



## Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent Comité action socio-politique

### Atelier sur les violences obstétricales et gynécologiques

Basé sur la présentation faite à la rencontre de la Table, le 9 décembre 2019

#### Matériel requis

- Le Document produit par le **Regroupement Naissances respectées** (Trousse info-VOG) à partir duquel vous aurez découpé les deux définitions, les manifestations et les formes de violence, ainsi que quelques témoignages.
- Le lien vers la vidéo-témoignage sur les violences obstétricales :  
<https://www.youtube.com/watch?v=akWaaafmqNmk>
- L'historique des violences obstétricales (produit par Émilie Pelletier)
- Les données sur la stérilisation forcée (recueillies par Clémence Harvey)

#### Déroulement

Avant de commencer, vous distribuez de façon aléatoire les documents que vous avez découpés et collés sur un carton, aux personnes présentes.

- 1- Présentation du sujet (environ 15-20 minutes)
  - a) Définitions (Demandez aux personnes de lire les définitions)
  - b) Manifestations et formes de violence (Idem)
  - c) Témoignages écrits (Idem)

Au besoin, apportez des précisions, ou recueillez les réactions et commentaires.

- 2- Présentation de la vidéo (5 minutes) recueillir les réactions
- 3- Distribuer le document Trousse Info-VOG **ou** présentez le contenu de la page 19 - **Conseils pour vous aider à défendre vos droits** – (5-10 minutes selon les discussions)
- 4- Parlez du contrôle des naissances vs l'intersectionnalité en vous appuyant sur le document *Historique des violences obstétricales*. P.2 à 5 (Environ 10 minutes)
- 5- Présentez les données disponibles sur la stérilisation forcée des femmes autochtones et des femmes vulnérables en vous appuyant sur le document présenté aux pages 6 à 8. (5-10 minutes)
- 6- Comment passer à l'action – Appel à témoignages - Réf. Annexe du document Stopvog (environ 10 minutes) ou plus si les femmes veulent partager leurs expériences.
- 7- Si les femmes ont envie de poser une action collective, tant mieux !

Membres du comité : Clémence Harvey, Annick Mercier, Émilie Pelletier, Brigitte Michaud

## **Historique des violences obstétricales**

### ***Bref historique de la dépossession des femmes, de leurs savoirs et de leur puissance d'agir***

Ce qui faut retenir c'est que ce sont des hommes blancs occidentaux (Europe et d'Amérique du Nord) qui ont imposé leur cadre de référence pour déposséder les femmes et que les interventions et outils développés n'ont jamais démontré leur pertinence avant l'utilisation. L'histoire nous montre aussi que l'obstétrique prend ces racines dans l'esclavage et s'est développé à partir d'expériences de femmes noires esclave (sans consentement et sans anesthésie). Aujourd'hui, ce contrôle racial du corps et des naissances des femmes se poursuit, entre autre, par les lobbys pharmaceutiques. C'est payant le corps des femmes!

Extrait tiré du livre : Un féminisme décolonial de Françoise Vergès « *La Fondation Gates qui promet de faciliter l'accès à de l'information contraceptive pour 120 millions de femmes les plus pauvres d'ici 2020, en favorisant la distribution de nouvelles technologies, notamment les implants hormonaux* » (p.88-89).

### **16<sup>e</sup> siècle : Apparition de l'homme « accoucheur » et de la césarienne**

- Vient des nobles et clergé : voulait distancier l'animalité. Pour eux, les femmes ne devaient plus accoucher à 4 pattes.
- Alors qu'une femme « s'accouchait », devient « accoucher une femme »
- Césarienne. A été inventé pour soi-disant diminuer les douleurs?
- Au milieu du 16<sup>ième</sup> siècle, l'Europe est en guerres de religion. Le protestantisme fait son apparition et le catholicisme ne le laisse pas s'implanter. François Rousset implante des campagnes où on trouve des protestantes qui se retrouvent avec des césariennes systématiquement. Il va vanter que c'est pour ne pas avoir de douleur, pas besoin de recoudre etc., mais en réalité tuait les femmes protestantes lors de l'opération et les bébés étaient baptisés catholiques.
- Développement d'outils pour faire sortir le bébé + disqualification des sages-femmes car pas assez fortes pour utiliser les outils

