

Avis sur les mauvais traitements et les violences envers les femmes dans les services de soins de santé reproductive avec attention particulière sur l'accouchement

Rapport rédigé par

Le Regroupement Naissance-Renaissance

Co-signé par

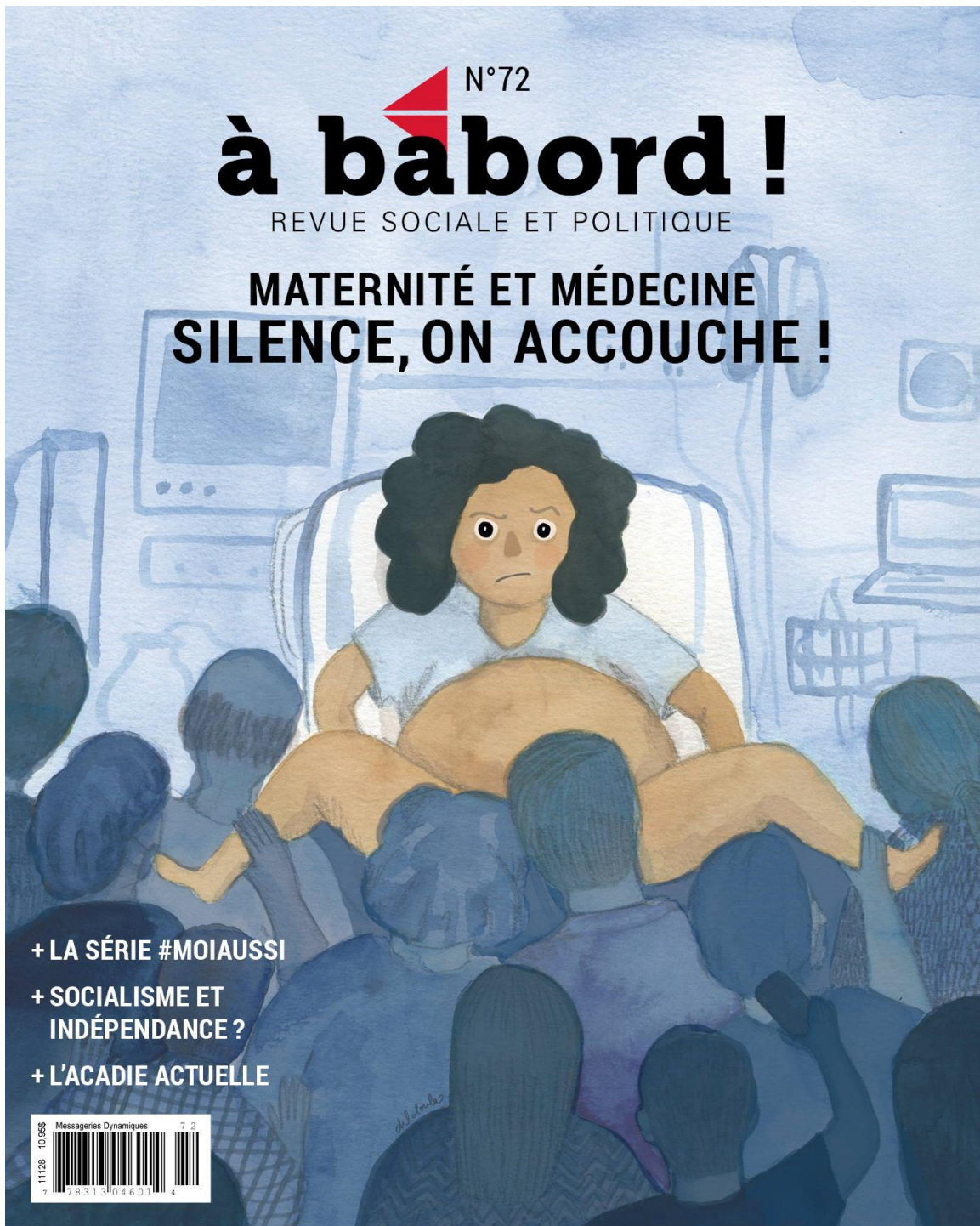
La Fédération du Québec pour le planning des naissances, le Réseau d'action pour l'égalité des femmes immigrées et racisées et Cree Women's Eeyou Itchee Association

Présenté à

Ms. Dubravka Šimonović, Rapporteuse spéciale aux Nations Unies sur la violence contre les femmes.

17 mai 2019





Source: Dossier Maternité et médecin, revue sociale et politique *À bâbord*, no. 72, 2017, pour lequel le Regroupement Naissance Renaissance a contribué. <https://www.ababord.org/Maternite-et-medecine-Silence-on-accouche>

Introduction

Le Regroupement Naissance Renaissance (RNR)

Le RNR est un regroupement féministe provincial de défense de droits portant sur la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Il est constitué d'organismes communautaires autonomes qui œuvrent auprès des femmes et des familles en période périnatale en offrant des formations prénatales, de l'accompagnement à la naissance et des relevailles¹, du soutien en allaitement et qui se mobilisent pour avoir accès aux suivis de sages-femmes. Le RNR réalise des recherches, offre des formations par le biais de colloques, conférences et ateliers, stimule l'action collective autour d'enjeux et d'injustices. Dans toutes ces actions, le RNR cherche à avoir un grand respect pour la diversité des voix et à les amplifier par tous les moyens qui sont à sa disposition.

Les membres du RNR s'engagent à agir comme force de changement social au Québec auprès des instances de prise de décisions et auprès de la population et participent donc à la construction d'une société juste, solidaire, égalitaire, véritablement démocratique dans le respect de l'autodétermination des femmes et de toute personne qui accouche et vit la période périnatale.²

Le RNR, vise à:

- Dénoncer la médicalisation de la naissance et conscientiser la population et les soignant.es par le biais d'écrits, de recherches, et d'actions collectives de défense de droits.
- Proposer des alternatives à la médicalisation : salles d'accouchement, légalisation de la pratique sage-femme, reconnaissance de l'accompagnement à la naissance, respect dans les soins de maternité et parentalité.

¹ Forme de soutien à domicile après l'accouchement par des organismes communautaires.

² Extrait de la Déclaration de principes du Regroupement Naissance-Renaissance. La déclaration de principe est disponible ici : <http://naissance-renaissance.qc.ca/rnr/principes/>

- Influencer des politiques telles que la politique de périnatalité 2008-2018³ et le cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme⁴.
- Construire des alliances : réaliser des recherches, coordonner des coalitions, soutenir l'émergence de réseaux et d'associations.
- Faire reconnaître l'engagement social et économique des femmes et des personnes qui enfantent en période périnatale, revendiquer l'équité entre les femmes et travailler vers une meilleure conciliation famille-travail-études.
- Contribuer à l'émergence du concept de violence obstétricale, aller à la rencontre des femmes pour entendre et amplifier leurs voix pour proposer ensemble des solutions.
- Faire reconnaître la violence obstétricale comme une forme de violence à l'égard des femmes.

Cet avis est cosigné par la Fédération québécoise pour le planning des naissances (voir annexe 2), le Réseau d'action pour l'égalité des femmes immigrées et racisées du Québec (voir annexe 3) et l'Association Cree Women's Eeyou Itchee (voir annexe 4).

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008, « Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie », <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>, consulté le 12 novembre 2018

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015, « Cadre de référence pour le développement des services de sage-femme », <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-816-01W.pdf>, consulté le 12 novembre 2018

Violences spécifiques en santé reproductive et témoignages

Violences obstétricales

Les luttes pour l'humanisation des naissances, commencées au 20^e siècle, ont apporté beaucoup d'améliorations dans la qualité des soins en maternité. Au 21^e siècle, au Québec comme ailleurs au monde, nous constatons que malgré ces gains, il existe encore un nombre consternant de femmes et de personnes enceintes qui ne se sentent pas respectées, qui vivent des situations d'injustice ou dont les droits fondamentaux humains sont bafoués ou brimés. Le RNR s'est donc tourné vers l'analyse féministe des violences genrées et sexuelles et s'est inspiré des mouvements internationaux pour faire émerger au Québec une reconnaissance des enjeux et injustices liés à l'enfantement.

Le plus récent rapport de Santé Canada cible les comportements maternels ayant un potentiel impact sur la santé de leur fœtus, tel le taux d'utilisation du tabac, de consommation d'alcool et d'exposition à des maladies contagieuses. Très peu d'attention est portée sur l'expérience globale des femmes et l'impact psycho-social de la gestion techno-médicale et biopolitique de la période périnatale. Même lorsqu'on sonde les femmes comme dans la plus récente étude de l'Agence de santé publique du Canada, publiée en 2009, et que l'on soutient que 80%⁵ des femmes sont satisfaites de leurs accouchements, il y a peu de place pour une évaluation approfondie. Comme dans d'autres cas de violences sexuelles, les personnes peuvent ne pas reconnaître de prime abord qu'elles ont reçu des mauvais traitements ou vécu de la violence obstétricale. Cela peut prendre plusieurs années.

Cela étant dit, si l'on mobilise inversement le taux d'insatisfaction des femmes pour la même année en considérant que 2009 dénombrait 380 863 naissances au Canada⁶, il s'agirait donc d'un peu plus de 76 000 femmes qui seraient insatisfaites de leur

⁵ Agence de la santé publique du Canada, 2009, « Parole de mère : réflexions de femmes sur la grossesse, l'accouchement et les débuts de la maternité », p.6.

⁶ <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/84f0210x/2009000/part-partie1-fra.htm>, consulté, le 14-11-2018.

accouchement, un nombre non négligeable. On peut ainsi estimer que si ces statistiques étaient transférées au Québec, un peu moins de 20 000 femmes ne seraient pas satisfaites de leur accouchement. Une enquête sur le taux de satisfaction des femmes lié à leur accouchement serait nécessaire au Québec pour récolter des données exactes. À partir de nos recherches sur l'accouchement en établissement et sur la violence obstétricale, nous savons que cela prend du temps aux femmes pour exprimer leurs doléances, parfois des années, le déclencheur étant souvent une nouvelle grossesse. On peut alors imaginer que si une telle étude était reconduite au moment opportun, au moins 6 mois après l'accouchement, et dans une situation où les personnes interrogées se sentent en confiance et libre de leur parole, un sondage pourrait révéler des taux d'insatisfactions beaucoup plus élevés.

L'augmentation des taux d'interventions obstétricales est intimement liée au taux d'insatisfaction exprimée par les femmes. Plusieurs témoignages reçus par le RNR sont révélateurs de profondes souffrances, détresses et traumatismes. L'augmentation des interventions obstétricales en dépit des objectifs de réduction visés par la Politique de périnatalité 2008-2018 du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec révèle un décalage entre les politiques et les moyens mis en place pour les réaliser⁷. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les taux de césariennes.

