



**Avis du Regroupement Naissance-Renaissance**

**Complément à la présentation de Lorraine Fontaine**

**13 novembre 2018**

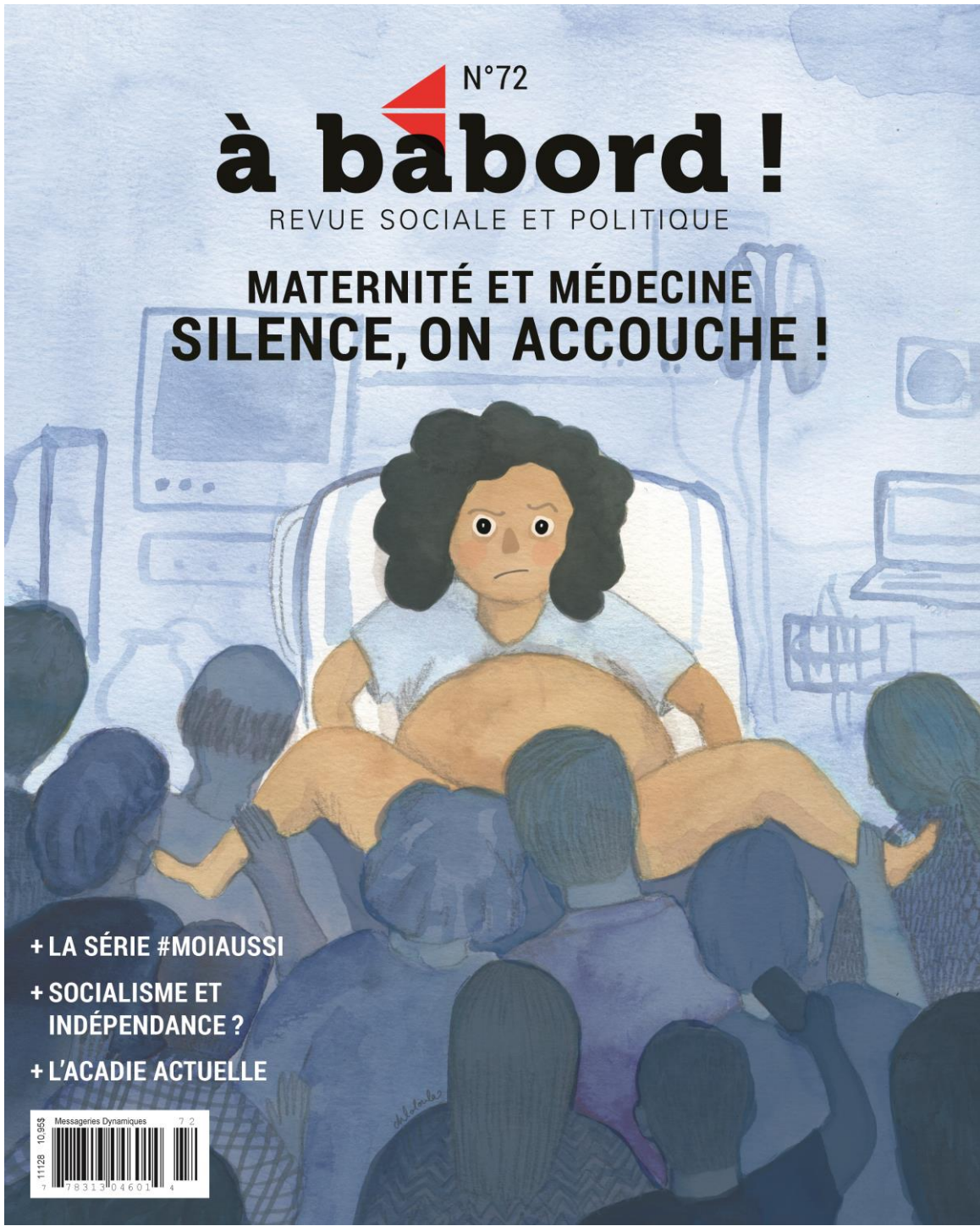
**À**

**Monsieur Dainius Pūras**

**Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit de toute personne de  
jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible**

**Rapport préparé par :**

**Lorraine Fontaine, Nathalie Ferreira et Sophie Mederi**



1

<sup>1</sup> Source : <https://www.ababord.org/Maternite-et-medecine-Silence-on-accouche>



---

## Avis du Regroupement-Naissance-Renaissance (RNR)

### **1. Présentation du Regroupement Naissance-Renaissance**

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 relevailles<sup>2</sup>, 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.<sup>3</sup>*

---

<sup>2</sup> Forme de soutien à domicile après l'accouchement par des organismes communautaires.

<sup>3</sup> Extrait de la Déclaration de principes du Regroupement Naissance-Renaissance. La déclaration de principe est disponible ici : <http://naissance-renaissance.qc.ca/rnr/principes/>

### **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.
- Influencer des politiques telles que la politique de périnatalité 2008-2018<sup>4</sup> et le cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme<sup>5</sup>.
- 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.

## **2. Situation au Québec : droits brimés, non-respect dans les soins de maternité**

Les luttes pour l’humanisation des naissances, commencées au 20<sup>e</sup> siècle, ont apporté beaucoup d’améliorations dans la qualité des soins en maternité. Au 21<sup>e</sup> 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

---

4 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

5 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

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.

Au Canada, la plus récente étude, publiée en 2009, soutient que 80%<sup>6</sup> des femmes sont satisfaites de leurs accouchements. La même année, on dénombre 380 863 naissances au Canada<sup>7</sup>, il s'agit donc d'un peu plus de 76 000 femmes qui seraient insatisfaites de leur 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 une dichotomie entre les politiques et les moyens mis en place pour les réaliser<sup>8</sup>. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les taux de césariennes.

---

6 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

<sup>7</sup> <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/84f0210x/2009000/part-partie1-fra.htm>, consulté, le 14-11-2018.