### **18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> siècle : la clinique**

- Début accouchement dans les hôpitaux.
- Haut taux de mortalité infantile (fièvre puerpérale), cause insalubrité des hôpitaux
- On réalise l'importance hygiène et mesures aseptisant : utilisées contre l'accouchement à domicile
- Médecins n'ont pas pris leurs responsabilités de la transmission de ces fièvres et accusent plutôt les femmes d'être sales. Résultat : on les attache et les badigeonne d'antiseptique
- Développement outils et techniques sur des femmes noires esclaves

## **1920**

- Passivité des femmes : accouchement pratiqués sur des femmes littéralement inconscientes. Repose sur l'idée que le bébé risque de manquer d'oxygène par les parties molles du canal de naissance. **MYTHE.**
- «Twilight sleep», attachée, pratiquer une épisiotomie: couper les muscles du périnée de façon transversale sous prétexte de faciliter le passage du bébé

## **1960 : Gestion active du travail**

- Introduction de la notion du « travail prolongé ».
- On établit des durées normales d'accouchement.
- Usage de la syntocine pour accélérer le travail si la dilatation ne suit pas la courbe. L'introduction de cette pratique était soit disant pour diminuer les césariennes mais on a vu plutôt une augmentation.
- Durée «normale» : 1950(36hrs), 1960 (24 hrs), **1969 (12 hrs)**, 1980 (10h), 2004 (8hrs)
- Pression mise sur les capacités des cols des femmes à dilater.

## **Violences obstétricales systémiques**

Le Regroupement Naissance-RNR développe sa réflexion sur la violence obstétricale depuis plus de dix ans en travaillant à faire émerger cet enjeu dans l'espace public. Elles ont tenté d'aborder les expériences de naissances des femmes les plus marginalisées : les femmes noires, les femmes autochtones, celles qui vivent en situation d'handicap ou avec un statut migratoire précaire.

## **Racisme systémique en périnatalité ?**

Entretien avec Hirut Melaku (femme noire, accompagnante à la naissance et militante pour la justice reproductive)

- Mieux comprendre comment s'articulent les discriminations raciales pendant la grossesse et l'accouchement.
- Le consentement des femmes issues des populations noires lors de l'accouchement est encore moins sollicité que dans le cas des femmes blanches
- Plusieurs études aux États-Unis démontrent que les femmes noires subissent davantage d'interventions médicales que lors de la grossesse et l'accouchement
- Les femmes noires sont deux à trois fois plus enclines de donner naissance prématurément, et, ce quel que soit le statut socio-économique, niveau d'éducation, consommation d'alcool ou tabac pendant la grossesse. **RAISON? RACISME = STRESS.**
- L'expérience quotidienne du racisme a un effet sur le niveau d'hormones pouvant conduire à une naissance prématurée

- Au Québec : Les formulaires d'admission à l'hôpital n'incluent pas de questions liées à l'appartenance ethnique. Façon de nier les discriminations systémiques?
- Une plus grande proportion de femmes noires accouche à l'hôpital
- On va souvent penser que les femmes noires comme un groupe homogène, ce qui est une manifestation de racisme. Ex : On va dire que les femmes noires sont plus bruyantes lorsqu'elles donnent naissance (stéréotype raciste).
- Prise de contrôle du corps des femmes noires prend racine dans l'esclavage. Rappelons qu'à cet époque les personnes noires n'étaient pas vues comme des humains, mais comme des propriétés. Cela laisse des traces encore dans notre imaginaire.
- L'histoire de la gynécologie et de la constitution du champ médical de l'obstétrique se sont développées à travers des expériences sur des femmes noires non consentantes. Les techniques médicales qui sont utilisées aujourd'hui ont été utilisées dans un premier temps sur ces femmes, sans médication ou anesthésie...Imaginez!
- Représentations des familles et des enfants : médias, brochures : femmes blanches.