Vers une reconnaissance de la violence obstétricale

Pour le RNR, l'utilisation du terme violence obstétricale est un outil permettant de mieux comprendre les liens entre l'impact des pratiques non-respectueuses des droits fondamentaux vécues dans les soins de santé en période périnatale et de la détresse, de la souffrance ou du traumatisme vécu par les femmes. Cette violence est systémique, au sens où il s'agit du système en soi qui, par son organisation et son cadre rigide, hiérarchique et autoritaire, agit comme générateur de violence du fait du déséquilibre de pouvoir et la vision pathologisante sur lequel il est fondé. Il est aussi primordial de reconnaître que la

⁷ Selon l'Agence de la santé publique du Canada, le taux de césariennes est passé de 17.6% à 27.9% en 20 ans.

violence obstétricale est à la fois source d'une violence institutionnelle et d'une violence sur la base du genre. Cette violence peut se perpétuer dans tous les établissements et par les différent.es professionnel.les de la santé. Cette appellation permet une vision systémique du problème et inclut le contexte socioculturel de la croyance de la défaillance des corps des femmes, croyance instaurée depuis les débuts de l'obstétrique et qui teinte toujours la pratique. C'est par ailleurs ce qui contribue à la banaliser et à la normaliser.

La violence obstétricale se manifeste par des interventions, des comportements, des actes et des attitudes. On constate des situations où il y a : absence de consentement libre, éclairé et explicite; médicalisation abusive de l'enfantement et usage excessif d'interventions; manipulations psychologiques; discrimination fondée sur les attributs d'une personne ou son identité; déséquilibre de pouvoir utilisé pour contrôler ou dominer; négation de l'autonomie. Cette forme de violence s'étend jusqu'à la période postnatale. La violence obstétricale peut notamment avoir un impact négatif sur la qualité de vie, l'autonomie, la santé sexuelle et l'agentivité reproductive des femmes et des personnes pouvant enfanter, porter atteinte à leurs droits humains et peut causer de la souffrance, de la détresse, de traumatisme voire même d'un syndrome de stress post-traumatisme comme en témoigne ces paroles d'une femme parlant d'un accouchement datant d'il y a 7 ans :

« C'est comme si j'avais un grand vide noir à l'intérieur de moi. La plupart du temps tout ce qui se passe dans ma vie tourne autour de ce trou et je ne me rends même pas compte qu'il est là. Mais des fois c'est comme si une image ou un mot fracasse la barrière que j'ai réussi à mettre là-dessus et ça m'envahit encore plus que la dernière fois. Je ne sais jamais quand ça va arriver. »

La loi sur la violence obstétricale adoptée au Venezuela en 2007 définit précisément ce qu'est la violence obstétricale et tient compte à la fois des droits brimés et de la pathologisation de l'accouchement qui amènent une surutilisation d'interventions obstétricales et de médicaments non-basée sur les données probantes. On peut la résumer 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 propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie.⁸ »

Cette appellation regroupe ainsi une variété de comportements, d'actes, d'omissions ou d'abstentions commis par les professionnel.les de la santé lors de la période périnatale. C'est ce qu'illustre d'ailleurs la pyramide des violences obstétricales⁹ (Figure 1). Comme le démontre la figure, la violence obstétricale peut prendre forme dans des gestes, paroles ou attitudes brusques, impersonnelles, infantilisantes, manipulatrices, déplaisantes ou induisant la peur. Elle peut également être au cœur de routines hospitalières ou protocoles abusifs prenant socle sur une pathologisation du corps féminin et une médicalisation de la naissance.

⁸ Rogelio Pérez D'Gregorio, Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela, International Journal of Gynecology & Obstetrics, Vol. 111, Issue 3, December 2010.

⁹ Site *Birth Monopoly*, <https://birthmonopoly.com/obstetric-violence/>

Figure 1. Pyramide des violences obstétricales

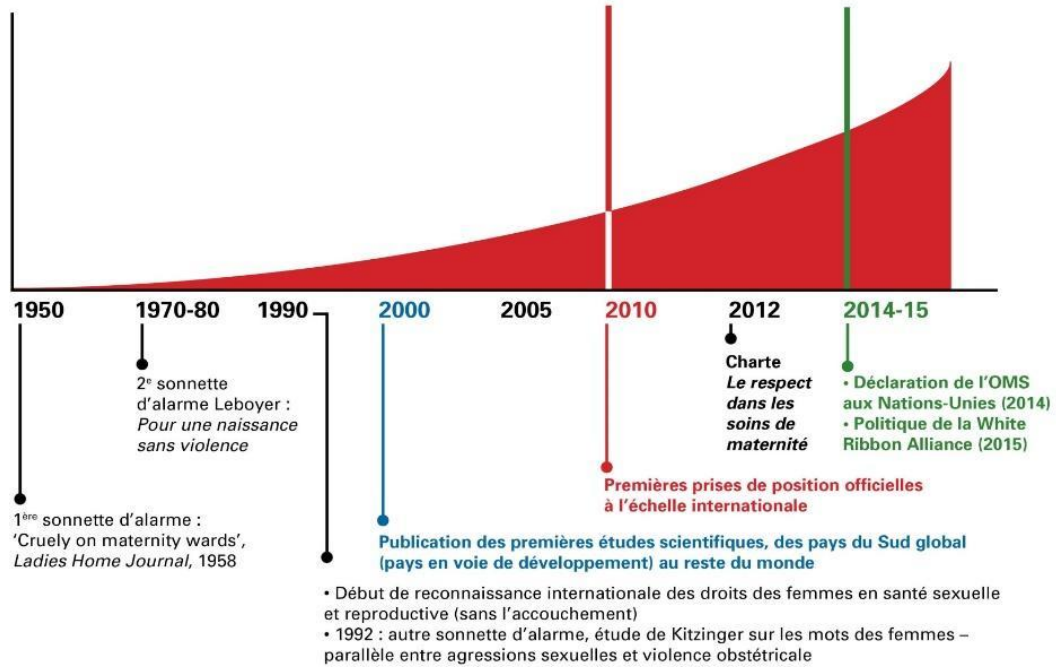


Source: *Birth Monopoly*, <https://birthmonopoly.com/obstetric-violence/>, consulté le 21 mars 2019.

Le tableau suivant illustre les progrès qui ont été réalisés pour faire reconnaître la violence obstétricale comme un problème depuis les années 50. Le tableau s’arrête en 2015, depuis, d’autres initiatives internationales ont été réalisées pour le respect des soins en maternité notamment *l’International Childbirth Initiative* et la recommandation de l’OMS : *Recommandations de l’OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive.*

Vers la reconnaissance internationale de la violence obstétricale

Hélène Vadeboncoeur, 2014



Témoignages de violences obstétricales vécues

Devant une quasi-absence de données quantitatives sur l'expérience de la violence obstétricale, nous relatons ici, des témoignages décrivant les souffrances profondes, le manque de soutien, les interventions non-consenties, les attitudes méprisantes voire même racistes, les préjugés et discriminations désinvoltes, les traumatismes et le sentiment d'avoir été violée dans leur intégrité qui nous sont rapportés par les femmes dont les voix s'élèvent avec de plus en plus de ferveur.

Témoignage 1 – Marie-Ève :

“Je suis une femme, je suis une mère, je suis une littéraire, je suis une femme qui écrit. Je connais le poids des mots. Je connais leur pouvoir : des mots peuvent tantôt se faire plus doux qu'une caresse, tantôt se faire plus violents qu'un coup reçu en pleine gueule. Je suis aussi une femme féministe, militante. Je sais l'importance de trouver les mots pour soi, je sais l'importance de se raconter mille et une fois, en usant des mêmes mots, en usant de mots différents. C'est savoir se construire, c'est savoir se reconstruire. Je sais l'importance de se reconnaître en les mots des autres. Je sais l'importance de dire pour que les maux soient nommés, soient entendus.

Des livres comme « Quand la grossesse ne tourne pas rond » des auteures Géraldine Zaccardelli et Josiane Simard (2018, Québec Amérique éd.) et comme, paru tout récemment, Dans le ventre : histoires d'accouchement dirigé par Elsa Pépin chez Quai no5 (livre qui est déjà en réimpression, preuve d'un intérêt) sont nécessaires pour faire entendre et reconnaître tous ces mots et tous ces maux.

Je suis envieuse de ces livres : des femmes (et des hommes aussi) ont pu investir cet espace trop rare, ont pu chercher la forme, les mots pour dire l'innommable, ont pu – j'ose l'écrire, car je l'espère – être écoutées.

J'ai donné naissance il y a 7 ans et demi à mon fils et je donnerai à nouveau naissance en septembre. Mon premier accouchement a été une expérience traumatique. Depuis 7 ans,

je cherche quoi faire de cette histoire qui a laissé de nombreuses cicatrices au plus profond de mon ventre, des déchirures qui, bien que recousues, refermées, demeurent vives à la surface des tissus et au creux de ma mémoire. Un récit que j'ai raconté tant de fois, à voix basse à une amie ou à un proche, à mon hamster intérieur, à une infirmière, à une intervenante, à une sexologue, à une physiothérapeute, à une ostéopathe, à une gynécologue, à mon chum si patient, un récit que j'ai raconté avec peine, colère, trop souvent avec détachement, une histoire tant de fois racontée pour que « ça » se sache, pour que la violence obstétricale soit dénoncée.

Mon accouchement, je l'avais choisi de façon informée, éclairée, consciemment, et je le considérais comme un choix féministe. J'avais choisi un accouchement physiologique, accompagné d'une sage-femme. Pas d'interventions, pas de monitoring, pas d'hormones de synthèse, pas d'anesthésiant et, surtout, pas d'homme (blanc) entre mes jambes à contrôler ce que je savais mon corps être capable d'accomplir. Je me voulais libre de tout mouvement, capable de prendre toutes les contractions dans les positions de mon choix, guidé par ce qui était peut-être de l'instinct, guidé par les mouvements du bébé, lui aussi en travail. Jusqu'à l'ultime poussée, le travail suivait cette danse, millénaire, savamment organisée par les hormones, une danse dont j'apprenais les pas selon le rythme et la force des contractions, une danse que m'enseignait toutes les femmes du monde derrière moi, en moi. L'imprévisible et la douleur — vive, franche, sans concession, une douleur au plus haut degré jamais n'atteint — m'étaient endurables. Je n'étais pas seule. Je me savais accompagnée dans le plus grand respect de l'épreuve qui était en train de me traverser.

Puis, ça bloque. Réellement. Je vous raconte au présent, tant cet événement tremble toujours en moi. Décélération du cœur fœtal. Le bébé semble coincé, sa trajectoire semble freinée. Par quoi? Comment? Il est pourtant bien engagé dans mon bassin, son cuir chevelu apparaît par moment, mais plus rien ne se passe, et ce, depuis trop de minutes. De longues minutes. Je tente une ou deux dernières poussées. Rien. Détresse fœtale. Il faut me transférer.

Hôpital. Lumière crue. Néons. Rideaux ouverts. Position couchée sur le dos. Pieds dans les étriers. Insertion du cathéter. Masque d'oxygène — que je retire. Bip, bip de moniteurs.