<sup>8</sup> Selon l'Agence de la santé publique du Canada, le taux de césariennes est passé de 17.6% à 27.9% en 20 ans.

## 2.1. 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 vécues dans les soins de santé en période périnatale et de la détresse, de la souffrance ou un traumatisme vécu par les femmes. 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 présente depuis les débuts de l'obstétrique et qui teinte toujours la pratique.

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, voire même un traumatisme.

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 sur utilisation d'interventions obstétricales et de médicaments non basée sur les données probantes. On peut la résumer comme suit :

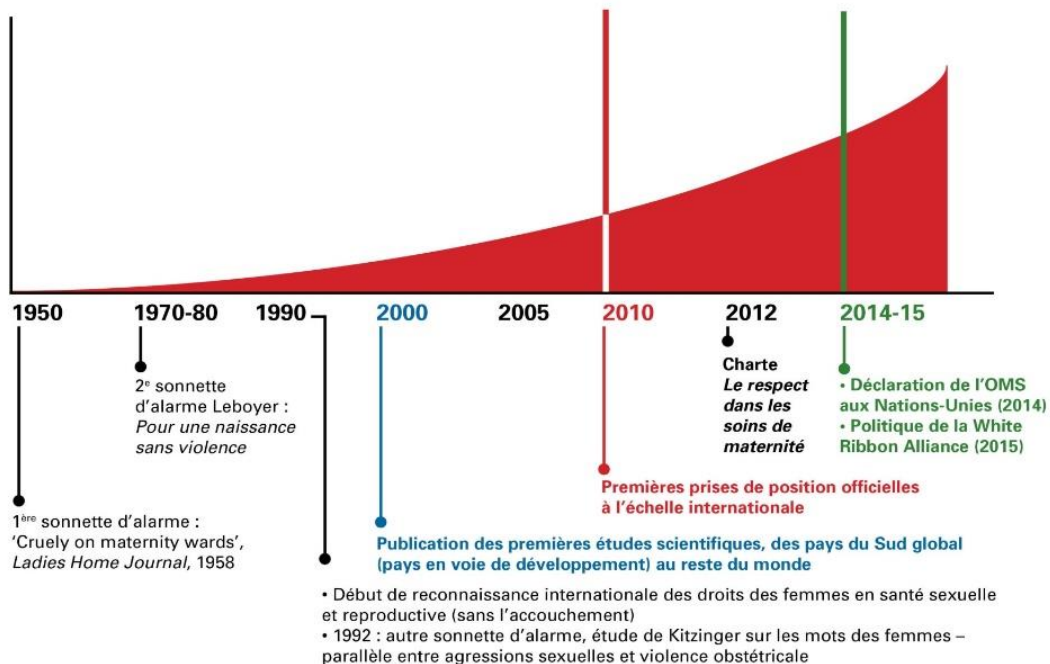
*« L'appropriation du corps et du processus reproducteur des femmes par les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, appropriation qui se manifeste sous les formes suivantes : traitement déshumanisé, abus*

*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.<sup>9</sup> »*

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



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

## 2.2. Paroles citoyennes

### Intimidation – témoignage de Chrystiane :

Chrystiane, une femme de 4pi 9po, a accouché de son premier enfant par césarienne en 1987, 14 jours avant la date prévue d'accouchement (DPA) suite à un accident qui lui a causé une subluxation du bassin. Depuis, elle en garde quelques séquelles et son bassin est un peu instable.

Chrystiane raconte :

*Plus de 2 ans plus tard arrive ma 2<sup>e</sup> grossesse et mon bassin me fait mal, j'ai des douleurs importantes à la symphyse pubienne. On me recommande d'être prudente dans mes mouvements pour éviter une autre subluxation. La date prévue d'accouchement est le 30 novembre 1989.*

*Mon médecin ne s'occupant plus d'accouchements, j'ai dû changer de médecin. Il me recommande à un collègue.*

*Mi-octobre, j'entre dans le bureau de ce nouveau médecin, avant même que je sois assise, il me demande : « C'est vous L'AVAC<sup>10</sup>? »*

*Il m'invite à m'asseoir et me dit : « Si vous voulez vraiment accoucher, moi je refuse d'être votre médecin. C'est impossible d'avoir un accouchement vaginal, car vous êtes trop petite, votre bébé ne passera pas. Il restera pris et il pourrait manquer d'oxygène. Il pourrait avoir une paralysie cérébrale et vous allez me poursuivre par la suite! Vous pouvez essayer, mais ce ne sera pas avec moi. »*

*Il décide de me faire un examen gynécologique, il cherche (probablement les ischions<sup>11</sup>) et me dit : « Non non, ça ne passera pas. »*

*On revient dans son bureau, et me dit qu'il va contacter un gynécologue pour obtenir son avis. Je l'écoute et je suis alors consciente qu'il dit au gynécologue exactement ce qu'il veut que celui-ci me dise, mais je sens que le mal est fait. Au*

---

<sup>10</sup> AVAC : accouchement vaginal après césarienne.

<sup>11</sup> Os du bassin.



