

Université de Montréal

Racisme et santé reproductive chez les femmes de la communauté haïtienne à Montréal

*Par*  
Pamela Léger

Département d'anthropologie, Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences (M.Sc.)  
en anthropologie

Septembre 2022

© Léger, 2022



*Ce mémoire est intitulé*

**Racisme et santé reproductive chez les femmes de la communauté haïtienne à Montréal**

*Présenté par*

**Pamela Léger**

*A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes*

**Deirdre Meintel**

Président-rapporteur

**Karine Bates**

Directeur de recherche

**Sylvie Fortin**

Membre du jury

## Résumé

La santé reproductive est un concept qui réunit plusieurs aspects, tels que les méthodes de contraception, la grossesse, l'accouchement et le fait d'élever ses enfants. La santé reproductive peut être affectée par de nombreuses inégalités et barrières à la santé. À Montréal, les femmes de la communauté haïtienne peuvent vivre plusieurs de ces inégalités simultanément. Plusieurs caractéristiques individuelles peuvent accroître les rapports de pouvoir vécus et ressentis au sein du système de soins de santé québécois.

Pour les femmes ayant des origines haïtiennes, les rapports de pouvoir s'articulent particulièrement autour du genre et de la couleur de peau. Ces rapports de pouvoir précèdent l'institution de soins de santé actuelle et ceux-ci découlent du colonialisme, de la suprématie blanche et du patriarcat. D'autres éléments peuvent être pris en compte, tels que le statut socioéconomique, les caractéristiques individuelles et les milieux de vie.

Les inégalités de santé et barrières à la santé peuvent prendre plusieurs formes : financières, langagières, géographiques et bureaucratiques. Bien qu'il soit connu que le racisme affecte tant la santé que l'accès aux soins de santé, le racisme sous toutes ses formes n'est que peu ou pas abordé en lien avec la santé reproductive au Québec. L'objectif principal de cette recherche est donc d'examiner si le racisme affecte la santé reproductive des femmes de la communauté haïtienne de Montréal, et si tel est le cas, d'explorer de quelles façons, ainsi que les conséquences de ces liens. Pour ce faire, des entretiens avec 16 femmes ayant des origines haïtiennes et vivant à Montréal ont été réalisés. De plus, trois entretiens avec des membres du personnel de soins de santé d'un organisme communautaire ont alimenté la recherche.

**Mots-clés :** santé reproductive, racisme systémique, périnatalité, violences obstétricales, intersectionnalité, justice reproductive, inégalité de santé, genre.

## Abstract

Reproductive health is a concept that brings together several aspects, such as contraceptive methods, pregnancy, childbirth, and child rearing. Reproductive health can be affected by many inequalities and barriers to health. In Montreal, women from the Haitian community may experience many of these inequalities simultaneously. Many individual characteristics can increase the power relations experienced and felt within the Quebec health care system.

For women of Haitian descent, power relations are particularly articulated around gender and skin color. These power relations precede the current health care institution, which arise from colonialism, white supremacy, and patriarchy. Other elements can be considered, such as socioeconomic status, individual characteristics and living environments.

Health inequalities and barriers to health can take many forms: financial, language skills, geographic and bureaucratic. Although it is known that racism affects both health and access to health care, racism in all its forms has received little or no attention in relation to reproductive health in Quebec. The main objective of this research is therefore to determine whether racism affects the reproductive health of women in the Haitian community in Montreal, and if so, to explore the consequences of these links. To do so, interviews were conducted with 16 women of Haitian descent living in Montreal. In addition, three interviews with health care staff at a community organization participated for the research.

**Keywords** : reproductive health, systemic racism, perinatal, obstetric violence, intersectionality, reproductive justice, health inequality, gender.

# Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Remerciements.....	vi
Introduction.....	1
Problématique.....	1
Objectif de recherche.....	2
Élaboration de la problématique.....	3
Structure du mémoire.....	5
Chapitre 1 : Recensement de la littérature et cadre conceptuel.....	7
Introduction.....	7
1.1 Processus de recensement de la littérature et sources sélectionnées.....	7
1.2 Santé reproductive et santé maternelle.....	11
1.2.1 La santé.....	11
1.2.2 La santé reproductive.....	11
1.2.3 La santé maternelle.....	12
1.3 Violences obstétricales.....	15
1.3.1 La violence.....	15
1.3.2 Les violences obstétricales.....	15
1.3.3 L'importance du genre.....	17
1.4 Justice reproductive.....	17
1.4.1 Développement du concept.....	17
1.4.2 Implications.....	18
1.5 Droit à la santé.....	19
1.5.1 Positionnement social.....	19
1.5.2 Inégalités de santé.....	20
1.6 Intersectionnalité.....	22
1.6.1 Définir l'intersectionnalité.....	22
1.6.2 Être femme et être noire.....	23
1.7 Racisme systémique.....	24
1.7.1 Définir le racisme systémique.....	24
1.7.2 Racisme systémique au Canada et au Québec.....	24
Conclusion.....	26