Aucun « Bonjour! » Je me demande si quelqu'un me voit. Aucune main déposée sur moi qui rassure. Touchers vaginaux à répétition. Je demande poliment qu'on m'avise avant de me toucher. Pour seule réponse, je reçois un regard arrogant du médecin, un homme blanc. Je mentionne que je ne suis pas sous l'effet de la péridurale. Je sens tout. Réponse : un sourire qui veut dire « laisse-moi faire mon travail ». J'entends le médecin demander à l'équipe médicale de procéder à un bloc honteux. J'interviens pour demander ce qu'est un bloc honteux; je ne demande pas les risques, seulement une définition. Réponse du médecin : « Votre sage-femme ne vous a donc rien expliqué! » Ma sage-femme se tourne alors vers moi et m'explique d'une voix douce et apaisante qu'on va geler (bloquer) mon nerf honteux qui innerve la région du périnée. Je dis « O.K. »

Puis, ça pousse. Ça recommence à pousser. On me demande d'attendre pour que le bloc honteux agisse. Je tente de retenir ce qui ne se retient pas. Le bloc honteux agit.

Douze étudiant.e.s entrent dans la chambre. Une étudiante prend une chaise et s'assoit devant mon vagin ouvert. Elle est maquillée avec soin. Très jolie. Elle m'adresse un sourire comme si elle me remerciait pour le spectacle qu'elle s'apprêtait à voir. Je suis choquée de cette image produite, celle du spectacle. Elle me frappe de plein fouet. Je sais que ces étudiant.e.s sont là pour apprendre. Mais c'en est trop. **Je ne veux PAS que l'on m'observe comme un objet d'étude.** Je veux que l'on respecte la femme que je suis en ce moment, une femme qui accouche, qui est inquiète, qui souhaite que cette expérience la transforme, qui veut une seule chose : donner naissance à un bébé vivant; je n'espère même pas un bébé en santé, je veux un bébé vivant et c'est tout. Je suis capable que d'un raisonnement simplifié, noir ou blanc. Je ne verbalise pas le fil de mes pensées, incapable d'exprimer à ce moment toute logique. Je perds contact avec ce que je suis, mes valeurs, mes principes, mes émotions. Je deviens une femme gelée. Je ne sens ni les contractions ni la tête du bébé qui jusqu'alors m'infligeait de sacrées douleurs dans le bas du dos. **Ce n'est pas pour moi un soulagement, cette anesthésie est une violence. Je me sens dépossédée.**

On enfonce les forceps, on commence à tirer, ça fait mal, terriblement mal. Dans le même temps, on appelle l'anesthésiste pour une césarienne d'urgence. Les forceps plantés en

*moi, l'anesthésiste qui court dans le corridor (aux dires d'une infirmière qui lance cette phrase au médecin), je ne comprends plus rien de la scène qui se joue sans moi. **Le médecin dépose chacun de ses pieds sur les roues du lit. Une infirmière s'accote contre son dos pour le maintenir en position. Il tire de toutes ses forces. Je hurle, je souffre. Je crie : « Vous me charcutez! » Une infirmière se penche sur moi et me dit qu'il est normal de sentir un peu les forceps sous péridurale. JE NE SUIS PAS SOUS PÉRIDURALE CÂLISSE.***

*Jamais, dans cette salle, on ne me portera de l'attention. Maintenant, je le sais. Ce que je demande est pourtant simple : qu'on m'écoute, qu'on respecte ma douleur, qu'on respecte l'expérience que je vis. À cet instant, j'abandonne tout combat, celui de faire respecter mes droits, puis m'envole dans une dimension hors de mon corps. Les forceps enfoncés continuent à me ravager l'intérieur. La douleur n'est que souffrance. **Et... ces deux phrases qui m'arrivent d'un coup, qui pénètrent mon esprit dans un élan de grande lucidité : « Voilà précisément la douleur que ressentent les femmes qui se font violer en temps de guerre. Je suis une femme violée à coups de couteau. »** Ces deux phrases, je mettrai des années à m'en remettre, encore plus longtemps que les déchirures au 3^e degré et les lacérations profondes bilatérales qui ont causé une importante hémorragie. Si une seule personne de l'équipe médicale m'avait écoutée, avait pris ma main durant l'insertion et la manipulation des forceps, m'avait accompagnée dans cette souffrance, je suis certaine que mon esprit n'aurait pas produit ces deux phrases torturantes.*

Je pourrais longuement continuer ce récit en vous disant que mon fils est né des forceps, en ne poussant aucun cri, mon conjoint à côté de moi qui pleurait de toutes ses larmes. On ne savait pas : mort ou vivant? Ça été long, très long. Puis, un petit bras s'est levé, pas de cri, mais un geste : comme un « Bonjour! Je suis là! » Premier « Bonjour » depuis mon transfert. Après encore de longues minutes, on me montre mon bébé emmaillotté. On me ne le donne pas. On me le montre quelques secondes. Nous avons tout juste le temps de nous voir. Pour nous reconnaître, on repassera, car, moi, je dois partir me faire « réparer ». Je pourrais vous raconter ces six longues heures à me faire recoudre, séparée de mon bébé, sans savoir pourquoi on l'avait amené en soins néonataux. Je pourrais vous dire que

derrière le champ stérile, on jasait d'achat de condo et de vente de maison pendant que moi je tremblais de tout mon corps et que je pleurais à chaudes larmes, toujours sans comprendre la situation, maintenue dans l'ignorance. **Mais de toute cette histoire, aucun mot écrit ne reste, seuls restent les mots stériles du dossier médical : la marque et le numéro de série des forceps, suivis de ces deux mots : « anesthésie inadéquate ». On savait donc!** Que j'aurais souhaité que soit inscrite la note suivante : « empathie offerte ». Or, l'empathie ne semble pas avoir été prévue dans aucun protocole à suivre. Ces mots « empathie », « considération », « accouchement respecté » et « dignité » sont à faire entendre, aussi haut et fort que les sons qu'émettent les femmes en contractions, aussi haut et fort pour qu'une prise de conscience advienne, pour que les départements d'obstétrique se remettent en doute, se questionnent et changent.

Durant cet accouchement, je n'ai pas vécu de deuil au sens littéral du terme, mais j'ai vécu celui d'avoir perdu ma dignité.

Ne pouvant savoir comment se déroulera mon deuxième accouchement, je travaille à donner un sens au premier en participant notamment à des ateliers offerts par l'organisme Alternative Naissance, qui a entre autres formé un groupe pour femmes ayant vécu un accouchement difficile. Ici, en compagnie d'autres femmes, j'y vide mon sac. **On s'écoute, on se raconte pour que nos expériences individuelles atteignent peu à peu l'espace collectif, soit ce lieu qui donne à entendre la violence faite aux femmes.**

Certes, des efforts ont été faits, des batailles ont été menées, des avancées ont eu lieu pour humaniser l'accouchement, mais on doit se le dire : **la chambre d'hôpital** destinée à l'accouchement demeure dans l'ombre des projecteurs, elle se terre dans un angle mort. Pour que ça change, cette chambre doit vite entrer dans l'espace public et politique.

Ne disons-nous pas, depuis les années 60, que le personnel et le privé sont politiques? Il urge d'élever nos voix pour que les regards se tournent vers cet angle mort. "

Témoignage 2– Ariane :

*"J'ai donné naissance à mes quatre enfants par césarienne. **Chaque fois, on m'affirmait que la raison pour laquelle je ne pouvais accoucher par voie basse était parce que mon bassin était trop petit (sans examen ou radiographie pour confirmer ou non cette affirmation...)**. Avant une des césariennes et après avoir reçu la péridurale, j'ai dit au chirurgien que j'avais encore de la sensation sur mon ventre. On m'a administré une autre dose de péridurale en me disant que d'ici 5 minutes je ne devrais plus rien sentir. **Sans révéifier mes sensations, l'opération débute. C'est alors que je me mets à crier de douleur et qu'on me met sous anesthésie générale...** Depuis, je suis devenue accompagnante à la naissance et j'organise des événements autour de l'expérience de grossesse et d'accouchement des femmes noires (racisées et/ou marginalisées) pour démystifier les mythes qui circulent depuis longtemps sur le corps des femmes noires et leurs accouchements. J'ai aussi accompagné des femmes migrantes demandeuses d'asile enceintes ou nouvellement mères."*

*En tant qu'accompagnante à la naissance j'ai eu le privilège d'accompagner des femmes migrantes. Malheureusement, durant ces accompagnements certaines de mes collègues et moi avons été témoins d'horreurs. Par exemple, cette femme à qui l'hôpital avait donné rendez-vous pour un déclenchement, sans justification ou urgence. Quand elle se présente vers 7h, on l'a fait attendre près de 2h avant que la réceptionniste ne lui explique que finalement il n'y a pas de place et qu'elle devra revenir. On l'envoie faire une échographie dans un autre département. **Elle avertit qu'elle ressent des douleurs mais personne ne la prend au sérieux.** En arrivant dans la salle d'examen, on lui confirme que le travail est commencé. Il faut donc qu'elle retourne au triage de la maternité. Je suis arrivée à ce moment. Je l'aide à se rendre et pendant qu'elle se change je sors et j'entends la réceptionniste dire à l'infirmière: « **she's just a refugee anyway** » (de toute façon, ce n'est qu'une migrante). Je vous épargne les autres détails mais cette grossesse s'est terminée en césarienne parce que « le travail ne progressait pas assez vite »... aucune détresse fœtale ou maternelle...*

Ou ce cas où après un long travail la dilatation stagne à 8 cm. La mère, arrivée au pays depuis au moins 10 ans, femme vivant dans une situation de précarité et devant s'occuper de 4 de ses 6 enfants, insiste pour avoir une césarienne parce qu'elle sent que quelque chose ne va pas. Il lui faudra attendre quelques heures avant qu'elle soit amenée d'urgence en salle d'opération. Tout ce dont elle se souvient c'est d'avoir vu énormément de sang tomber au sol avec plusieurs compresses trempées être lancées au sol. Elle leur demande si tout ça sort d'elle et on lui répond très vaguement que oui. Ce n'est qu'à la visite postnatale à domicile qu'elle remet le dossier que l'hôpital lui avait remis à l'infirmière. Cette dernière (l'infirmière du CLSC) lui fait comprendre qu'elle aurait pu mourir, qu'elle a reçu deux transfusions sanguines et plusieurs doses de fer par intraveineuse pendant la césarienne. Choses que personne ne lui avait mentionné pendant son séjour à l'hôpital...