*fond de moi je me dis que je veux juste essayer, un peu, mais pas à n'importe quel prix.*

*Je reviens chez moi, assommée. Je me sens presque comme une femme qui manque de jugement de vouloir essayer d'accoucher normalement... Je suis confuse. **Quand je parle à mon mari de ce médecin, je le nomme Docteur 'La Pelle', car il m'a assommée, je me sentais comme si je voulais avancer et qu'il m'avait arrêtée avec une pelle en plein visage!***

*Quelques jours plus tard, je rencontre le gynécologue, il est plus nuancé lorsqu'il m'explique pourquoi une femme très petite est plus à risque de ne pas être capable d'accoucher naturellement. Mais j'ai trop peur et j'accepte la césarienne. Mon deuxième enfant est donc né le 20 novembre, il était très haut, ça a été long et difficile pour les chirurgiens de descendre le bébé pour le faire sortir par l'incision.*

*10 mois plus tard, je suis enceinte à nouveau.*

*Je me fais alors accompagner par une future sage-femme (à titre d'accompagnante à la naissance<sup>12</sup>). Je veux comprendre les mouvements que bébé doit faire dans le bassin pour être capable de passer. Je veux tenter l'AVAC et réapprendre à faire confiance en mon corps. Je sais que mon bassin fera mal en fin de grossesse alors je souhaite m'entourer dès maintenant d'une équipe qui croit en moi et qui tout comme moi souhaite l'AVAC, mais pas à n'importe quel prix. Si c'est à nouveau par césarienne que mon bébé doit naître, c'est ce qui arrivera, mais uniquement après avoir tenté de mettre au monde mon bébé par voie vaginale.*

*Je rencontre un premier médecin et lui demande s'il accepte qu'une sage-femme soit présente. Il me répond : « Les sages-femmes on ne connaît pas leur formation, ce n'est pas légal... » Je me lève, et lui annonce que ce ne sera pas lui mon médecin, qu'il a à apprendre à faire confiance aux sages-femmes et moi j'ai à apprendre à*

---

<sup>12</sup> La pratique sage-femme n'étant pas légale à cette époque.

*faire confiance à mon corps, que je ne prends pas de risque et que je m'entoure d'une équipe qui pense comme moi dès le début de ma grossesse. Il veut discuter et je refuse. Je pars.*

*Je trouve finalement un médecin qui accepte d'avoir la présence d'une sage-femme, qui croit en moi et a la même vision que moi de l'accouchement.*

*Le 1<sup>er</sup> juillet 1991, je mets au monde mon troisième enfant, à 41 semaines de grossesse, naturellement sans aucune intervention ou aide médicale. Entre la perte de mon bouchon muqueux à 5h du matin et la naissance de ma fille à 13h10, il y a eu 8 heures au total.*

*En fin d'après-midi, je croise 'Dr La Pelle' (celui qui a refusé que j'accouche naturellement en 1989), alors que je marche dans le corridor avec mon troisième bébé dans mes bras. Je lui demande s'il me reconnaît, il me dit non. Je lui rappelle ce qu'il m'a dit 20 mois plus tôt. **Alors je lui annonce que je viens d'accoucher très facilement et que 'grâce' à lui, j'ai eu une césarienne pour rien à la naissance de mon fils. Et je le laisse, surpris, comme si je lui avais redonné un petit coup de pelle...***

*Aujourd'hui, je suis maman de 3 grands enfants et je suis devenue depuis, accompagnante à la naissance.*

*Aujourd'hui, en 2018, en tant qu'accompagnante à la naissance et directrice générale d'un organisme qui travaille avec 35 accompagnantes à la naissance, je peux dire que les choses n'ont pas tant changé :*

- *La pratique sage-femme a été légalisée depuis, elle est reconnue légalement et elles ont une formation universitaire de 4 ½ années. Mais je rencontre régulièrement des médecins qui dénigrent la pratique sage-femme et qui tiennent des propos aux femmes laissant sous-entendre que c'est une mauvaise décision que d'avoir ce type de suivi de grossesse et qu'elles mettent leur vie et celle de leur enfant en danger.*

- *Lorsque les femmes souhaitent un AVAC, plusieurs médecins tiennent des propos culpabilisants laissant sous-entendre qu'elles mettent la vie de leur bébé en danger.*
- *Pendant l'accouchement, plusieurs médecins et infirmières répètent à de nombreuses reprises durant le travail : « Oui, mais madame, vous c'est un AVAC, ce n'est pas pareil c'est un AVAC, c'est plus risqué c'est un AVAC, ou vous devez prendre une péridurale, car si on doit faire une césarienne d'urgence on devra vous endormir et vous ne verrez pas votre bébé avant plusieurs heures et ce sera plus difficile pour l'allaitement et pour l'attachement et pour la récupération... ».*
- *Ils ajoutent : « Avec un AVAC madame, il faut que ça aille rondement. Avec un AVAC madame il ne doit pas y avoir de temps mort, il faut que ça avance rapidement, avec un AVAC madame vous devez accoucher rapidement, sinon on ira en césarienne, car c'est dangereux... ».*

*Bref, l'intimidation existe encore en 2018. C'est plutôt fréquent. C'est une forme de violence subtile qui met en péril la confiance que les femmes devraient avoir en leur capacité de mettre au monde leur enfant.*

#### Discrimination – témoignage d'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 5min 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 a 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 8cm. La mère, arrivée au pays depuis au moins 10 ans, femme vivant dans une situation précaire 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...*

Sexisme et comportement abusif– témoignage 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.*

Capacitisme – témoignage d'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.***

Violence physique – témoignage de Véronique :

***On m'a volé mon accouchement***

*Par Véronique*

*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 diner 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 décélérait 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.***

### **3. Analyse et bilan préliminaires des engagements du Québec**

La participation du RNR au comité de révision de la politique de périnatalité a contribué à l'inclusion de certains objectifs dont nous avons de grands espoirs quant à leur capacité d'améliorer la santé des femmes. Les objectifs, basés sur les données probantes, visaient à réduire les taux d'interventions obstétricales et plus particulièrement les césariennes, à accroître les connaissances et l'accès à des méthodes alternatives et complémentaires pour

soulager la douleur, incluant l'accompagnement à la naissance. Nombreux objectifs visaient à soutenir la première ligne de soins de santé et la physiologie de l'accouchement ainsi que de rendre plus accessible le ou la professionnel.le de son choix (médecins ou sages-femmes) ainsi que d'augmenter les lieux hors centre hospitalier où peuvent se dérouler les accouchements sous les soins des professionnel.les (maisons de naissance, accessibilité hors des grands centres urbains).