Chapitre 2 : Méthodologie .....	27
Introduction.....	27
2.1 La « communauté haïtienne » à Montréal.....	28
2.2 Démarche ethnographique .....	30
2.2.1 Enquête de terrain à distance .....	31
2.3 Collecte de donnée.....	34
2.3.1 Méthodologie pressentie .....	34
2.3.2 Ajustements Covid-19.....	35
2.4 Considérations éthiques .....	38
Conclusion .....	41
Chapitre 3 : La santé reproductive et la santé maternelle .....	43
Introduction.....	43
3.1 Mise en contexte .....	44
3.2 Système de santé et niveau de facilité d'accès à l'information.....	46
3.2.1 Déterminants sociaux de la santé .....	48
3.2.2 Biopouvoir en institutions de soins de santé.....	50
3.2.3 Expériences négatives en services de soins de santé.....	53
3.3 Méthodes de contraception .....	56
3.3.1 Accès à l'information sur les méthodes de contraception.....	57
3.3.3 Techniques de pression et inégalités .....	60
3.4 La santé maternelle et droit à la santé .....	64
3.4.1 Aux États-Unis.....	65
3.4.2 Au Canada.....	68
Conclusion .....	70
Chapitre 4 : Grossesse et accouchement.....	71
Introduction.....	71
4.1 Grossesse et accouchement au Québec.....	71
4.2 Suivis de grossesse.....	76
4.3 Être enceinte et donner naissance : des expériences marquantes.....	79
4.4 Médicalisation de la périnatalité .....	83
4.5 Vulnérabilité en périnatalité.....	88
Conclusion .....	90
Chapitre 5 : Le racisme et l'intersectionnalité .....	92
Introduction.....	92
5.1 Qu'est-ce que le racisme ? .....	92

5.1.1 Théorie raciale.....	94
5.2 Histoire du racisme au Québec et au Canada.....	95
5.3 Racisme systémique : un héritage colonial .....	101
5.3.1 Emploi.....	103
5.3.2 Éducation .....	106
5.3.3 Logement .....	108
5.4 Racisme interpersonnel.....	110
5.5 Impacts sur la santé.....	116
5.6 Question de genre .....	119
Conclusion .....	122
Chapitre 6 : Surveillance et les violences obstétricales .....	123
Introduction.....	123
6.1 Surveillance et pression constante .....	123
6.1.1 Ajustement de comportements.....	125
6.1.2 Criminalisation et protection de l'enfance .....	128
6.2 Surveillance et violence en périnatalité .....	130
6.3 Les violences obstétricales.....	131
6.4 Consentement libre et éclairé.....	136
6.5 Procédures inutiles ou forcées.....	140
6.5.1 La césarienne .....	141
6.5.2 Les stérilisations forcées .....	144
Conclusion .....	147
Conclusion .....	148
Retour sur la problématique de recherche.....	148
Retour sur les démarches, limites de la recherche, autres questions à être approfondies .....	151
Références bibliographiques.....	i
Annexe A .....	xvi
Annexe B .....	xviii
Annexe C .....	xx



## Remerciements

Je tiens à remercier infiniment toutes les personnes qui m'ont soutenue durant la réalisation de ce projet de recherche.

Merci à ma directrice de recherche, Karine Bates, de m'avoir outillée pour la réalisation de ce travail d'envergure et de m'avoir soutenue moralement tout au long de cette recherche, même à travers les temps difficiles que la pandémie nous a fait vivre. Elle n'a jamais arrêté de croire en moi, même lorsque je peinais à le faire.

Un énorme merci à toutes les participantes qui m'ont accordé du temps et qui m'ont permis d'accomplir cette recherche. Ce mémoire n'aurait pas pu être réalisé sans votre générosité et votre partage d'expériences.