### **Femmes autochtones**

L'expérience des femmes autochtones : Éloignement et hypermédicalisation  
Isabelle Challut (infirmière) qui a rencontré des femmes autochtones, elle nous livre leurs expériences.

- « Nos possibilités de faire des choix et de questionner sont encore plus restreintes que celles des femmes non autochtones : on ne nous informe pas »
- Déclenchement quasi systématiques des accouchements et garder dans l'ignorance (peu informée des choix et des conséquences des interventions)
- Dans plusieurs communautés éloignées : femmes transférées dans des centres hospitaliers LOINS de chez elle dès la 37<sup>ème</sup> semaine de grossesse, souvent seule, sans leur conjoint.
- Se retrouve donc seule, dans une ville inconnue, sans réseau.
- Solitude et distance qui fragilise les familles. L'isolement et le stress = peuvent avoir un impact négatif sur le déroulement de l'accouchement, du lien avec le bébé, etc.
- Elles sont coupées de leurs connaissances traditionnelles et de leur pouvoir personnel.
- L'accouchement souvent provoquée avant terme. Elles sont infantilisées et hypermédicalisés.
- Avec l'installation des réserves : les femmes sont prises en charge par le système de santé canadien et peu consultées sur les décisions qui les touchent directement

### **Femmes en situation de handicap : capacitisme**

Le non-respect du libre arbitre des femmes en situation de handicap  
Isabelle Boisvert, doctorante en psychologie

- Les femmes sont restreintes dans leurs options et contraintes à accoucher en milieu hospitalier
- Capacitisme : désigne l'ensemble des attitudes sociétales qui dévalorisent et limitent le potentiel des personnes handicapées. La personne en situation d'handicap est donc considérée comme étant moins digne, moins apte à contribuer dans la société!
- Le capacitisme et le sexisme se lient ensemble : statut de personnes dépendantes des autres et asexuées.
- Maternité et sexualité deviennent dérangeantes!
- Tout ça va à l'encontre de l'idée prépondérante de capacité parentale et capacité d'enfantement
- Lorsqu'une femme refuse le climat interventionniste de l'équipe médicale, cette dernière joue la carte de la nécessité vitale de procéder aux interventions.
- Dès leur enfance, les femmes en situation d'handicap ont été habituées aux discours et interventions médicales invasives. + à risque de vivre des violences obstétricales
- 5% des familles au Québec sont composées d'au moins un des parents avec une incapacité, souvent motrice.

#### **Sources utilisées pour ce plan :**

À Babord, Revue sociale et politique, No 72 – déc. 2017, janv. 2018, *Maternité et médecine : Silence, on accouche!*

Verges, Françoise. La Fabrique éditions, 2019, *Un féminisme décolonial*

*Préparé par Émilie Pelletier. La Débrouille*

## **Stérilisation des femmes autochtones et des femmes vulnérables au Canada**

Actuellement, le Comité sénatorial permanent des droits de la personne se penche sur la question de la stérilisation forcée des femmes au Canada, plus particulièrement celle pratiquée sur les autochtones.

Selon Amnistie internationale, une stérilisation est dite « forcée » lorsqu'elle est effectuée à l'insu de la personne ou sans son consentement éclairé. La stérilisation sous contrainte survient quant à elle lorsqu'il y a consentement, mais sur la base d'informations erronées ou à la suite d'autres tactiques coercitives comme l'intimidation, la menace de se faire enlever ses futurs enfants ou l'incitation financière.

La stérilisation forcée ou sous contrainte des femmes autochtones au Canada est documentée depuis les années 1800 jusqu'à aujourd'hui. Historiquement, la stérilisation forcée était couramment infligée à ces femmes et elle a même longtemps été permise par la loi.