Témoignage 3 - anonyme

*“I have given birth twice. In both cases my labor lasted more than 10 hours and my contractions came strongly and quickly – barely minutes apart throughout. My first baby boy was born through what was called an ‘emergency c-section’. There were complications that were never clearly explained to me. I spent the next two months receiving daily medical treatments. **Traumatized by the experience, I wondered if I could ever give birth again.***

*Four years later I gave birth to my second baby boy. He was born vaginally and naturally. Unfortunately, I had third degree tearing and had to leave the Maison de Naissance to be stitched up at the nearby hospital. **The physical pain I have endured bringing my two boys into the world pales in comparison to the emotional and mental trauma I have faced at the hands of a few of the medical professionals who have ‘cared’ for me.***

*I first met Dr Allan Climan, in his office, 10 weeks into my second pregnancy (April 2015). Within the first few minutes of that meeting he told me that it looked like I “had a great little body and that he ‘couldn’t wait to see me naked and examine me”. As **the conversation went on, he made repeated references to wanting to see my “beautiful***

vagina". I tried to redirect the discussion, telling him that my first pregnancy had ended in a c-section and that I really would have preferred to have had a vaginal birth. I told him that I would like to try and have a vaginal birth this time. **I told him about how the c-section and the recovery had been traumatizing for me. His response was to tell me that "the first thing I needed to know is that sex is never the same after a vaginal birth".** He then looked at my husband and told him "it won't feel as good for you anymore". Most references to my vagina were in relation to sexual intercourse. Very little attention was given to my health and my wishes for my pregnancy. During the "consultation", he said "cute little vagina, pretty little vagina, nice little body" 3 or 4 times. **After a rough pelvic exam, undertaken without forewarning, he said "Look when you're having sex, you lift your buttocks and clench your vagina around the penis and that's good for sex and it makes your partner say Oh my God baby I love you", but you're making it difficult for me to examine you".**

There was no room left for question – there was no way we would return to this doctor. It took me a few minutes to compose myself before leaving the office with my husband. **I felt violated, sad and discouraged.** On the way out of the office I was struck by the many women sitting and waiting to see the same doctor. Heavy bellies suggested some of those women were only weeks away from giving birth. **I couldn't imagine that they might have spent their entire pregnancy having checkups with that same doctor.** I was particularly struck by the fact that the majority of these women were wearing traditional clothing from other countries and cultures. I then wondered if they were new to Canada. How long had they been here? **I doubt I am the first or the only woman that Allan Climan has spoken to in such a distasteful, disrespectful and condescending nature whilst carrying out his medical practice. I wondered if these women had faced the same type of abusive behavior I had.** If so, I wondered if they knew that they had a choice. That it's not acceptable. That they don't have to put up with it, that they can speak up about it.

Within hours of that appointment I wrote my letter of complaint to the Collège des Médecins du Québec. It has taken more than 3 years to pass before the judicial hearing committee of the CMQ. The committee believed me. The doctor has been found guilty of

violating a number of sections of the CMQ code of conduct. It will be several months before a penalty or punishment is decided.’’

Témoignage 4- Isabelle :

*Cette année j’ai senti la vie se déployer en moi. J’attendais avec fascination le moment où cette vie allait glisser hors de moi. **Malheureusement, ce moment n’est jamais venu. 22 heures plus tôt, ma médecin a déclenché le travail par peur qu’une autre semaine de grossesse ne me fatigue trop... ou par peur du handicap.** Pourtant, un déclenchement avec un col non dilaté est une entreprise périlleuse qui se solde presque assurément par une césarienne. **La peur de l’inconnu, la peur du corps qui transgresse les normes a eu raison de mon accouchement.** En 22 heures de travail, mon col n’a pas bougé. On m’a donné une deuxième dose d’hormones alors que c’était écrit dans mon dossier que mon corps est très sensible aux médicaments et de les utiliser avec parcimonie. Mon utérus s’est emballé, ce fut la catatonie.*

*Le cœur fœtal ne va plus, c’est l’urgence. Me voilà maintenant, mon nouveau-né dans mes bras, en état de choc, immobile à me demander si j’ai accouché. Je viens de vivre une course à relais, dans trois chambres d’hôpital différentes dans une aile pourtant récemment rénovée. Je me retrouvais maintenant dans une quatrième chambre, dans une vieille aile pas du tout adaptée à mon corps de maman en situation de handicap. On m’avait pourtant promis de me laisser dans l’unité rénovée. **Je me débrouille comme je peux, regardant mon fauteuil motorisé garé à la porte. Entre deux soubresauts de douleur, je tente de prendre soin de mon fils, sans aide particulière, sans accès à rien.***

Témoignage 5- Véronique :

‘‘ On m’a volé mon accouchement

*J’ai dû faire le deuil de mon premier accouchement, de ma césarienne. **J’ai tout le temps un sentiment de vide, un sentiment de m’être fait voler mes accouchements.** Au deuxième, j’étais la première depuis une dizaine d’années qui tentait un AVAC à cet hôpital. Tout le monde était très nerveux : ma famille, les intervenants, les amis proches. Peu de personnes*

croyaient en mon projet : mon chum, mon accompagnante, ma mère et ma belle-sœur. Personnellement, je mettais déjà beaucoup d'énergie à bâtir ma confiance en moi. Je n'avais pas l'énergie de bâtir celle des autres.

À l'hôpital, je me rappelle : le plancher froid, les murs blancs, plein de monde qui rentraient et sortaient de l'hôpital pendant l'heure du dîner et qui me regardaient. Moi j'avais une jupe, pas de bobettes, l'eau me coulait sur les jambes à chaque contraction. Je me disais « ayoye, là, faut que j'affronte, comme tout le monde! ». La bulle de l'intimité, la chaleur que j'avais chez nous, je ne la retrouvais plus. Ça m'a complètement déstabilisée.

J'étais couchée sur le dos. Les infirmières me tenaient les jambes. À mon grand soulagement, je n'avais pas les pieds dans les étriers. Ce n'était pas l'accouchement dont j'avais rêvé, mais ce n'était pas si mal après tout.

Aux premières poussées, tout de suite il a couronné. J'étais super contente. Les infirmières, la docteure aussi. Tout le monde était enthousiaste. Puis, le gynécologue est arrivé. D'office, il a considéré que le bébé devait sortir au plus vite. Les gens autour ne comprenaient pas parce que ça faisait tout juste 20 minutes que je poussais, j'aurais dû encore avoir le temps. Le cœur du bébé ne décèlerait pas. Rien ne justifiait l'urgence du gynécologue.

Le gynécologue donnait des ordres, il était très directif avec la docteure. Tout d'un coup, il décrète : « OK on coupe! ». Je sentais l'incompréhension de la docteure. Et moi, j'étais contre l'épisiotomie. J'ai crié : « NON, PAS D'ÉPISIO! ». La docteure a demandé : « êtes-vous sûr qu'elle a besoin d'une épisio? ». Je me rappelle avoir pensé que si elle ne voyait pas l'utilité d'une épisiotomie, ça voulait sûrement dire que je n'en avais pas besoin. Alors je continuais de crier, d'hurler : « PAS D'ÉPISIO ». Le gynécologue a regardé la docteure et il a dit « TU COUPES! ». Ils m'ont coupé et le bébé ne sortait pas plus.

Le gynécologue a pris un petit banc, il est monté dessus, il a placé ses mains sur mon ventre et il a commencé à sauter en appuyant très fort sur mon utérus (Manœuvre Kristeller).

Il sautait vraiment très haut, au-dessus de la tête de mon chum qui était debout à côté de moi. Au début je me disais que c'était pour faire sortir le bébé et j'essayais d'endurer la douleur. Mais, ça m'a fait tellement mal... Je lui ai crié qu'il me faisait mal, qu'il devait arrêter. Mais il n'arrêtait pas. Et le bébé ne sortait pas plus.

Ma belle-sœur, elle, est sortie parce qu'elle ne pouvait plus supporter la situation. Personne ne comprenait ce qu'il faisait. Appliquer cette manœuvre sur un utérus cicatrisé est très dangereux. Il aurait pu tout faire ouvrir. Plus tard, après l'accouchement la docteure a dit que c'était un comportement barbare. Mais sur le coup elle a mis du temps à réagir. À un moment donné, c'était comme si elle venait de se réveiller au milieu de toute cette folie, puis elle lui a proposé : « on change de place ». Elle s'est placée sur le côté et elle a exercé une légère pression avec douceur. Aussitôt, le bébé est sorti.

*J'ai vécu ça comme un manque total de respect. Je ne tolère plus que qui que ce soit me touche. Depuis, j'ai donné naissance à mon troisième enfant. Je n'ai jamais eu autant de force psychologique et physique que depuis que j'ai mis au monde ma fille par voie naturelle. Je me sens invincible. **On m'a volé mes deux premiers accouchements, mais le troisième je l'ai eu naturellement, comme je voulais!***

*Je trouve que dans la vie d'une femme, donner naissance est une chose énorme! Mais c'est complètement banalisé dans la société aujourd'hui. **Mon rêve serait que toutes les femmes prennent contrôle de leur propre accouchement de A à Z.**''*

Amplification des rapports d'oppression

Alors que la naissance devrait être un moment d'une grande beauté par lequel la femme avec toute sa puissance met au monde à la fois une mère, elle-même, et son enfant, on constate plutôt par les témoignages recueillis par le RNR que celle-ci peut être une situation de grande vulnérabilité et de violence. Au lieu de conserver un souvenir merveilleux de ce grand moment, les femmes rencontrées témoignent plutôt de colère, tristesse et confusion. Les violences perpétrées envers les femmes sont la résultante d'un système patriarcal parcouru par de multiples rapports d'oppression. Ainsi, les violences obstétricales peuvent s'avérer d'autant plus difficiles, voire plus fréquentes puisque leur consentement est moins recherché par l'équipe médicale, lorsque ces violences sont vécues de manière différenciée selon la position sociale de la femme. C'est ce que souligne notamment l'expérience d'Ariane, une femme racisée qui a vécu des violences obstétricales basées à la fois sur un racisme systémique et un sexisme ou encore, d'Isabelle, une femme en situation de handicap pour qui l'expérience de violence obstétricale s'articule autour des axes d'oppression de genre et de capacité. Leurs vécus de violence obstétricale est teinté de ces rapports de pouvoir inégalitaires et ils nous permettent de mieux comprendre comment ils peuvent se manifester. Une femme n'aurait donc pas droit à la même dignité lors de son enfantement qu'elle soit racisée ou non, immigrante ou native, de statut socio-économique défavorisée ou bien nantie, trans ou cisgenre, etc. En effet, c'est en interdépendance avec les autres rapports d'oppression que chacune de ces positions sociales contribue à la situer dans l'accès aux soins et aux ressources ainsi qu'à des conditions sociales favorables ou défavorables pour vivre un accouchement respecté. Certaines femmes se voient donc refuser l'accès à des soins de qualité prodigués de manière humaine et non-dégradante ou contraintes à des procédures médicales inutiles affectant négativement leur autonomie corporelle et leur capacité d'agir et de décider en toute liberté de ce qui concerne leur corps pendant leur accouchement, non seulement parce qu'elles sont des femmes et que la société accorde peu d'importance à leurs droits et leurs besoins, mais également parce que certaines sont prises à l'intersection d'autres rapports de pouvoir inégalitaires. Nous vous

invitons d'ailleurs à consulter le dossier Maternité et Médecine de la revue *À Bâbord*¹⁰ pour lequel le Regroupement Naissance Renaissance a contribué et dans lequel on retrouve des textes et des témoignages importants à propos notamment du racisme systémique en périnatalité au Québec, des situations tragiques vécues par les femmes sans statut et le non-respect de l'intégrité corporelle des femmes en situation d'handicap lors de la période périnatale.

