

#### a) FOURGONNETTE OU CARAVANE DE SERVICES AMBULANTS

Afin de pallier au manque de services en région et d'augmenter l'accessibilité des services pour les populations urbaines enclavées dans des déserts de services : développer des services ambulatoires. Cela pourrait prendre par exemple la forme d'une caravane ou d'une fourgonnette qui se déplace avec des intervenant·es de tous types (sage-femme, intervenant·es psychosociales, infirmières, etc.) de quartier en quartier ou de région en région.

#### b) CENTRE DE RESSOURCEMENT POSTNATAL

Mettre en place des centres de ressourcement périnatal où il y aurait des services tels que :

- Éducation périnatale
- Hébergement

- Club mère
- Halte répit
- Inclusion des partenaires
- Éducation des partenaires
- Briser l'isolement
- Soutien émotionnel, répit pratique, soutien à l'allaitement, réseautage communautaire
- En avoir partout
- Services à domicile

#### c) **CLINIQUE IDÉALE**

Les services qu'offrirait une clinique idéale :

- Accompagner les mamans dans toutes les démarches
- Avoir une clinique multidisciplinaire centralisant les services
- Fournir des repas sains
- Garderies
- Espaces de créativité
- Soutien juridique
- Services de traduction et d'accompagnement dans les démarches administratives
- Formations
- Une clinique de rêve par quartier
- Groupes de discussion
- Friperies de maternité

#### d) **ÉCOLE DE SAGE-FEMME IDÉALE**

- Les médecins doivent y suivre une partie de leur formation.
- Stage financé
- Une école qui prend soin de ses étudiant·es (burn out fréquent durant les études)
- Transport gratuit
- Garderies
- Revoir les exigences d'équivalences de reconnaissance des diplômes
- Campus dans différentes villes
- Formation supervisée
- Avoir un rapport d'horizontalité entre les différentes professions (même statut, mais rôles différents)
- Donner un soutien réel psychosocial aux futur·es et actuel·les professionnel·les
- Journées portes ouvertes : sage-femme d'un jour

## ANNEXE 2 – LISTE DE DOCUMENTS CONSULTÉS

Ateliers présentés au CA du RNR :

- Atelier intersectionnalité avec Marlihan Lopez (12 février 2021)
- Table ronde « Perspectives croisées sur les systèmes d'oppression en périnatalité » avec Isabelle Boisvert, Véronique Larose, Marlihan Lopez, Ariane Métellus, Carolanne St-Louis (26 novembre 2021)

Rencontres de briefing sur le tort subi :

- Isabelle Boisvert
- Marlihan Lopez
- Aimé Cloutier
- Louise Henry
- Isabelle Paillé
- Julie Tran

« Enjeux intersectionnalité et périnatalité avec constats » (décembre 2021)

Texte final d'invitation à participation à un comité conseil intersectionnel (16 décembre 2021)

Ordre du jour, compte-rendu et notes préparatoires des rencontres du comité conseil intersectionnel :

- Rencontre du 09 février 2022
- Rencontre du 28 février 2022
- Rencontre du 16 mars 2022
- Rencontre du 09 mai 2022
- Rencontre du 15 juin 2022
- Rencontre du 27 octobre 2022
- Rencontre du 15 décembre 2022
- Rencontre du 13 janvier 2023

Ordre du jour et revue de presse de la rencontre « Négligence et profilage en périnatalité » (27 avril 2022)

Ordre du jour, compte-rendu et notes préparatoires des rencontres entre le RNR et Hoodstock :

- Rencontre du 13 juin 2022
- Rencontre du 02 août 2022

Notes personnelles et collectives du Forum « Disparités et périnatalité, oser se rassembler pour tisser des liens » (30-31 mars 2023)