Karen Stote, autrice de l'ouvrage *An Act of Genocide : Colonialism and the Sterilization of Aboriginal Women*, indique que selon ses recherches, plus de 1 000 femmes autochtones ont été stérilisées sur une période de 10 ans s'échelonnant des années 60 jusqu'au début des années 70.

En décembre dernier, le Comité contre la torture des Nations Unies a affirmé que la stérilisation forcée et sous contrainte des femmes au Canada constituait une forme de torture.

La stérilisation forcée s'est toutefois poursuivie bien au-delà de cette décennie, même après les modifications aux lois s'y rapportant. Elle a été justifiée, cette fois, du point de vue de la planification familiale.

La stérilisation forcée ou sous contrainte se pratique toujours aujourd'hui. Une action collective intentée en Saskatchewan fait état d'allégations aussi récentes que 2017, alors que le dernier cas rapporté date de 2018.

Depuis la couverture médiatique accordée à cette question à l'automne 2018, plusieurs femmes autochtones d'autres provinces (Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba et Ontario) ont à leur tour présenté des allégations de stérilisation sans leur consentement.

Il est de plus en plus reconnu que la stérilisation forcée des femmes autochtones s'est poursuivie après l'époque eugénique et cette prise de conscience permet de mieux apprécier l'impact durable des politiques passées.

**Un examen externe des services offerts par l'Autorité sanitaire de Saskatoon a révélé que 16 femmes autochtones avaient fait l'objet de pressions pour qu'elles consentent à être stérilisées immédiatement après leur accouchement entre 2005 et 2010. Au début de 2019, approximativement 100 femmes autochtones avaient déjà allégué avoir subi une stérilisation sous contrainte entre les années 1970 et 2018.**

Selon la sénatrice Yvonne Boyer, les femmes autochtones ont subi des formes modernes de stérilisation forcée dans de nombreuses provinces d'un bout à l'autre du Canada. Un recours collectif pour stérilisation forcée a été déposé en Saskatchewan et un autre en

Alberta. Les femmes concernées témoignent n'avoir pas eu le temps ni les renseignements nécessaires pour prendre une décision éclairée, avoir subi des pressions pour obtenir leur consentement alors qu'elles étaient sous l'effet du stress et s'être entendu dire qu'elles ne pourraient pas voir leur nouveau-né tant qu'elles n'acceptaient pas d'être stérilisées.

La stérilisation forcée des femmes autochtones vise à détruire le lien qui unit ces femmes à leur communauté tout en réduisant le nombre de personnes envers lesquelles le gouvernement est redevable.

En 2004, on comptait un nombre plus élevé d'enfants autochtones dans les établissements relevant de la protection de l'enfance qu'il y en avait dans les pensionnats indiens des années 1940, alors que la politique en la matière atteignait son paroxysme.

**Plus récemment, on a constaté que les enfants autochtones, qui ne représentent qu'environ 8 % de la population des moins de 14 ans, constituent 52 % ou plus du contingent recensé dans les familles d'accueil. De telles interventions perpétuent l'assimilation en déconnectant les enfants autochtones de leur communauté et de leur style de vie. Il existe cependant un objectif ultime à la pratique de la stérilisation.**

La rupture que provoque la privation de la capacité de se reproduire chez les femmes autochtones est irréversible. Elle annihile la lignée de descendants qui auraient pu légalement revendiquer des droits relatifs aux traités, des droits des Autochtones ou des droits fonciers.

Ainsi, la stérilisation forcée des femmes autochtones permet à l'État de renier sa responsabilité et d'éviter d'agir pour améliorer les conditions sociales, économiques et sanitaires souvent déplorables qui prévalent dans la plupart des communautés autochtones, conditions que la Commission royale sur les peuples autochtones a pourtant reconnues comme découlant directement de la dépossession de ces populations et du colonialisme. Il est plus économique, en terme de coûts, de limiter les capacités de reproduction des femmes autochtones que de prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions dans lesquelles leurs enfants naissent.