Nombreuses études ont été effectuées par l'INESSS et d'autres instances mandatées par le MSSS afin de construire le corpus de preuves pour influencer les praticien.nes et soutenir par des données probantes les propositions ministérielles.

Tous ces objectifs sont louables, mais, selon le RNR, il manquait un élément incontournable : la voix citoyenne. Il nous semble essentiel de centrer les soins sur les besoins de celles qui les reçoivent et non uniquement sur ceux des professionnel.les ou sur le souci d'efficacité du système de santé dans une logique Toyota. C'est-à-dire là où la logique de gestion active du travail et de l'accouchement prime. Ne pas inclure et écouter la voix citoyenne est erroné. Nous jugeons insuffisant de demander à une personne utilisatrice des services de s'asseoir à une table avec des professionnel.les de la santé, des gestionnaires et des expert.es scientifiques dans une situation qui amène souvent un énorme déséquilibre de pouvoir. Pour réellement prendre en compte la voix citoyenne il faut s'assurer de consulter et d'inclure dans les processus décisionnels les personnes ayant une analyse sociopolitique et culturelle des enjeux et représentants et étant redevables à des collectifs. Nous présentons donc ci-dessous quelques réflexions sur les engagements politiques en matière de périnatalité.

### **3.1. Politique de périnatalité 2008-2018 (MSSS)**

*« La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels. Donner naissance est une expérience naturelle, un processus normal. Toutefois, dans une société animée par la volonté de contrôler tout risque potentiel, il faut rappeler cette nécessité de protéger le processus physiologique naturel de la naissance. Cela exige que l'on mette en place des environnements propices et que*

*l'on conjugue les efforts autour de cette conviction. Cela implique aussi que l'on respecte la personnalité de chaque femme, ses particularités, son rythme, son intimité. Par ailleurs, une telle approche n'exclut aucunement la nécessité d'exercer la vigilance requise, toujours dans le respect de l'autonomie de la femme et dans le respect de ses choix. »<sup>13</sup>*

Cette politique ne s'est pas déployée à un rythme identique dans toutes les institutions d'enseignement et de soins ni dans toutes les régions du Québec. On constate que le changement des pratiques dépend presque entièrement de la bonne volonté des personnes à la tête des hôpitaux et des services d'obstétrique. À partir des témoignages des femmes que le RNR a reçus par des entretiens téléphoniques, lors d'ateliers et par le biais de recherches universitaires<sup>14</sup>, force est de constater que ni les politiques, ni les données probantes ne suffisent pas pour changer les pratiques et les attitudes, contrer les taux d'interventions grimpants et la vision que l'accouchement est une pathologie. On vise dans cette politique la protection, la promotion et la formation pour soutenir le processus physiologique de la naissance. Cette volonté a été accompagnée par des objectifs spécifiques dans la stratégie de mise en œuvre où il était question d'augmenter la première ligne en facilitant l'accès à des omnipraticiens et à des sages-femmes. Dans sa Politique de périnatalité 2008-2018, le gouvernement avait entre autres comme objectif de développer les services de sages-femmes afin qu'en 2018<sup>15</sup>, les sages-femmes assurent le suivi périnatal de 10% des femmes enceintes. De plus, afin que celles-ci puissent accoucher dans le lieu de leur choix, la politique visait l'implantation de 13 nouvelles maisons de naissance. Ces objectifs sont loin d'être atteints, car nous n'en sommes qu'à 4% des grossesses au Québec suivies par sage-femme et qu'en 10 ans, seulement 3 nouvelles maisons de naissance ont été ouvertes.

---

13 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>, p.9, consulté le 12 novembre 2018

14 Voir Annexe 1

15 La politique visait 5% en 2012 et 10% en 2018

L'objectif de diminuer le recours aux interventions obstétricales n'a pas été atteint, en dépit des études telles que le rapport de l'INESSS<sup>16</sup> publié en 2012.

#### **4. Soutenir l'émergence de la voix des femmes et des personnes premièrement concernées par l'enfantement et créer des alliances pour dénoncer les droits brimés**

Au cours des 10 dernières années, le RNR a initié et collaboré à des études qui ont été effectuées en partenariat avec des chercheuses universitaires dans le but de bonifier nos connaissances des expériences d'enfantement et nous aider dans notre travail de défense des droits. La première a entrepris d'analyser près de 100 récits d'accouchements pour explorer la possibilité qu'ils révèlent l'existence de la maltraitance, de la négligence ou de la violence. La plus récente avait pour but de développer un cadre conceptuel de la violence obstétricale et de consulter les intervenantes communautaires en périnatalité pour entendre leurs observations, stratégies et besoins.

En 2014 et 2015, le RNR a élaboré un projet à visée intersectionnelle afin de mieux comprendre le vécu de violences obstétricales d'une pluralité de femmes : les ateliers Maternité et Dignité durant lequel il est allé à la rencontre de différents milieux. Ces ateliers ont fait émerger les expériences de non-respect, « collectiviser » ces vécus et explorer des propositions de solutions. Nous avons ainsi rencontré des femmes racisées, immigrantes, en situation de handicap, jeunes ou vivant en région éloignée. Ce fut un moment privilégié pour tisser des liens avec des communautés marginalisées, en se déplaçant dans leur milieu afin de conserver le "*safe space*"<sup>17</sup> pour libérer la parole autour des expériences de droits

---

16 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012, « Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque », [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS\\_2012\\_Vol8\\_N014.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS_2012_Vol8_N014.pdf), consulté le 12 novembre 2018.

17 Dans les milieux militants et féministes, un *safe space* est un endroit virtuel ou physique où la sécurité des personnes est assurée. Ainsi, lorsque l'on parle de violences sexuelles, par exemple, on s'assure que les personnes se sentiront en sécurité pour témoigner et ne pas vivre une violence supplémentaire. Il en va de même pour le racisme et autres violences imposées.

brimés. Ces alliances perdurent et continuent à nous faire avancer pour le respect des droits de toutes les femmes.