Je tiens aussi à remercier le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) pour la Bourse d'études supérieures du Canada au niveau de la maîtrise (BESC M), qui m'a permis de consacrer un temps aussi précieux que nécessaire à la réalisation de cette recherche exploratoire.

Enfin, merci à mes parents, Rachel et Roland, à ma sœur Samantha, à mes chères amies et à Dominique, pour votre amour et votre soutien inconditionnel.

# Introduction

## Problématique

La santé reproductive peut être vécue de façon très différente selon les parcours de vie et intersections auxquelles les femmes se trouvent. Les déterminants sociaux de la santé, tels que les caractéristiques socioéconomiques, le système de santé et de services sociaux ainsi que le contexte social et culturel (Gouvernement du Québec 2012; Vissandjée *et al.* 2013) ou encore les non-dits, tels que le racisme, ont un impact sur les personnes racisées (Hyman 2009). La santé reproductive est un concept plutôt large, qui touche les moyens de contraception, les procédures obstétriques inutiles ou forcées, la périnatalité, le droit d'avoir des enfants ainsi que le droit de les élever (UNFPA 2022; Price 2010). L'accès aux soins de santé peut être une des barrières auxquelles ces femmes font face et le contexte socioéconomique dans lequel celles-ci se trouvent peut aussi avoir de grandes conséquences sur la santé (Hyman 2009; Vissandjée *et al.* 2013; Gouvernement du Québec 2012).

Bien que les conséquences du racisme sur la santé reproductive aient été reconnues et établies par des chercheuses et chercheurs aux États-Unis (Hummer 1996; Martin et Montagne 2017; Mehra *et al.* 2020; St. Clair 2020; Villarosa 2018), peu d'information sur cette problématique est disponible au Canada et au Québec. Cela est dû, entre autres, au manque de recensement des données liées à la couleur de peau en système de soins de santé (Dryden et Nnorom 2021; Novello-Vautour 2021). L'institut de la statistique du Québec recense plusieurs informations personnelles des femmes qui accouchent, telles que le « pays d'origine, [la] langue parlée à la maison, la langue maternelle, [le] niveau d'éducation, [la] parité » (F. Chery 2010, 34), mais ne retient pas la « race »<sup>1</sup> de la personne. Plusieurs études sur l'état des grossesses et de l'accouchement et des problématiques possibles chez les populations migrantes ont été réalisées (Fortin et Le Gall 2007; Desiderio 2020; Doucet, Baumgarten et Infante-Rivard 1992).

Toutefois, ce type d'étude ne prend pas systématiquement en compte les conséquences directes du racisme sur ces problématiques. Ainsi, le manque de recensement sur la couleur de peau des

---

<sup>1</sup> Le terme de race n'est pas applicable biologiquement pour les humains, mais a été un terme longtemps utilisé par certaines institutions, telles que les corps policiers au Québec, entre autres pour identifier un suspect. En 2018, le Service de police de la Ville de Québec conservait toujours le mot race dans son vocabulaire (Rémillard, 2018).

patientes induit deux lacunes importantes au niveau de la recherche au Canada. La première implique le lien direct entre le racisme et les problématiques possibles en santé reproductive chez les populations migrantes et la deuxième concerne les conséquences du racisme sur la santé reproductive chez les Canadiennes qui ne sont pas blanches.

Certains articles de journaux récents et des écrits militants évoquent des liens entre le racisme et la santé reproductive chez les populations racisées au Québec (Pierre 2021; Fournier 2021, Bessaïh et Melaku 2017; Souissi 2017). Cependant, peu de recherches académiques se penchent sur la question. Sachant que des inégalités de santé affectent les communautés noires (Hummer 1996; F. Chery 2010; T. Williams 2020; Dryden et Nnorom 2021), il est possible de croire que le racisme entraîne des conséquences directes et indirectes sur la santé reproductive des femmes de la communauté haïtienne de Montréal.