Lorsqu'elle est comprise dans son contexte, la stérilisation forcée des femmes autochtones peut être qualifiée d'acte génocidaire, ou à tout le moins d'une tentative d'entraver la capacité d'existence d'un groupe.

La stérilisation forcée s'est poursuivie encore au 21<sup>e</sup> siècle. En juillet 2017, un rapport intitulé « Ligature des trompes dans la région sanitaire de Saskatoon : l'expérience vécue par les femmes autochtones » révèle que des pressions ont été exercées sur certaines femmes autochtones de la région de Saskatoon en vue de les stériliser. Selon les co-auteurs Yvonne Boyer, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la santé et le bien-être des Autochtones à l'Université de Brandon en 2017, et la Dre Judith Bartlett, médecin autochtone et ancienne professeure agrégée en sciences de la santé communautaire à l'Université du Manitoba, de nombreuses femmes ont été contraintes de signer des formulaires de consentement au milieu de l'accouchement. La même

année, certaines de ces femmes intentent un recours collectif contre la Saskatoon Health Region, le gouvernement de la Saskatchewan, le gouvernement fédéral et des professionnels de la santé. Depuis la publication du rapport, un plus grand nombre de femmes se manifestent, affirmant avoir subi la même expérience dans d'autres régions, provinces et territoires.

Un aspect important de la stérilisation concerne le recours à cette technique sur des personnes vulnérables, soit les mineurs et les personnes inaptes.

La plupart du temps, cette question se pose à l'égard des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Par exemple les proches craignent souvent qu'une jeune femme vivant avec une déficience intellectuelle ne devienne enceinte d'un enfant dont elle ne pourrait pas s'occuper par la suite.

L'histoire des 20<sup>e</sup> siècle nous révèle que de nombreux pays ont adopté des lois pour imposer la stérilisation à des fins eugéniques à des personnes déficientes intellectuellement ou atteintes de certaines maladies mentales. C'est sous l'impulsion de réformateurs sociaux qui préconisaient des théories eugéniques que de telles législations ont été adoptées.

Au Canada, l'Alberta ( 1928) et la Colombie-Britannique ( 1933) ont adopté de telles lois. Dans les deux cas, ces lois ont été abrogées au début des années 1970. Puis, dans les années 1990, l'Alberta a dû déboursier 142 millions de dollars d'indemnités aux victimes de ces stérilisations imposées.

Au Québec, aucune loi spécifique à cet égard n'a jamais été adoptée, même si de telles procédures ont été pratiquées dans le passé à une certaine échelle.



**Voici un bref résumé du travail accompli par le comité qui se penche sur la stérilisation forcée des femmes.**

La stérilisation forcée ou contrainte constitue une grave violation des droits de la personne et de l'éthique médicale. Tous les Canadiens ont la responsabilité de veiller à ce que ces pratiques ne se reproduisent plus jamais. Comme le soulignait ma collègue, Abby Hoffman, la stérilisation forcée ou contrainte est une forme de violence fondée sur le sexe et elle est la preuve du besoin plus général d'éliminer le racisme et les pratiques discriminatoires. Un tel acte, parmi d'autres, nous incite à prendre des mesures visant à assurer la sécurité culturelle et l'humilité dans les systèmes de santé, à améliorer le consentement éclairé et adapté sur le plan culturel, et à éliminer les obstacles auxquels se heurtent les femmes autochtones lorsqu'elles accèdent aux services de santé au Canada. Lutter contre le racisme présent dans les systèmes de soins de santé est une question de réconciliation, comme l'a dit la Commission de vérité et de réconciliation.