La réalité autochtone à l'intersection de la colonisation et de la violence obstétricale

En tant que position sociale spécifique, le fait d'être une femme autochtone constitue, dans la société canadienne actuelle, un désavantage considérable en termes de rapports d'oppression. Le RNR a cosigné l'avis de l'Association des femmes Cris de Eeyou Itschee soumis à la *Commission Viens*, commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec mettant en lumière un certain colonialisme et un biais pro-blanc. Cet avis est issu d'un cercle de parole qui a eu lieu durant l'Assemblée générale de septembre 2018. Le RNR réitère ici son appui à leur demande que cessent l'isolation, l'extraction, l'ostracisme et les microaggressions vécues par près de 50% des femmes enceintes de leurs communautés. Durant la période périnatale, les femmes, porteuses de la vie et du futur, rapportent avoir vécu ashtemhaagaanawao, un mot Cri voulant dire le « mépris pour la vie ».

Présentement, 32% des femmes autochtones subissent une césarienne, entre 350 et 425 femmes sont renvoyées de leurs communautés au plus tôt à 32 semaines de grossesse. Elles doivent quitter leurs communautés seules et laisser leurs autres enfants dans une situation pouvant être violente pour aller accoucher dans les villes au sud. Elles dénoncent des taux élevés de césariennes.

Par ailleurs, elles sont renvoyées par avion dans leur communauté dans un délai trop court pour avoir eu le temps de récupérer. Elles dénoncent des pratiques qui ne respectent pas leur culture et leur vision de l'accouchement et qui imposent que leurs enfants naissent loin

¹⁰ <https://www.ababord.org/Maternite-et-medecine-Silence-on-accouche>

de leurs communautés. Voici un extrait de l'avis: « Presently, women have to leave Iiyiyuu Istchee to give birth in hospitals located in urban centers such as Val d'Or, Chibougamau or Montreal. Annually, between 350 to 425 women are sent away from their family between 36 to 38 weeks, and as early as 32 weeks to await the birth of their child. The Cree Health Board and Social Services of James Bay covers the cost for an escort to join them at 39 weeks. Around two-thirds of Iiyiyuu Istchee child births are in Val d'Or and a quarter, in Chibougamau. This represents 30-50% of the births in these centers. The meaning of the birth of a baby is more than an addition of a family member. In relation to our sacred circle, birthing is the center and it symbolizes the hope, the future and the meaning of becoming a spirit. Birthing is the first rite of passage: «Life is a special and sacred ceremony, it should not be a time to transfer fear. As part of the necessary decolonization process required to implement healing between Indigenous Peoples and certain public services in Québec: listening, reconciliation and progress, and in order to move toward greater respect for the values and knowledge of the Iiyiyuu-Iiyinuu Iskweuch, all public services should recognize and restore our birthing practices and Indigenous midwifery to stem the systematic evacuation of women and guarantee the respect of all our human rights »¹¹.

Des instruments de droits existants

Le RNR tient à souligner que sur papier, les droits des femmes sont fortement encadrés par des textes de lois. En revanche, nous notons un écart important entre ces droits et leurs applications réelles. Nous ferons donc un tour d'horizon des droits non respecté au Québec dans le contexte de santé sexuelle et reproductive et qui constituent des violences faites aux femmes.

Les droits de la personne sur son corps : **Le droit à l'intégrité, à la dignité et à l'autonomie** de chaque personne est conféré par la Charte canadienne des droits et libertés et la Charte des droits et libertés de la personne (QC). On considère donc que la personne a le droit au respect, elle a le droit de faire des choix la concernant, quelles qu'en soient la

¹¹ Voir en annexe 3 pour l'avis complet.

nature ou les conséquences. Souvent, dans des cas de violence obstétricale, ces droits sont brimés.

Le **Droit à l'inviolabilité de la personne**, donc d'être protégé par toute forme d'atteinte qu'une autre personne peut lui porter est conféré par : l'art. 1 de la Charte des droits et libertés de la personne (QC), L'art. 7 de la Charte canadienne des droits et liberté, L'art. 10 du Code civil du Québec. De plus, l'art. 265 du Code criminel prévoit une infraction pour voies de fait à l'égard de toute personne qui porte atteinte à l'intégrité d'une autre sans son consentement. Ce droit est également reconnu par le Code de déontologie des médecins qui stipule que le consentement libre et éclairé doit être obtenu avant toute intervention, notamment aux articles 4, 28, 29, 30, etc.

Le **Droit à l'autonomie de la personne**, donc de disposer de son corps comme elle veut, est conféré par : la Charte canadienne des droits et libertés et la Charte des droits et libertés de la personne (QC); sous le concept du droit à la liberté de la personne.

De plus, nous constatons que le consentement aux soins est un droit souvent bafoué en période périnatale. Des témoignages affluent concernant le non-respect de ce droit au Québec.

La notion de consentement est conférée par : l'art. 9 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et l'art. 11 du Code civil du Québec. Il est important de souligner que le consentement n'est valide que s'il est libre et éclairé, donné par la personne elle-même ou un tuteur légal, de façon verbale ou écrite. Il peut en outre être retiré à tout moment. Le consentement est également un processus continu et perpétuel et ne s'arrête pas tant que l'épisode de soin n'est pas terminé.

La notion de consentement libre est conférée par : l'art. 10 du Code civil du Québec et l'art. 28 du Code de déontologie des médecins. Un consentement libre signifie l'expression de la volonté de la personne donné : sans influence indue, pression, menace ou intimidation. Sans résulter de l'altération des facultés de la personne. Sans erreur sur le traitement ou sur la personne qui le reçoit.

La notion de consentement éclairé de la personne (donc le droit d'une personne au maintien de son état) est conférée par : l'art. 10 du Code civil du Québec et l'art. 28 du Code de

déontologie des médecins. Un consentement éclairé signifie que la personne doit être en mesure de prendre sa décision en toute connaissance de cause. Donc, le professionnel.le de la santé doit partager avec le patient.e toutes les informations qu'il détient pour que la personne puisse prendre sa décision, et ce dans un langage clair et accessible au patient.e. Le médecin peut même recommander certaines lectures pour contribuer à sa prise de décision.

Enfin, au Québec, il est inscrit dans la loi que la personne devrait pouvoir avoir le droit de choisir le professionnel.les ou l'établissement pour les soins. Ce droit est conféré par : l'art. 6 et 259.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi sur les sages-femmes.

Tous ces droits ont comme trame de fond la Déclaration universelle des droits de l'homme et sont également inscrits dans documents du droit international produit par des organismes tels que l'OMS. On pense notamment à l'International Childbirth Initiative (ICI) ou la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes.

Au Québec, il est possible de porter plainte à plusieurs instances, entre autres au Collège des médecins qui pourra prendre la décision d'amener ou non le ou la professionnel.le devant le conseil de discipline. Cependant, s'il n'y avait pas de témoins autre que la femme qui a subi des violences, historiquement, le Collège des médecins ne donnera pas suite : on ne croit toujours pas la parole des femmes même lorsque plusieurs plaintes sont portées sur une période plus ou moins longue. Dans le cas où le Collège des médecins décide d'aller de l'avant, la procédure est extrêmement longue. La dernière plainte dont le RNR a été mis au courant a pris quatre ans pour aboutir. Tout ceci fait en sorte que le processus de plainte est accessible qu'à certaines femmes qui ont les connaissances nécessaires, les ressources et l'énergie de se battre pendant des années. Nous retrouvons sensiblement les mêmes problèmes dans les autres instances où il est possible de porter plainte, soit : l'Ordre des sages-femmes du Québec, le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services, le Régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux.

Nous constatons également que bien que les ordres professionnels aient pour mission de protéger le public, ils sont souvent administrés de façon à protéger la réputation de la profession et ses membres. De même, les instances au sein de la santé publique tendent à ne pas vouloir ébruiter les plaintes afin de protéger la respectabilité du réseau.

De plus, aucune loi au Québec ne reconnaît la violence obstétricale et elle est peu, voire pas du tout, reconnue dans le milieu de la santé, du juridique et de la politique. Même au sein du milieu militant féministe et des organismes féministes, on comprend parfois encore mal ce qu'est la violence obstétricale et gynécologique et comment l'insérer dans les luttes contre les violences sexuelles et genrées. Lorsque l'on parle de violence sexuelle et genrée au Québec, on fait référence aux agressions sexuelles, aux harcèlements, à la violence conjugale en oubliant au passage les violences obstétricales et gynécologiques. Pourtant, ces violences se produisent par les mêmes mécanismes : absence de consentement, relation de pouvoir, refus de laisser l'autonomie de leurs corps aux femmes.

Au Québec, seulement 4% des plaintes formulées au Collège des médecins aboutissent devant le conseil de discipline. Des chiffres fort éloquentes qui ressemblent à s'y méprendre aux taux de condamnation en matière d'agressions sexuelles. Une comparaison qui peut surprendre et qui est largement réfutée par la communauté médicale, qui se défend en disant que les soignant.es performant seulement des actes médicaux. Cependant, nous insistons pour dire haut et fort que les violences obstétricales et gynécologiques font partie du continuum de violences sexuelles et genrées. Un toucher vaginal est certes un acte médical parfois nécessaire. Cependant, cet acte médical, lorsqu'il est effectué sans le consentement préalable de la personne qui le subit, devient alors une violence à caractère sexuelle qui se définit, selon l'université d'Ottawa, comme « tout acte sexuel ou mettant en cause la sexualité, l'identité sexuelle ou l'expression de l'identité sexuelle d'une personne, qu'il soit de nature physique ou psychologique, qui est commis, qu'on menace de commettre ou qui est tenté contre une personne sans son consentement ». L'association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ), le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (MSSS) ainsi que le Collège des médecins du Québec (CDM) semblent faire la sourde oreille pour l'instant. Les acteurs.trices du milieu de l'obstétrique clament que le consentement est au cœur de la déontologie médicale et que, par conséquent, ces violences

n'existent pas. Le RNR est d'accord que les instruments de droits sont bien rédigés, mais là où le bât blesse, c'est dans la pratique et dans le vécu rapporté par des centaines de femmes depuis de nombreuses années.