Chaque année, en mai, durant la Semaine mondiale pour l'accouchement respecté (SMAR)<sup>18</sup> le RNR choisit une thématique adaptée à la réalité québécoise et tenant compte des enjeux actuels. Les thèmes des trois dernières années ont été intimement liés à la violence obstétricale et ses parallèles avec la violence genrée systémique et son continuum de violences sexuelles. Nous avons organisé des conférences et panels de discussion; diffusé des lettres ouvertes et des billets de blogues; tenu des événements d'expression créative et mis en place des outils pour la collecte de témoignages de violence obstétricale.<sup>19</sup>

*« Ligotée [...], isolée dans la peur et le froid et laissée à moi-même ».*  
*« La pression montait dans la chambre et c'était rendu l'enfer ».*  
*« J'étais certaine qu'ils allaient me tuer. Ça fait 25 ans de ça, mais j'en pleure encore ».*  
*« Je ne savais même pas ce qu'il faisait, mais ça m'a fait vraiment mal ».*

*Ces paroles donnent froid dans le dos. À les lire, nous pensons tout de suite que ces femmes décrivent une agression sexuelle. Et pourtant... Elles décrivent leur accouchement! Comment donner naissance peut s'apparenter autant à un viol? Ce que les actions des militantes féministes démontrent, c'est que la culture du viol a su s'immiscer jusque dans la salle d'accouchement et ainsi grandement contribuer au phénomène de la violence obstétricale.<sup>20</sup>,*

Parmi les autres actions que nous réalisons pour faire émerger les voix citoyennes et soutenir les femmes et les personnes qui accouchent, nous offrons un soutien aux femmes qui nous appellent et qui veulent comprendre ce qui leur est arrivé ou porter plainte pour

---

18 La Semaine mondiale pour l'accouchement respecté (SMAR) a été initiée en 2004 par l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR) et est coordonnée par l'European Network of Childbirth Associations (ENCA) depuis 2010.

19 Voir le lien suivant : <https://violenceobstetricale.tumblr.com/>

20 Sophie Séguin, 2017, « Quand la culture du viol s'immisce dans la salle d'accouchement », [https://quebec.huffingtonpost.ca/sophie-seguin/culture-viol-accouchement\\_b\\_16627702.html](https://quebec.huffingtonpost.ca/sophie-seguin/culture-viol-accouchement_b_16627702.html), consulté le 12 novembre 2018

droits brimés. L'année passée, le RNR a organisé un rassemblement national citoyen dénonçant le peu d'accès aux services de sage-femme auquel une centaine de personnes de toutes les régions du Québec ont participé. Cette rencontre leur a permis d'échanger avec d'autres groupes et personnes et de s'inspirer pour continuer le travail de longue haleine qui est nécessaire pour que toutes les femmes et personnes qui souhaitent accoucher sous les soins de sage-femme dans le lieu de leur choix y aient accès. Certains des groupes participants travaillent bénévolement depuis plus de 10 ans et n'ont pas encore accès aux sages-femmes.

Le RNR met aussi en lien des chercheuses avec des femmes qui ont vécu de la violence obstétricale. Il y a présentement de nombreuses étudiantes à la maîtrise qui étudient des facettes différentes de la violence obstétricale, allant de la réalité des femmes sourdes à la façon dont le consentement est enseigné dans les établissements qui enseignent la médecine.<sup>21</sup>

## **5. Appui aux femmes autochtones**

### Cree Women Eeyou Itschee Association (CWEIA)

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. Cet avis est issu d'un cercle de parole qui a eu lieu durant l'Assemblée générale de septembre 2018. Durant la période périnatale, les femmes, porteuses de la vie et du futur, rapportent avoir vécu *ashtemhaaganawao*, un mot Cri voulant dire le « mépris pour la vie ». Présentement, 32% des femmes 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

---

21 Voir l'annexe 3 (recherches)

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 de leurs communautés.

*« 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 childbirths 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.»<sup>22</sup>*

---

22 Association des Femmes Cris de Eeyou Istchee, 2018, "Statement on Ashtemhaagaanawao Experienced by Women During Birthing", [https://cweia.ca/images/CERP\\_Birthing\\_issue\\_statement\\_Oct\\_2018\\_Final1.pdf](https://cweia.ca/images/CERP_Birthing_issue_statement_Oct_2018_Final1.pdf), consulté le 12 novembre 2018

## Stérilisations forcées et non consenties

De plus en plus de voix s'élèvent pour dénoncer le silence qui entoure des stérilisations non consenties chez les femmes autochtones et le racisme qui entoure ces pratiques. Le RNR souligne qu'il est très difficile d'obtenir des informations ou statistiques à savoir si cette pratique a toujours lieu au Québec. Le 11 novembre 2018, Radio Canada rapportait :

« [...] *qu'une nouvelle étude montre que la stérilisation forcée de femmes autochtones n'est pas seulement une partie honteuse de l'histoire canadienne, mais qu'elle a encore cours en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario et dans les territoires. La sénatrice Yvonne Boyer veut mettre la question en lumière au niveau national*<sup>23</sup> ».

## **6. Rappel des droits brimés**

Pour finir, le RNR tient à faire un tour d'horizon des droits des femmes en période périnatale qui ne sont pas respectés au Québec lorsqu'il y a un cas de violence obstétricale<sup>24</sup>.

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

---

23 La Presse, 2018, « Une sénatrice métisse appelle à l'action contre la stérilisation forcée de femmes autochtones », <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1135305/ligature-trompes-maternite-accouchement-canada>, consulté le 12 novembre 2018

24 Les informations suivantes ont été compilées à l'aide du site web <http://www.vosdroitsensante.com/> de Maître Ménard, consulté le 7 novembre 2018.



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 libertés*, 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.