## **Objectif de recherche**

Cette recherche a pour objectif principal de déterminer en quoi le racisme affecte la santé reproductive chez les femmes de la communauté haïtienne à Montréal. Comme objectifs secondaires, il sera important de saisir comment les facteurs socioéconomiques affectent la santé ainsi que l'accès aux soins de santé et de comprendre comment ces femmes définissent et ressentent le racisme. Les facteurs socioéconomiques en jeu concernent, entre autres, le niveau d'éducation, l'emploi et le revenu, l'habitation et l'accès aux ressources (Amnistie internationale 2020). Vivant plusieurs discriminations simultanées, ces femmes peuvent se retrouver en situation précaire, affectant la santé et par le fait même, la santé reproductive (Landry 2019; Novello-Vautour 2021). En conséquence, une approche intersectionnelle sera utilisée dans le cadre de cette recherche, puisque les inégalités de santé liées aux discriminations vécues imposent une barrière à l'égalité des chances (Harper et Kurtzman 2014; Bilge 2009).

Au Québec, plusieurs études ont discuté du racisme comme barrière à la santé (Hyman 2009; Dryden et Nnorom 2021; Adrien, Markon et Springmann 2020; Gouvernement du Québec 2012). Toutefois, le thème de la santé reproductive concernant particulièrement les femmes noires ainsi

que les enjeux spécifiques aux femmes ayant des origines haïtiennes<sup>2</sup> n'ont peu ou pas été abordés. D'ailleurs, plusieurs participantes ont mentionné la nécessité d'une telle étude lors des entretiens.

Pour ce faire, une analyse inductive a été utilisée à l'aide d'une revue de la littérature exhaustive, ainsi que par des entretiens semi-dirigés réalisés par visioconférence avec 16 femmes ayant des origines haïtiennes et trois professionnelles de la santé. Les entretiens étaient d'une durée d'environ une heure et ont été effectués entre mai 2021 et août 2021, avec l'approbation du comité d'éthique de mon établissement. Lors de ces entretiens, des données qualitatives ont été récoltées. Cette méthodologie, qui sera expliquée plus en détail au deuxième chapitre, a permis à cette recherche exploratoire de démontrer l'existence de liens entre le racisme et la santé reproductive, de préciser la nature de ces liens et d'explorer le point de vue de ces femmes concernées.

## **Élaboration de la problématique**

Tout au long de mes études universitaires de premier cycle, les inégalités sociales étaient au cœur de mes travaux et de mes intérêts. Mon attrait pour la communauté haïtienne ne fait que s'amplifier à la suite de visites au Centre International de Documentation et d'Information Haïtienne, Caribéenne et Afro-canadienne (CIDIHCA) à l'été 2019. En effet, des discussions stimulantes avec plusieurs archivistes du centre m'ont permis d'obtenir les bases nécessaires afin de développer un sujet de recherche concret pour un mémoire. Je savais vouloir travailler sur des enjeux concernant les femmes depuis longtemps, sans savoir exactement comment les approcher. L'angle de cette recherche s'est précisé lors d'une rencontre avec Jennifer Philippet, doctorante en anthropologie sociale et historique à l'Université Toulouse Jean Jaurès travaillant sur la religion en Haïti. Les thèmes de l'immigration, de la santé et du féminisme ont été soulevés, ce qui nous mena vers la santé reproductive. Une recherche rapide démontra que la littérature sur le sujet était négligeable. J'ai donc décidé d'explorer ce sujet dans le cadre d'une maîtrise qui débuta en janvier 2020.

Au début de cette recherche, ma seule hypothèse était que le racisme a très probablement plusieurs impacts sur la santé reproductive des femmes de la communauté haïtienne de Montréal. Toutefois, le nombre restreint de sources sur le sujet m'a fait douter de ce lien. Puisque le terme de santé

---

<sup>2</sup> Dans ce mémoire, les origines haïtiennes font référence aux personnes qui sont nées en Haïti ou qui ont au moins un parent qui est né en Haïti.

reproductive n'est pas fréquemment utilisé pour les recherches exécutées en Occident<sup>3</sup>, j'ai inclus dans la revue de littérature les recherches liées aux différents aspects<sup>4</sup> de la santé reproductive. Durant l'analyse de ces textes, il semblait que le racisme pouvait effectivement entraîner des conséquences négatives sur plusieurs de ces aspects. Le tout s'est confirmé au fil des entretiens. Les participantes à cette recherche ont généralement été très ouvertes sur leurs vécus et leurs expériences, ce qui a permis d'élargir les liens empiriques possibles entre le racisme et la santé reproductive.