Recommandations

En résumé, le RNR dénonce le manque d'investissements sincères de la part des instances gouvernementales ainsi que des différentes associations professionnelles pour prévenir et réduire les violences obstétricales. En dépit du nombre grandissant de témoignages de violence obstétricale, la parole des femmes victimes de violences obstétricales semble encore grandement banalisée et ignorée. La réflexion doit également avoir lieu avec et entre les professionnel.les de la santé. Ce qu'il faut viser comme société est un changement de culture. Étant donné que la violence obstétricale est un type de violence à l'égard des femmes qui est souvent négligée et banalisée, le RNR recommande:

- Reconnaître officiellement au sein des politiques publiques la violence obstétricale comme une forme de violence faite aux femmes. Il en découlera ainsi une inclusion de ce type de violence dans les différents plans d'action gouvernementaux visant la sensibilisation, la prévention et la réduction des violences faites aux femmes.
- Intégrer la violence obstétricale dans les événements tels que la *Marche mondiale des femmes* et les *Journées d'action contre la violence faite aux femmes* (du 25 novembre - *Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes* - au 6 décembre – *Journée nationale de commémoration et d'action contre la violence faite aux femmes*)
- Mettre en place une enquête publique pour déterminer l'ampleur des violences obstétricales au Québec.
- Compiler des données annuelles sur les interventions médicales pratiquées. L'absence de données constitue une barrière majeure à l'évaluation des violences obstétricales.
- Réviser le mode de rémunération à l'acte des médecins.
- Repenser la formation en médecine, notamment en bonifiant les offres de formation concernant le consentement, la relation d'aide, la sécurité culturelle et la relation de pouvoir existante entre le.la patient.e et le.la médecin.
- Former tous les professionnel.les incluant les infirmières, les techniciens et autre personnel en obstétrique sur le consentement libre et éclairé, la relation d'aide et sur la sécurité culturelle et que la présence de déclencheurs de traumatismes liés à la colonisation soient éliminés.
- Améliorer le processus pour déposer les plaintes et le rendre plus accessible, notamment en soutenant les personnes qui portent plainte.

- Mettre en place une législation pour protéger les dénonciateurs (professionnel.les de la santé ou intervenants communautaires en périnatalité) qui osent dénoncer des pratiques inacceptables et non respectueuses des droits des femmes.
- Mettre en place de réelles conséquences et possiblement d'amendes pour les établissements et individus qui perpétuent la violence obstétricale.
 - Remettre les femmes et les personnes premièrement concernées au centre des soins. Actuellement, ce que nous observons, c'est plutôt que les soignant.es et leurs besoins sont mis à l'avant-plan.
- Soutenir la présence de personnes de confiance auprès des femmes qui donnent naissance. Cette présence peut jouer un rôle primordial dans la dénonciation, car aux yeux des instances de protection des citoyennes, les témoins de violence obstétricale peuvent assurer une certaine légitimité des plaintes déposées
- Couvrir gratuitement la totalité des soins périnataux pour toutes les femmes migrantes à statut précaire indépendamment de leur statut migratoire.

De plus, le RNR appuie, sans équivoque, les recommandations du RAFIQ :

- Rendre accessible les services d'accompagnement psychosocial, de chirurgie réparatrice et d'assurance-maladie
- Démystifier l'action politique
- Offrir du soutien récurrent (pas de financement par projet) qui tient compte du long terme du changement social attendu
- Poursuivre la sensibilisation dans les communautés, les écoles, professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que la société d'accueil.
- Renforcer l'aspect juridique dans l'accompagnement des femmes lors de dépôt des plaintes et vulgarisation de la criminalisation de l'acte au Canada

Conclusion

Bien que cet avis trace un portrait assez sombre des soins accordés en santé reproductive et particulièrement lors de l'accouchement au Québec, la nouvelle Ministre de la Santé, Danielle McCann nous semble plus ouverte que ces prédécesseurs sur plusieurs points. Nous souhaitons noter que la ministre a décidé de réinstaurer le Commissaire à la santé et au bien-être, une mesure intéressante et qui contribuera à assurer une lecture indépendante du système de santé et de ses lacunes. Récemment, la ministre déclarait: « Notre gouvernement s'est engagé à rétablir rapidement le poste de Commissaire à la santé et au bien-être, qui est actuellement inactif. Nous croyons qu'il est essentiel, au Québec, de pouvoir compter sur un organisme indépendant qui peut analyser la performance du réseau de la santé et des services sociaux, formuler des critiques constructives et proposer des recommandations pour améliorer l'accès aux soins ».

Bien que cette mesure soit positive, il faudra beaucoup plus d'efforts soutenus et de collaborations interministérielles pour améliorer les soins obstétricaux et gynécologiques et mettre en place des mesures concrètes pour changer les pratiques, protocoles, attitudes et l'organisation des soins problématiques qui contribuent à créer un climat d'inégalités sociales propices à la violence. Par exemple, la ministre de la santé pourrait instaurer un dialogue avec la ministre de la justice et la ministre de la condition féminine pour explorer des pistes d'action communes. Nous pensons que la rapporteuse peut jouer un rôle positif en interpellant les élu.es pour reconnaître les violences obstétricales et mettre en place des mesures concrètes pour élaborer une enquête, rendre accessible les données, rédiger des politiques et former les intervenant.es dans toutes les institutions publiques.

Il importe de reconnaître cette forme de violence systémique genrée qui s'insère dans le continuum des violences sexuelles, car elle affecte un nombre non-négligeable de femmes et a le potentiel d'avoir un impact néfaste sur leur agentivité, de perpétuer les inégalités et d'être amplifiée au prisme de la position sociale spécifique d' une femme en termes notamment de « race », de classe, de nationalité, d' âge, d'identité de genre, de statut de migration, de sexualité, d' ethnicité, de capacité, et d'autres caractéristiques qui composent son identité. Le respect des droits universels des femmes et des personnes qui

accouchent devrait être visé par tous les établissements publics, ainsi que la société civile. C'est un facteur primordial qui assurerait l'élimination des violences obstétricales.

Bien qu'au Canada, la santé soit une responsabilité provinciale, le gouvernement canadien a la responsabilité de s'assurer que les droits enchâssés dans la charte canadienne et dans les pactes internationaux dont il est signataire soient respectés. La santé doit également être vue avec une approche globale qui tient compte de tous les déterminants sociaux de la santé incluant les impacts socioculturels d'une société encore imprégnée de la culture du viol. Dans un monde où l'on voit des reculs à tous les jours sur les gains obtenus de chaudes luttes et où les droits des femmes de décider pour elles-mêmes si elles veulent avoir des enfants et si oui, de pouvoir le faire dans le respect de leur autonomie sur leur propre corps, nous nous devons de demeurer vigilantes.

Nous faisons appel à la rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les violences envers les femmes pour qu'elle interpelle le gouvernement canadien pour que les instruments de droits et de recours en cas de délit soient respectés et qu'enfin, l'égalité de droit devienne une égalité de fait dans toutes les sphères de la santé reproductive et sexuelle des femmes.

Annexes

Annexe 1

Tableau 1. Opérationnalisation des violences obstétricales¹²

Catégories		Indicateurs	Participants								
			E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	
Pathologisation		Abus de médication									
		Environnement non favorable à l'accouchement physiologique									
		Gestion active du travail									
		Techniques de déclenchement du travail									
		Techniques d'accélération du travail									
Déshumanisation	<i>Violence physique</i>	Gestes brusques/douloureux non nécessaires									
		Ne pas combler un besoin physique (manger, boire, bouger)									
		Ne pas soulager la douleur									
		Restriction des mouvements									
	<i>Violence psychologique</i>	Abandon, absence de soin, négligence									
		Atteinte à la dignité									
		Hostilité									
		Insultes									
		Invisibilisation									
Absence de consentement		Épisiotomie									
		Injection de médicament									
		Injection d'ocytocine									
		Point du mari (Recoudre l'ouverture du vagin plus serré qu'avant)									

¹² Labrecque, M. (2018). Expériences négatives d'accouchements décrites par des femmes ayant accouché en milieu hospitalier : les liens avec le concept des violences obstétricales, Université de Montréal : mémoire de maîtrise en service social, p.78.

Annexe 2

La fédération québécoise pour le planning des naissances (FQPN)



Fondée en 1972, la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) est un regroupement féministe de défense des droits et d'éducation populaire en matière de santé sexuelle et reproductive. La FQPN regroupe des groupes locaux, régionaux et nationaux ainsi que des membres individuel.le.s. Son mandat est de sensibiliser, d'informer et d'encourager la réflexion critique en santé sexuelle et reproductive et de promouvoir le libre-choix dans une perspective de justice sociale.

Annexe 3

Le réseau d'action pour l'égalité des femmes immigrées et racisées du Québec (RAFIQ)



Le RAFIQ est un organisme à but non lucratif créé en 2011 par le Comité de réflexion sur la situation des femmes immigrées et racisées du Québec, sur une approche féministe adaptée à la réalité féminine immigrante et racisée du Québec. Il vise à favoriser la concertation entre les femmes immigrées et racisées du Québec, la défense de leurs droits, le développement d'une analyse, la définition des revendications prioritaires, la mobilisation autour d'enjeux communs ainsi que toute activité promouvant l'autonomie et l'égalité de ces femmes.

Les objectifs du RAFIQ sont de :

- Favoriser la concertation entre les femmes immigrées et racisées du Québec, le développement de pratiques et d'outils d'empowerment adaptés et toute activité favorisant l'égalité des femmes immigrées et racisées du Québec.
- Lutter contre toutes les formes de violence, de discrimination, de racisme et d'exclusion vécues par les femmes immigrées et racisées.
- Développer les connaissances sur les réalités et le vécu des femmes immigrées et racisées du Québec et définir une analyse propre ainsi que des revendications prioritaires leur permettant d'agir comme actrices de leur propre devenir.
- Favoriser le leadership, la défense des droits des femmes immigrées et racisées du Québec dans une perspective féministe et des valeurs d'égalité entre les femmes et les hommes.
- Développer et renforcer les solidarités entre les femmes immigrées et racisées, avec les femmes autochtones, les femmes québécoises et les femmes d'ailleurs.

Le RAFIQ regroupe des membres individuelles qui sont immigrées et/ ou racisées et des membres associatives qui œuvrent sur les plans local, régional et national et représentent des groupes de femmes immigrées et racisées ou des organismes de femmes dont la représentation des femmes immigrées et racisées est égale ou supérieure à 33% des travailleuses et des membres des instances décisionnelles (CA et CE) ou encore des comités de femmes au sein d'organismes mixtes communautaires dits ethnoculturels ou de l'immigration.

Projet mutilations génitales féminines/excision (MGF/E)

Définition

Les MGF désignent toutes les interventions qui aboutissent à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutique (Organisation Mondiale de la Santé).

Depuis 2014, un comité rassemblant des femmes de diverses origines a été mis sur pied par le RAFIQ afin de recueillir les témoignages et des recommandations, pour prévenir et sensibiliser contre la pratique des MGF. Les MGF sont courantes en Afrique, au Moyen orient et en Asie. Elles sont également présentes au Canada, puisqu'au moins 10% des victimes des MGF, soit plus de 12,5 millions de femmes, vivent en Occident, selon l'Organisation Mondiale de la santé.

Cependant, ces pratiques sont méconnues des professionnels de la santé et sociaux en dépit de sa médicalisation dans d'autres pays. Des médecins affirment avoir reçu des demandes

d'effectuer des ré-infibulations ou être obligés de gérer des dégâts y afférents. Au Québec, l'enjeu des MGF est peu abordé et ce, bien qu'il ait eu certaines réalisations au Québec et au Canada telles que la mise en place en 1990 d'un groupe fédéral interdépartemental pour examiner les implications des MGF au Canada et l'adoption, en 2012, par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) d'une déclaration de principe et avise ses membres de l'obligation de déclarer les risques de MGF. Au Québec, un groupe a été formé en 2004 au Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) pour définir des actions et approches. En 2006, un dépliant de sensibilisation des professionnels de santé a été produit. En 2007, un Guide d'intervention a été réalisé à l'intention des intervenants en santé et services sociaux. Le MSSS a prévu en 2012 une formation des intervenants en SSS incluant les MGF dans le contexte de global de formation interculturelle.