*« Elle a poussé. Y'a l'infirmière qui pousse avec moi en me poussant sur le ventre. Je me souviens d'avoir fait un bruit genre « argghhhhh » quelconque. Ça fait mal en sale, épidurale ou pas. Ça fait mal, j'ai jamais eu mal de même de toute ma vie puis elle s'est retournée puis elle s'est retournée pis elle m'a dit : « Mommy no noise<sup>25</sup> ».*

*« Puis, y'a eu un résident à un moment donné qui est rentré puis, il était vraiment très insistant avec la péridurale, vraiment très insistant. Fais que là, ce résident-là après avoir demandé, non, non, non. Il m'a fait un toucher. Il l'a fait tellement violemment que j'en ai hurlé de douleur. C'était pas pendant une contraction là. C'était un toucher. Je considère ce toucher comme de la violence psychologique qu'on m'a faite<sup>26</sup> ».*

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.

---

<sup>25</sup> 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, pg 54.

<sup>26</sup> Idem, pg. 56.

*« Mais, en même temps, ils m'ont dit, il faut qu'on voie à combien tu es dilatée...soupir...Comment on peut faire ça aux femmes ? Excusez-moi, mais j'étais à quatre pattes, je hurlais et il a fallu que je me retourne sur le dos, qui est face à l'examen médical, et ça m'a fait une douleur, mais j'ai...j'ai pas assez mal comme ça ?<sup>27</sup> »*

*« ...pis là je suis à 10 cm, pis y a une infirmière qui arrive pis qui me dit « ah, tu es ouvert à 10 cm » Je suis comme « ben oui » elle me dit « as-tu le goût de pousser ? » astheure que tu en parles, oui. Là, elle me dit, « Ouais, mais tu pourrais pas attendre ? Parce que la gynécologue est partie diner<sup>28</sup> »*

*Je suis enceinte de mon 5e bébé. Tout de suite après l'accouchement, le médecin m'a demandé ce que j'allais faire pour la contraception. Je lui ai répondu que j'allais prendre mon temps puis y réfléchir. Le lendemain matin, il est entré dans la chambre puis m'a redemandé ce que j'allais faire pour la contraception. Je lui ai encore répondu que j'allais prendre mon temps puis y réfléchir. Il a pris une aiguille puis l'a rentrée dans ma cuisse. Je lui ai demandé ce que c'était puis il a répondu : Depo-Provera. Je lui ai dit que je ne le voulais pas. Il m'a alors dit : tu vas voir c'est plus simple comme ça. Je suis certaine qu'aujourd'hui, personne ne me ferait ça. C'était parce que j'étais jeune qu'ils croyaient qu'ils avaient le droit.<sup>29</sup>*

**Le Droit à l'intégrité** de la personne, donc le droit d'une personne au maintien de son état est conféré par : l'art. 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne (QC)* et l'art. 10 du *Code civil du Québec*.

*« Dr X est en train de nettoyer mon utérus avec sa main, malaxer, tout ça...pis elle est en train de recoudre tout de suite, et elle me gèle...j'ai tout senti...tout ce temps, ma fille est sur moi, je dis à X (le conjoint), attrape là, je ne peux pas....j'ai tellement*

---

<sup>27</sup> Idem, pg. 56.

<sup>28</sup> Idem, pg. 57.

<sup>29</sup> Ateliers maternité et dignité réalisés par le RNR en 2014 et 2015 à travers le Québec, Montréal.

*mal, je sens chaque aiguille...une heure de couture, pas une heure, trente minutes de couture, donc tout, entre l'accouchement, la première heure de ma vie de ma fille, je m'en rappelle pas, je sais juste qu'elle était là, et on me cousait.<sup>30</sup> »*

### Le consentement aux soins :

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 donnée : 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.

*« J'avais dit oui à une personne, pis là tout d'un coup, le prof rentrait, comme ça, voici tout le monde, telle patiente, qui est en train d'accoucher, qui fait une prééclampsie, patati, patata... (je me sentais comme)...un rat de laboratoire, encore là, vraiment, vraiment, comme un rat de laboratoire. Tsé j'ai envie de lui dire « Yo, je suis ici, je suis un humain, je vous entends !<sup>31</sup> »*

---

<sup>30</sup> 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, pg.51.

<sup>31</sup> Idem, pg. 49.

**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 de la santé doit partager avec le patient toutes les informations qu'il détient pour que la personne puisse prendre sa décision, et ce dans un langage clair et accessible au patient. Le médecin peut même recommander certaines lectures pour contribuer à sa prise de décision.

*« Ouais. Je recommence à filer mal. Je le dis à l'infirmier. L'infirmier regarde voir comment ça été il appelle le médecin. Pis il me dit « Ah, on va te donner une injection de quoi de plus fort. » Pis je dis « Ah, c'est pas de la morphine ? » Il dit « non » et je n'entends pas le nom, pis il me pique ». « Je m'attends à avoir quelque chose d'autre, n'importe quoi. Mais non. Il revient encore avec une autre injection, pis il me l'a refait. Pis j'ai aucune idée c'est quoi. Aucune. Là, là, on est rendu 7 heures le matin, ça fait trois injections qu'on me donne que je sais pas c'est quoi...je « feel » vraiment pas, là<sup>32</sup> ».*

*Je suis allée à l'hôpital parce que j'avais des contractions intenses. J'avais un interprète en langue des signes québécoise (LSQ) qui m'a rencontrée là. Après quelques heures, le médecin est arrivé dans la salle. Il s'est mis à expliquer à l'interprète qu'il allait faire une intervention. L'interprète a indiqué qu'elle allait m'expliquer le geste. J'ai hoché de la tête que je comprenais qu'elle allait m'expliquer quelque chose. Le médecin a pris ça comme un consentement et a procédé avec l'intervention. Je ne savais même pas ce qu'il faisait, mais ça m'a fait vraiment mal.<sup>33</sup>*

---

<sup>32</sup> Idem, pg. 59.