Des études portant sur les femmes qui donnent leur consentement pour les interventions gynécologiques montrent que les patientes affirment souvent se sentir obligées de signer un formulaire de consentement malgré leur choix ferme de ne pas procéder à l'intervention. Dans une étude par Hall, Prochazka et Fink publiée dans le Journal de l'Association médicale canadienne, en 2012, il est indiqué que 30 % des femmes qui ont accepté l'opération ont déclaré qu'elles ne pensaient pas avoir le choix de signer le formulaire de consentement, et que 88 % des femmes croyaient que le formulaire n'était en fait qu'une formalité administrative. On peut donc supposer qu'il existe d'importantes lacunes dans la façon dont les praticiens parlent à leurs patientes de cette question de consentement. On peut aussi présumer que la façon d'obtenir le consentement et le moment choisi pour le demander sont importants.

Si une personne a fait l'objet d'un acte médical équivalent à une agression, il n'est pas très clair dans le contexte des soins de santé s'il s'agit là d'une infraction criminelle et si cela pourrait entraîner des poursuites en dommages ou responsabilité, sous une forme ou une autre. Je ne peux pas vous dire malheureusement si dans le contexte des soins de santé, une agression physique de cette nature, soit l'atteinte non autorisée à l'intégrité physique d'une personne dans le cadre d'une intervention médicale, pourrait être considérée comme une infraction criminelle.

Le 11 décembre 2018, la ministre de la Santé et l'ancienne ministre des Services aux Autochtones ont écrit aux ministres provinciaux et territoriaux et aux organismes de santé pour demander leur collaboration et leur participation à un groupe de travail fédéral-provincial-territorial. Santé Canada assumera un rôle de direction et collaborera avec les provinces, les territoires et les organismes de santé afin de prendre des mesures qui, nous l'espérons, conduiront à un changement de culture important dans le système de santé canadien. Nommément, ce changement devrait se traduire par un déplacement vers un système apte à soutenir le déploiement des efforts visant à empêcher les pratiques racistes et discriminatoires et à augmenter l'accès à des services de santé sécuritaire du point de vue culturel pour les Autochtones.

La Commission interaméricaine des droits de l'homme a recommandé au Canada de publier une brochure d'information à l'intention des fournisseurs de soins de santé et des patients sur le consentement préalable, libre et éclairé dans le contexte des services de santé pour les femmes autochtones. Pour concrétiser cette idée, nous avons discuté avec des organisations nationales de femmes autochtones sur la façon de procéder.

Nous nous employons également à mettre sur pied un nouveau comité consultatif sur le bien-être des femmes autochtones, composé de représentants des organisations autochtones nationales, des organisations de femmes autochtones, du Conseil national autochtone des sages-femmes, du Cercle national autochtone contre la violence familiale et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Ce comité vise à informer le ministère sur les enjeux actuels et émergents, notamment la santé sexuelle et génésique. La réunion inaugurale aura d'ailleurs lieu le 14 février 2019.

En outre, nous organiserons au printemps un forum national visant à mobiliser les organisations autochtones et professionnelles en vue de prendre des mesures de collaboration portant sur la santé génésique des femmes autochtones et d'élaborer des lignes directrices pour garantir un consentement préalable, libre et éclairé quant aux procédures de stérilisation.

Informations recueillies par Clémence Harvey

Sources :

1. L'eugénisme au Canada, <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/eugenique>
2. Femmes et filles autochtones disparues, <https://www.afn.ca/fr/secteurs-de-politique/mettre-fin-a-la-violence-et-femmes-et-filles-disparues-et-assassinees/enquete-nationale-sur-les-femmes-et-les-filles-autochtones-disparues-et-assassinees/>
3. Stérilisation forcée des femmes autochtones, <https://acatcanada.ca/canada-sterilisation-forcee-des-femmes-autochtones/>
4. Comité sur la stérilisation forcée au Canada, <https://www.cpac.ca/fr/programs/les-comites-du-senat/episodes/66004378/>
5. Comité des droits de la personne, <https://www.sencanada.ca/fr/salle-de-nouvelles/ridr-comite-des-droits-personne-etudiera-question-sterilisation-forcee-personnes-canada/>
6. Rencontre audio du comité, <https://parlvu.parl.gc.ca/Harmony/fr/PowerBrowser/PowerBrowserV2/20190131/-1/30951?Language=French&Stream=Video>