Selon le conseil du statut de la femme du Québec (2013), des témoignages indiquent que des fillettes issues de l'immigration sont excisées ici ou lors de visites dans leur pays d'origine. Conscient de cette réalité, le RAFIQ a mis en place des ateliers de sensibilisation pour outiller les professionnels de la santé et sociaux afin d'offrir un accompagnement adapté aux victimes et potentiels victimes des MGF autour de vous.

Selon une étude menée auprès de 28 000 femmes enceintes dans six pays africains, celles qui avaient subi une MGF présentaient un risque de complications plus élevé que les autres au cours de l'accouchement (césarienne et des hémorragies du post-partum) ainsi que les taux de décès périnataux plus élevés chez les nouveau-nés. Sans compter le fait que les risques de complications à la naissance et de décès néonataux augmentent avec la gravité du type de mutilation subie.

Voici quelques témoignages livrés par les survivantes des MGF, membres du Comité MGF du RAFIQ, suivis de quelques bonnes pratiques.

Témoignages des femmes

Pour raisons de confidentialité, nous utiliserons la première lettre du prénom de la personne.

A : « un jour j'assistais une proche qui était elle-même une femme excisée, elle donnait naissance à son enfant, son état a causé tout un malaise, le médecin ne comprenait pas et a semblé surpris de l'ampleur des dégâts. Ne sachant quel comportement adopté, il était visiblement désespéré¹³ ».

F : « C'est traumatisant, tu le subis longtemps dans ta vie, en donnant naissance par exemple, c'est la 1^{re} chose que les médecins remarquent. Il faut en parler, ce n'est pas juste l'acte en lui-même, mais les répercussions tout le long de sa vie de Femme. Dans certains cas, les conséquences peuvent mener à la mort, dans d'autres cas, la Femme ne connaît pas le plaisir, d'où, l'importance de sensibiliser¹⁴ ».

Exemples de bonnes pratiques

¹³ Compte-rendu 09 septembre 2017 - Rencontre 2 du Comité-conseil MGF, par Ludmia Garraud, Travailleuse Communautaire au RAFIQ

¹⁴ Compte-rendu 09 septembre 2017 - Rencontre 2 du Comité-conseil MGF, par Ludmia Garraud, Travailleuse Communautaire au RAFIQ

Suivre et appliquer l'abandon des MGF/E implique la collaboration de tous les acteurs. Voilà pourquoi nous avons choisi ces deux exemples complémentaires.

Exemple 1

Le comité aviseur mis en place par Women's Health in Women's Hands (WHIWH), un Centre de santé communautaire œuvrant sur les MGF à Toronto, travaille en collaboration avec un obstétricien-gynécologue qui se penchera dans les prochains jours sur la reconstruction. Leur approche est centrée sur le respect, la sensibilité et la connaissance des cultures en vue d'une meilleure collaboration. D'ailleurs un plaidoyer est présentement en cours afin d'influencer une politique liée à la complexité de la reconstruction et l'accès à un régime d'assurance-maladie pour ces femmes.

Exemple 2

Sexual Education Resource Centre (SERC), de Winnipeg. Leur projet " Our selves, our daughter" (Nous-mêmes, nos filles) est issu de consultations et est financé de manière récurrente depuis 2009 par le Ministère de la santé du Manitoba. C'est une initiative qui tient compte de l'intergénérationnalité de la pratique, et son but est de donner des espaces et des ressources aux femmes, aux nouvelles arrivantes touchées par les MGF.

Notons que les MGF diffèrent de la plupart des autres formes de violence exercées contre les filles et les femmes en ce que les femmes sont non seulement les victimes, mais aussi celles qui perpétuent cette violence. De plus, cette intervention systématique sur la quasi-totalité des filles, généralement des mineures, est présentée comme une norme sociale et une pratique culturelle utile à laquelle les communautés sont très attachées¹⁵.

Nos recommandations résultent des consultations entamées auprès de femmes survivantes des MGF, des professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que des données recueillies lors des journées internationales organisées par le RAFIQ à Montréal et à Sherbrooke. Voici quelques-unes qui s'alignent à la présente demande :

- Rendre accessible les services d'accompagnement psychosocial, de chirurgie réparatrice et d'assurance-maladie
- Démystifier l'action politique
- Offrir du soutien récurrent (pas de financement par projet) qui tient compte du long terme du changement social attendu
- Poursuivre la sensibilisation dans les communautés, les écoles, professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que la société d'accueil.
- Renforcer l'aspect juridique dans l'accompagnement des femmes lors de dépôt des plaintes et vulgarisation de la criminalisation de l'acte au Canada

¹⁵ OMS, Fiche d'information, *Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes, Les mutilations génitales féminines*, 2012, p. 2.

Association des Femmes Cris de Eeyou Istchee, 2018, “Statement on Ashtemhaaganawao Experienced by Women During Birthing”



Presented to the Public Inquiry Commission on relations between Indigenous Peoples and certain public services in Québec: listening, reconciliation and progress

At Cree Women of Eeyou Istchee Association (CWEIA), our mission is to develop and sustain Iiyiyuu-Iiyinuu Iskweuch (Cree Women) through significant initiatives of healing, culture and socioeconomic development. As we carry the voices of these women, we accomplish our actions through representation as well as our active participation in the research and implementation of possible solutions. Our values and principles as Iiyiyuu-Iiyinuu Iskweuch entail that we also participate in advocacy efforts to resolve issues of injustice relating to the present conditions of indigenous women. Over the ten years of our official existence, we have cultivated a strong relationship with our members through culturally secure spaces and democratic decision-making processes. As a grassroots organization, CWEIA strives to be part of a positive transformation of women’s status and roles in Iiyiyuu Istchee, provincial, national and international societies. Today, we are seizing this opportunity not only to share concerns voiced by our members, but also to bring forth recommendations to be considered by the commission in charge of this inquiry, and to ensure its successes.

The Regroupement Naissance-Renaissance is a grassroots umbrella organisation that has been advocating for the humanization of childbirth and women's rights to respectful birth for close to 40 years. We are in full support of the statement made by the Cree Women of Eeyou Istchee Association. The testimonials that are cited here echo the words of women the world over and demonstrate amply that there are most likely human rights violations at play. As a member of the International Council for Respectful Maternity Care, we urge Québec's Viens Commission to pay close attention to the issues raised here. Iiyiyuu-Iiyinuu Iskweuch are speaking out about the fact that their fundamental human rights and their vision of birth as a central, spiritual and sacred moment in the life of their communities are not being respected. Getting it right from the start is a key tool for healing communities that are still reeling from the long-term impact of systemic racism and colonialism.

The charter for RESPECTFUL MATERNITY CARE: THE UNIVERSAL RIGHTS OF CHILDBEARING WOMEN, supported by the World Health Organization, gives a context for better understanding the testimonials brought forth here and CWEIA recommendations:

1. Freedom from harm and ill treatment
2. Right to information, informed consent and refusal, and respect for choices and preferences, including the right to companionship of choice wherever possible
3. Confidentiality, dignity
4. Dignity, respect
5. Equality, freedom from discrimination, equitable care
6. Right to timely healthcare and to the highest attainable level of health
7. Liberty, autonomy, self-determination, and freedom from coercion

The government of Québec has a responsibility to ensure that its healthcare system, as well as all of its workers, fully respect these rights. The RNR urges the Viens Commission to do everything in its power to put CWEIA's recommendations in place.

Presently, women have to leave Iiyiyuu Istchee to give birth in hospitals located in urban centers such as Val d'Or, Chibougamou or Montreal. Annually, between 350 to 425 women are sent away from their family between 36 to 38 weeks, and as early as 32 weeks to await the birth of their child. The Cree Health Board and Social Services of James Bay covers the cost for an escort to join them at 39 weeks. Around two-thirds of Iiyiyuu Istchee childbirths are in Val d'Or and a quarter, in Chibougamau. This represents 30-50% of the births in these centers.

On September 8th, during our 11th General Assembly, we organized a talking circle on the birthing experiences of women over the last 15 years. Nine participants shared their own birthing stories or what they witnessed. It was also a time to discuss recommendations to improve the situation of healthcare in childbirth. Since the talking circle, two more women have come forward to share their experiences. This statement is based on their sharing and suggestions.

The meaning of the birth of a baby is more than an addition of a family member. In relation to our sacred circle, birthing is the center and it symbolizes the hope, the future and the meaning of becoming a spirit. Birthing is the first rite of passage: «Life is a special and sacred ceremony, it should not be a time to transfer fear». One of the women during the talking circle mentioned that the spirit of the baby feels everything. During the perinatal period, women, bearers of life and the future, report having experienced or witnessed ashtemhaaganawao, meaning disregard for life. «The mechanisms that repositioned First Nations women's labor and birth to hospital and the ensuing evacuation policy are currently understood as attempts to curb First Nations' child and maternal mortality rates. Such an understanding is predicated on the assumption that Euro-Canadian biomedical models of

health and healthcare are superior to the birthing practices that First Nations used for millennia prior to colonizers' arrival and subsequent intervention into labor and birthing.» (Lawford, 2011, p.34-35)

One woman said that she was told to not walk during labor by a healthcare provider. The reason for such an instruction was never provided to her. The pain increased and she felt pressured to have an epidural which she did not want in the first place: «We tend to not question what doctors recommend. We have not been taught to speak our mind.». Another woman spoke about witnessing professionals repeatedly suggesting an epidural, despite the fact that the woman in labor expressed she did not want it.

It is important to contextualize our birthing experiences in relation to our experiences as residential school survivors and to recognize the long-term impact on subsequent generations. Bombay, Matheson and Anisman (2009) report that 64% of residential school survivors experienced post-traumatic stress disorder. Children were taught not to question any instructions out of fear of punishment. The systematic evacuation during pregnancy for birthing can reactivate the collective intergenerational trauma and continue to perpetuate the disruption of cultural identity formation.

A woman spoke about the fear of leaving her children behind, potentially exposing them to abuse and neglect. For weeks, she was worried about the children she had to leave behind when she should have been preparing for the new child coming. By pressuring and coercing women to leave Iiyiyuu Istchee, it creates isolation and disruption for her family's life. This isolation and the obligation to birth under the Euro-Canadian biomedical model also interrupts the chain of transmission of knowledge in the same way that residential schools did. If birthing practices are not examined and transformed so that they are truly respectful of Iiyinuu Iskweuch cultural values and beliefs, there is the dangerous potential for perpetuating cultural genocide; the loss of our knowledge of the first rite of passage when becoming spirit. The testimonials and conclusions of the Truth and Reconciliation Commission of Canada (2015) attest to the far-ranging impacts of cultural genocide. The loss of identity and the break-up of families and communities, as perpetuated by assimilation practices, have intergenerational impacts that impede the passing on of values, spiritual guidance and parental practices. Women have been prevented from passing their cultural values and identity on from one generation to the next. This collective, intergenerational trauma has impaired Indigenous identity.