<sup>33</sup> Ateliers maternité et dignité réalisés par le RNR en 2014 et 2015 à travers le Québec, Montréal.

## Droits relatifs à la procréation :

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*.

*Je suis enceinte de mon deuxième enfant. J'ai mon nom sur la liste d'attente à deux, maisons de naissance, mais si je n'obtiens pas une place, je vais être obligée de retourner au même médecin. J'ai eu une épisiotomie au premier accouchement et la cicatrice me fait encore mal et a affecté ma vie sexuelle. Si je dois retourner à ce médecin, je sais qu'il va me faire une autre épisiotomie, car il les fait tout le temps. Tout le monde le sait.<sup>34</sup>*

La Politique de périnatalité 2008-2018 visait que 10% des suivis de grossesse soient assurés par des sages-femmes. Un sondage CROP réalisé pour le Ministère de la Santé et des services sociaux en 2005 et un sondage CROP réalisé par la Coalition pour la pratique sage-femme en 2010 révèlent que près d'un quart des femmes en âge de procréer souhaiteraient accoucher hors centre hospitalier. 10% des femmes ont répondu qu'elles choisiraient d'accoucher sous les soins d'une sage-femme. Pourtant malgré ces objectifs clairement énoncés, seul 4% des grossesses sont suivis par des sages-femmes en 2017.

---

<sup>34</sup> Ateliers maternité et dignité réalisés par le RNR en 2014 et 2015 à travers le Québec, Montérégie.

## 7. Quelques statistiques

Nous tenons dans cette section à vous donner quelques chiffres sur les procédures obstétricales réalisées au Québec et qui ne sont pas conformes aux recommandations de l’OMS.

Tout d’abord, le taux élevé de césariennes au Québec année après année. Les chiffres suivants proviennent de *l’institut canadien sur la santé / Canadian Institut for Health Information* et concerne la période 2016-2017<sup>35</sup>.

- Taux total de césariennes au Québec : **25,1%** (Canada : 28,2%)
- Taux total de césariennes primaires au Québec : **16,9%** (Canada : 19,1%)
- Taux total de césariennes répétées au Québec : **80,2%** (Canada : 81,0%)

On constate donc que le taux de césariennes dépasse largement au Québec et au Canada le taux de 10 à 15 pour cent recommandé par l’OMS<sup>36</sup>.

À noter que dans certaines régions rurales et éloignées le taux de césariennes peut dépasser les 30%. C’est le cas dans la région de la Gaspésie-Île-de-la-Madelaine situé au nord du Québec. Durant la période du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018, sur 574 naissances, il a été réalisé 178 césariennes, donc un taux exorbitant de **31% de césariennes**<sup>37</sup>. Ces taux sont alarmants considérant que selon l’OMS un taux de césariennes supérieur à 10% n’est pas associé à une réduction du taux de mortalité maternelle ou néonatale. Au contraire, les

---

<sup>35</sup> *Institut canadien sur la santé / Canadian Institut for Health Information*. Période 2016-2017. [https://apps.cihi.ca/mstrapp/asp/Main.aspx?Server=apmstrextpri i&project=Quick%20Stats&uid=pce\\_pub\\_fr&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=7FA1013E11DF67A7001000804F1D38A0](https://apps.cihi.ca/mstrapp/asp/Main.aspx?Server=apmstrextpri&i&project=Quick%20Stats&uid=pce_pub_fr&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=7FA1013E11DF67A7001000804F1D38A0), consulté le 7 novembre 2018.

<sup>36</sup>Déclaration de l’OMS sur les taux de césariennes. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO\\_RHR\\_15.02\\_fre.pdf;jsessionid=F20CDA5C858FD9A695C67934CC0B1BBE?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=F20CDA5C858FD9A695C67934CC0B1BBE?sequence=1), consulté le 15 novembre 2018.

<sup>37</sup>Ministère de la santé et des services sociaux, Med-Écho : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/statistiques/med-echo/2017-2018/rapports-statistiques/S15\\_distribution\\_accouchements-region\\_de\\_traitement.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/statistiques/med-echo/2017-2018/rapports-statistiques/S15_distribution_accouchements-region_de_traitement.pdf), consulté le 10 novembre 2018.

césariennes peuvent causer des complications majeures et parfois permanentes chez les femmes. Nous tenons également à souligner le taux outrancier de **80,2%** de césariennes itératives qui nous laisse croire que le vieil adage : « césarienne un jour, césarienne toujours » est encore en vigueur au Québec, sans égard à l'impact que de multiples césariennes ont sur les femmes et leur droit à avoir un AVAC.

De plus, dans l'enquête datant de 2009 de *l'Agence de santé du Canada* : « Ce que disent les mères : L'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité »<sup>38</sup>, des pratiques dépassées voir barbares telles que l'épisiotomie, une pratique contestée par la recherche médicale depuis de nombreuses années, étaient encore pratiquées au Québec. En effet, c'est 24,1% (IC 95 % : 21,6-26,6) des femmes au Québec qui déclarent avoir eu une épisiotomie. En outre, c'est 12,1 % (IC 95 % : 10,2-14,0) des participantes qui déclarent que leur pubis a été rasé et parmi les femmes qui ont accouché par voie vaginale, 13,2 % (IC 95 % : 12,1-14,2) ont signalé que quelqu'un avait poussé sur le dessus de leur abdomen pendant l'accouchement, des pratiques dépassées voir dangereuses.

Si l'on convient que cette étude de 2009 commence à dater, elle reste l'enquête la plus récente réalisée à ce jour par le gouvernement du Canada ou du Québec sur ce sujet. Nous réclamons donc une nouvelle enquête, avec la participation de toutes les personnes concernées, et reprochons à l'État de ne pas remplir ses obligations envers les citoyennes. Nous faisons donc l'évident constat que les femmes au Québec ne reçoivent pas les meilleures pratiques possibles en ce qui concerne la grossesse et l'accouchement et que leurs droits à jouir de la meilleure santé qui soit sont brimés.