Je tiens d'ailleurs à exprimer à nouveau mes remerciements envers la générosité des participantes pour la confiance qu'elles m'ont accordée. Leurs témoignages m'ont grandement permis de comprendre la complexité de toutes les questions liées à la santé reproductive, et comment ces questions peuvent émerger dès la prise de décision d'utilisation de méthode contraceptive, à l'annonce d'une grossesse, à l'accouchement ainsi que les conséquences du racisme sur ces aspects. Ces entretiens ont permis d'exposer des exemples concrets de la nécessité de l'approche intersectionnelle pour cette recherche. En effet, différentes formes de violences systémiques s'imbriquent les unes aux autres, et ce, particulièrement en lien avec le genre, la couleur de peau et la classe sociale.

Entre avril et août 2021, les données qualitatives recueillies pour cette recherche exploratoire ont éclairé diverses façons dont les femmes perçoivent les rapports de pouvoirs interreliés qui façonnent cette problématique. En effet, plusieurs expériences permettent d'indiquer l'existence de l'objet de la problématique de recherche. Je souhaite que ce mémoire puisse inciter d'autres chercheuses et chercheurs à se pencher sur ces questions afin de combler le manque de littérature et de recherches au Québec sur le sujet.

---

<sup>3</sup> La majorité des recherches portant sur ce sujet sont réalisées dans des pays du Sud. Le Nord et le Sud sont des termes utilisés ici pour représenter le Nord global, autrement appelés les « pays développés », et le Sud global autrement appelés « en voie de développement ». Les pays du Sud sont généralement ceux qui ont vécu la colonisation (Harindranath 2014, 109).

<sup>4</sup> Les différents aspects de la santé reproductive incluent les différentes méthodes de contraception, les suivis de grossesses et la grossesse, l'accouchement, les procédures inutiles ou forcées ainsi que le droit d'élever ses enfants ont été recherchés séparément pour la revue de la littérature.

## **Structure du mémoire**

À la suite de cette introduction, le premier chapitre portera sur la revue de la littérature de même que sur le cadre conceptuel. Nous passerons donc en revue la littérature existante ainsi que les concepts clés de cette recherche. Le deuxième chapitre exposera la méthodologie utilisée. Une brève histoire de la communauté haïtienne à Montréal sera énoncée, pour ensuite préciser les objectifs de la recherche et l'approche méthodologique utilisée. Puis, le choix des outils de la collecte de données en plus de tous les ajustements nécessaires dus à la Covid-19 seront expliqués. Ce chapitre se conclura par les considérations éthiques de ce projet de recherche.

Le troisième chapitre portera sur la santé reproductive et la santé maternelle. Les problématiques reliées aux grossesses, l'état de santé en périnatalité des femmes ayant des origines haïtiennes en comparaison aux femmes blanches ayant des origines canadiennes ainsi que les effets du stress en période de grossesse seront discutés. Le droit à la santé sera abordé dans ce chapitre, sous l'optique des droits de la personne. De plus, certaines participantes ont exposé comment les méthodes de contraception peuvent être perçues comme un élément libérateur, tandis que d'autres ont soulevé leurs dangers possibles pour la santé. Ainsi, une discussion sur comment certaines méthodes de contraception peuvent aussi prendre la forme d'un élément de pathologisation de cycles menstruels irréguliers sera abordé. Finalement, une courte présentation du système de santé québécois sera de mise, ainsi que l'importance du biopouvoir dans ce contexte.

Le quatrième chapitre, sur la grossesse et l'accouchement, exposera plusieurs problématiques sur ces deux notions, à travers la sphère de la santé de l'individu et à travers les responsabilités du système de santé envers les personnes enceintes. Un bref historique de la périnatalité au Québec depuis les années 1950 permettra de cerner les particularités de ce phénomène dans cette province. Ensuite, la périnatalité comme expérience marquante pour la personne enceinte ainsi que les différents types de suivis de grossesse seront discutés. La présentation de ces sujets permettra ainsi de s'avancer sur la médicalisation et la surmédicalisation de la périnatalité, dû principalement à la culture du risque qui entoure l'accouchement. Pour conclure, ce chapitre se terminera par une explication de la conceptualisation de la vulnérabilité en périnatalité. Ceci nous permettra de comprendre le rôle de cette vulnérabilité dans les violences et dans la surveillance auxquelles ces femmes peuvent faire face.