One woman shared that she requested to keep her placenta this year. She wanted it for the placenta ceremony which carries deep cultural meaning regarding the health of the child and its connection to the land. The request was denied by the staff and no justifiable reason was given which is contrary to the MHSS bulletin published in 2017. By refusing women their placentas, it negates and contributes to the loss of our practices and their meaning. Another woman spoke about her breastfeeding experience at the hospital. «My mom told me that weight loss is natural because of water but the hospital crew automatically think that the mother's milk is not working. We had ways to stimulate milk production.». This is an example of what Lawford (2011) describes as the perinatal period experience being

rooted in the Euro-Canadian biomedical model: « [the introduction of the Euro-Canadian biomedical model] undermined, marginalized, and made irrelevant the First Nations' knowledge, practices, and practitioners, that sustained their existence for thousands of millennia. First Nations women who are evacuated to urban cities in their pregnancy to await labour and delivery directly experience health care that is grounded in colonialism » (Lawford, 2011, p.47). By disregarding the contribution of Iiyiyuu-Iiyinuu Iskweuch knowledge, it erodes our roles and responsibilities, altering our position in our community, furthering the colonial project and carrying on ashtemhaaganawao.

During the talking circle, many voiced their concern about the high rates of caesarean section. Currently, 32% of Iiyiyuu-Iiyinuu Iskweuch currently experience a caesarean section. The question was raised if it could be a manifestation of discrimination or monetary incentive. A woman also mentioned the impact of such surgery on future births.

The World Health Organization in its Statement on Caesarean Rates (2015) affirms that a rate higher than 10% does not reduce mortality rates for mothers and newborns. As a surgical procedure, caesarean sections can increase the rates of morbidity and mortality:

« These include psychosocial implications regarding the maternal–infant relationship, women's psychological health, women's ability to successfully initiate breastfeeding and paediatric outcomes » (WHO, 2015).

During the talking circle, there was a discussion on the importance of natural birth. It was mentioned that there is less anxiety for the mother, it respects «how it should be» and tends to leave less traumatic scars.

The connection between being born on the land and identity was raised by a grandmother. They are concerned that the place of birth is associated to the place of belonging contributing to the loss of identity. The connection to the land plays a role in our health and sense of identity: «[...] evacuation policy disrupts unique self-expressions of identity at the very beginning of one's life. [...] The relationship between land and health is not included in Euro-Canadian biomedical health care models » (Lawford, 2011, p.80-81).

A further example of the ostracization and microaggressions toward Iiyiyuu-Iiyinuu Iskweuch, is the welcoming sign on the new mother-child unit in Val d'Or. It has been named «l'étage Hydro-Québec», and a sign announcing this is prominently displayed as you enter the unit. That name and its presentation was ill-considered for the potential impact it could have on the women who would birth there. It can be a reminder of historic conflicts that are not helpful at the time of birth. Its impact on Iiyiyuu-Iiyinuu Iskweuch, as a symbol of lost land for families can be experienced as a trigger reminding them that their child's first breath is not being taken on their own land. Birth then becomes an experience rooted in the devalorisation of our practices and language. It imposes another language other than Iiyiyuu-Iiyinuu ayimun (Cree language); French or English are the first words heard by the newborn.

In conclusion, we recognize that while Euro-Canadian health interventions have made some important contributions, we question the ways in which Iiyiyuu-Iiyinuu Iskweuch pregnant women have been systematically displaced and their birthing practices, completely dismissed. We are deeply concerned about the ashtemhaagaanawao happening in birthing hospitals. We bring to your attention that this disrespect for life is rooted in a system that has inherited colonialist practices. If unchecked, ashtemhaagaanawao will continue to be perpetuated by the healthcare system and consequently enacted by the health care providers through their unquestioning execution of protocols and practices unadapted to the needs and beliefs of Iiyiyuu-Iiyinuu Iskweuch. It is time to bring families back together, to recognize the Iiyiyuu-Iiyinuu Iskweuch contribution to life. We need to take the next steps together to decolonize birth, because the beginning of the life cycle is the first rite of passage, a significant moment for the whole community.

Recommendations for moving together toward complete regard for the lives of Indigenous women and their children

For all non-indigenous peoples, an awareness plan should be implemented, making it mandatory for everyone, including public service providers, to learn about the ashtemhaagaanawao (disregard for life) that we face on a regular basis and particularly at the time of childbearing. All health care professionals must receive a cultural safety training which should include the impact of residential schools, the intergenerational trauma and the medicine wheel (our holistic vision of health). Healthcare professionals should learn more about how to support Iiyiyuu-Iiyinuu Iskweuch birthing and breastfeeding practices including offering the placenta. What birthing and the respect for life means to us should be understood and respected.

Every healthcare professional should have compulsory training on informed choice and consent. A policy on informed choice and consent in perinatal care should be adopted and promoted by all hospitals as stated by the World Health Organization recommendation on respectful maternity care during labour and childbirth published in 2018.

Complete explanations including the pros and cons should be given when an obstetrical intervention is proposed. Women should be informed of their rights, particularly the right to informed consent, when receiving services in the public system. This information should be given in a timely manner either in a session at each hospital or during a prenatal class. Information on our rights should be made available in Iiyiyuu-Iiyinuu ayimun and in a culturally appropriate manner.

Information about respectful birthing in dignity should be made available for women and healthcare professionals. A workshop should be organized for healthcare professionals on this subject. Policy on respectful birthing in dignity should be implemented in each hospital. More support for natural birthing should be provided throughout the continuum of pregnancy, labour, birthing and postpartum. This includes information and training given to the women themselves, as well as to health care professionals.

Pregnant women should be accompanied by the people of their choice, which may include a mother or grandmother, if their health circumstances require them to leave their communities. Appropriate conditions should be put in place to guarantee the presence of more than one significant support person, including funding for travel and accommodation before 39 weeks.

Actions should be taken to decrease the cesarean rates for Iiyiyuu-Iiyinuu Iskweuch.

Release time after a cesarean section should be longer to allow time to heal before long-distance travel.

Indigenous communities should be adequately and justly represented in hospital governance structures, such as the Val d'Or and Chibougamau hospitals so that the voices of indigenous women representing 25-50% of their users will be respected.

Birthing options in Iiyiyuu Istchee should be made available, including access to midwifery, birthing in our communities and respectful maternity care.

As part of the necessary decolonization process required to implement healing between Indigenous Peoples and certain public services in Québec: listening, reconciliation and progress, and in order to move toward greater respect for the values and knowledge of the Iiyiyuu-Iiyinuu Iskweuch, all public services should recognize and restore our birthing practices and Indigenous midwifery to stem the systematic evacuation of women and guarantee the respect of all our human rights.

References

Bombay, A., Matheson, K. & Anisman H. (2009). Intergenerational Trauma: Convergence of Multiple Processes among First Nations peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, 6-47.

Canada. Truth and Reconciliation Commission of Canada (2015). *Honouring the Truth, Reconciling for the Future: Summary of the Final Report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*, Ottawa.

Canada. Truth and Reconciliation Commission of Canada (2015). *Calls to Action*, Ottawa.

Lawford, K. (2011). *First Nations Women's Evacuation during Pregnancy from Rural and Remote Reserves* (master's thesis). University of Ottawa, Canada.

World Health Organization. (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. Retrieved from https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/

World Health Organization. (2011). *Respectful Maternity Care Charter: The Universal Rights of Childbearing Women*. Retrieved from http://www.who.int/woman_child_accountability/ierng/reports/2012_01S_Respectful_Maternity_Care_Charter_The_Universal_Rights_of_Childbearing_Women.pdf

MSSS. Disposition des placentas à la suite d'un accouchement (2017). Quebec.

Références bibliographiques

Agence de la santé publique du Canada (2009), « Parole de mère : réflexions de femmes sur la grossesse, l'accouchement et les débuts de la maternité ».

Birth Monopoly, <https://birthmonopoly.com/obstetric-violence/>, consulté le 21 mars 2019.

Cree Women of Eeyou Istchee Association(2018), *Statement on Ashtemhaagaanawao Experienced by Women During Birthing* https://cweia.ca/images/CERP_Birthing_issue_statement_Oct_2018_Final1.pdf.

D'GREGORIO, Rogelio E. Pérez, « Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Vol. 111, Issue 3, December 2010.

LABRECQUE, Mariane (2018). Expériences négatives d'accouchements décrites par des femmes ayant accouché en milieu hospitalier : les liens avec le concept des violences obstétricales, Université de Montréal : mémoire de maîtrise en service social, p.78.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008), « Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie », <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>, consulté le 12 novembre 2018.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015), « Cadre de référence pour le développement des services de sage-femme », <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-816-01W.pdf>, consulté le 12 novembre 2018.

Statistique Canada (2009), « Naissances: Analyse », <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/84f0210x/2009000/part-partie1-fra.htm>, consulté, le 14-11-2018.

Recherches et articles québécoises en lien avec la violence obstétricale

CADORETTE, Marlène. (2006). Le consentement libre et éclairé de la parturiente en droit québécois, t. I : « L'accouchement comme contexte d'évitement du respect de l'autonomie ». Thèse de doctorat. Québec, Université Laval.

DE KONINCK, Maria. (2015). « Les techniques de reproduction et l'éviction du corps féminin », *Recherches féministes*, 28, 1 : 79-96.

LABRECQUE, Mariane. (2018). Expériences négatives d'accouchements décrites par des femmes ayant accouché en milieu hospitalier : les liens avec le concept des violences obstétricales, Thèse de maîtrise, Montréal, Université du Québec à Montréal.

LÉVESQUE, Sylvie, et al. (2016). Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement : perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance. Rapport de recherche. Montréal, Université du Québec à Montréal.

LÉVESQUE, Sylvie et al (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle. *Recherches féministes*, vol. 31, n° 1, 2018 : 219-238

RIVARD, Andrée. (2014). Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne. Montréal, Les éditions du remue-ménage.

RODRIGUEZ DEL BARRIO, Lourdes, et al. (2011). « Pourquoi parler d'accouchement dans un colloque sur la violence envers les femmes? Un autre regard sur l'expérience des femmes », communication présentée à l'occasion du colloque international du CRI-VIFF Violence envers les femmes : réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation, Montréal.

RODRIGUEZ DEL BARRIO, Lourdes, et al. (2010). Un autre regard sur les bonnes pratiques entourant la naissance : la perspective des femmes, [Présentation PowerPoint]. Montréal, conférence annuelle 2004 de l'Association pour la santé publique du Québec.

ST-AMANT, Stéphanie. (2013). Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale. Thèse de doctorat. Montréal, Université du Québec à Montréal.

VADEBONCOEUR, Hélène (2004). La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on? Thèse de doctorat. Montréal, Université de Montréal.