Nous tenons également à porter à votre attention le fait que la plupart des femmes au Québec accouchent à l'hôpital et avec un médecin spécialiste, ce qui augmente les risques d'interventions inutiles et coûte beaucoup plus cher au système de santé.

---

<sup>38</sup> Agence de santé du Canada : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>, consulté le 10 novembre 2018.

Les chiffres du *Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec* de 2012<sup>39</sup> montrent ainsi que :

- **52 233 (61,9%)** accouchements ont été réalisés sous la supervision d'un obstétricien-gynécologue
- **85 111 (97,6%)** accouchements ont été supervisés par des médecins toutes spécialités confondues.
- **85 340 (97,85%)** accouchements ont eu lieu en établissement hospitalier.

Nous dénonçons ainsi la médicalisation des accouchements au Québec. Nous affirmons également que la rémunération à l'acte des médecins est problématique puisque la réalisation d'une césarienne rapporte plus (acte plus facturé) qu'un accouchement vaginal.

Une étude réalisée en 2016 à la demande du *Regroupement les sages-femmes du Québec*, par la firme indépendante *MCE Conseil*, a révélé qu'un accouchement en milieu hospitalier avec un médecin coûtait en moyenne 25% plus cher qu'un accouchement avec sages-femmes en maison de naissance<sup>40</sup>.

Ces chiffres témoignent encore une fois que les meilleures pratiques concernant la grossesse et l'accouchement ne sont pas offertes aux femmes au Québec. Nous demandons que le gouvernement du Québec prenne ses responsabilités et applique sa *Politique périnatale 2008-2018*, notamment en ce qui concerne un meilleur accès aux sages-femmes pour toutes les femmes du Québec.

---

<sup>39</sup> *Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec* : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001731/?&txt=c%C3%A9sarienne&msss\\_valpub&date=DESC](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001731/?&txt=c%C3%A9sarienne&msss_valpub&date=DESC), consulté le 10 novembre 2018.

<sup>40</sup> MEC Conseil : <https://www.rsfq.qc.ca/file/koWz7bYOmzP3>, consulté le 10 novembre 2018.



## 8. Conclusion et recommandations

En résumé, le RNR dénonce l'inertie malgré la multiplication des politiques, des études, des stratégies et avis du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec ainsi que des différentes associations professionnelles. Les données probantes sont là, mais ne suffisent pas. Dans les années 70, les médecins étaient moins à risque de poursuites s'il ou elle n'intervenait pas. Aujourd'hui, c'est le contraire. Nous pensons que la culture qui entoure la pratique médicale influence énormément le statu quo et le maintien d'un système pouvant donner lieu aux violences obstétricales. Il faut certes, écouter la voix des personnes qui accouchent, mais en dépit des nombres grandissants de témoignages de violence obstétricale, cette parole 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 choisir comme société c'est l'élimination des iniquités et des inégalités vécues par un nombre inquiétant de femmes et personnes pouvant accoucher si un jour le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible soit véritablement respecté au Québec.

Ainsi, nous recommandons :

- Une enquête publique pour déterminer l'ampleur des violences obstétricales au Québec.
- Plus de financement pour les groupes communautaires en périnatalité afin qu'ils puissent assurer pleinement leur rôle d'amplifier la voix citoyenne
- Une révision du mode de rémunération à l'acte des médecins
- Repenser la formation en médecine, bonifier 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
- La mise en place d'un meilleur moyen pour déposer les plaintes, mise 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.
- 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 les réels moyens pour déployer les services de sage-femme dans toutes les régions du Québec.
- Soutenir et promouvoir l'accès à l'accouchement à domicile puisqu'il s'agit d'un droit fondamental.

Le RNR réitère ici son appui à l'Association des femmes Cris de Eeyou Itschee dans leur demande que cessent l'isolation, l'extraction, l'ostracisme et les microaggressions vécues par près de 50% des femmes enceintes de leurs communautés, ce qu'elles appellent *ashtemhaaganawao* ou « mépris pour la vie ». Le RNR appui, sans équivoque, leurs recommandations que tous le professionnel.les reçoivent des formations sur le consentement éclairé et sur la sécurité culturelle; que les femmes devant subir des césariennes puissent être accompagnés et puissent demeurer près des centres hospitaliers pour une durée permettant de s'assurer qu'il n'y ait pas de complications suite à l'opération; que la présence de déclencheurs de traumatismes liés à la colonisation soient éliminés.

## Annexes

### **Annexe 1 –**

#### **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 autres. (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.

La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle. Article, *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 autres. (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.

(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.

## Annexe 2

Tableau II : Indicateurs de la violence obstétricale vécus par les participantes <sup>41</sup>

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									
		Épisiotomie									
Absence de consentement		Injection de médicament									
		Injection d'ocytocine									
		Point du mari (Recoudre l'ouverture du vagin plus serré qu'avant)									

<sup>41</sup> 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, pg.78.

Catégories		Indicateurs	Participants							
			E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Préséance des protocoles sur les besoins de la femme		Roulement de personnel	■			■				■
		Demande de procédures administratives pendant l'accouchement							■	
		Impossibilité de prendre un bain				■				
	<i>Médecine non basée sur les meilleures pratiques</i>	Monitoring en continu	■	■		■	■	■	■	■
		Touchers vaginaux répétés	■	■		■	■	■		■
		Position d'accouchement imposée				■				■
		Séparation mère/bébé	■		■				■	

**Regroupement Naissance-Renaissance**

**469, rue Jean-Talon Ouest, bureau 410**

**Montréal (Québec) H3N 1R4**

**(514) 392-0308**

**info@naissance-renaissance.qc.ca**

**<http://naissance-renaissance.qc.ca/>**