Le chapitre sur le racisme et l'intersectionnalité révélera de nombreuses expériences de racisme rapportées par les participantes. Le choix d'inclure l'intersectionnalité dans ce chapitre provient du fait que toutes les expériences qui seront rapportées, toutes les histoires de microagressions, de racisme direct, d'inconfort ou de malaise devront être comprises à travers l'identité complète de la personne. Ainsi, les racines prédominantes des situations vécues qui seront exposées proviendront du racisme, mais la question de genre reste essentielle. Ainsi, les deux concepts seront abordés ensemble, même si certaines situations relèvent particulièrement du racisme et d'autres de la misogynie. Notamment, l'histoire du racisme au Canada, l'omniprésence du racisme systémique, les microagressions, l'exclusion et les effets sur la santé seront des thèmes abordés et approfondis.

Finalement, le chapitre sur les violences obstétricales permettra d'approfondir les liens entre notions explorées à travers les chapitres précédents. Les questions de genre et de surveillance reviendront afin d'expliquer comment le contrôle du corps des femmes est le résultat du patriarcat inhérent aux institutions de soins de santé. Les chapitres précédents permettront de comprendre pourquoi les violences obstétricales sont considérées comme un enjeu intersectionnel. Effectivement, plusieurs caractéristiques de l'identité d'une personne peuvent accentuer les risques de mauvais traitements de la part du personnel soignant lors de la grossesse et de l'accouchement. La notion de consentement libre et éclairé sera fondamentale afin de traiter toutes les questions de procédures médicales, désirées ou non. Ce chapitre s'efforcera donc d'exposer les fondements derrière les mauvais traitements que les femmes noires peuvent vivre en période de périnatalité en milieu de soin de santé.

# **Chapitre 1 : Recensement de la littérature et cadre conceptuel**

## **Introduction**

L'objectif de ce chapitre est double, soit d'exposer l'état actuel de la littérature existante sur le sujet, ainsi que de présenter les notions théoriques de cette recherche.

La pandémie a non seulement transformé les techniques de recherche ethnographique disponibles, mais a aussi eu un impact sur le processus de sélection de la littérature pertinente. De nombreux événements historiques ont eu lieu entre le début et la fin de ce projet, développant une littérature nouvelle, particulièrement sur les enjeux de racisme et de santé. C'est pourquoi, avant de présenter le cadre conceptuel, je tiens à exposer les différents types de documentations sélectionnés, pour chaque chapitre, afin d'établir ce qui a été pris en compte pour l'analyse des données.

Puisque la santé reproductive est l'un des deux enjeux principaux de la problématique, le cadre conceptuel débutera avec les définitions de la santé, de la santé reproductive ainsi que de la santé maternelle. Par la suite, les violences obstétricales seront présentées, en exposant une définition de la violence et une définition des violences obstétricales. L'avènement de ce terme ainsi que ses liens directs avec la notion de genre seront aussi articulés. Ensuite, le concept de la justice reproductive sera défini et sa corrélation avec la problématique de cette recherche sera expliquée. La position sociale d'un individu et les effets de celle-ci sur la santé seront conséquemment discutés dans la section sur le droit à la santé, ainsi que les façons dont les inégalités de santé affectent la santé. L'avant-dernière section se concentrera sur l'intersectionnalité, à l'aide d'une définition et d'une explication de la nécessité de cette approche pour une étude qui se centralise sur des femmes noires. Le cadre conceptuel se conclura avec la section sur le racisme systémique, qui présentera la définition du racisme systémique et sa présence au Canada et au Québec.

## **1.1 Processus de recensement de la littérature et sources sélectionnées**

Il semblait, lorsque cette recherche a débuté, que la littérature sur la problématique était presque inexistante, ou encore très difficile d'accès. Plusieurs textes ont été rédigés sur certains concepts



qui seront abordés lors de la présentation du cadre conceptuel, mais les liens entre la santé reproductive et le racisme chez les femmes de la communauté haïtienne à Montréal ne sont pas un sujet qui a été réellement exploré à ce jour. Certains textes rédigés aux États-Unis se sont penchés sur certaines notions spécifiques de la santé reproductive ainsi que leurs liens avec le racisme et les inégalités sociales. Toutefois, au Québec, très peu d'écrits sur ces questions existent actuellement. Il serait possible d'émettre l'hypothèse que ce sujet ou un sujet similaire n'a pas encore été touché au Québec, car les études menées sur le racisme vont plutôt rarement prendre la question du genre en perspective. Les deux caractéristiques comme intrinsèquement liées vont rarement être abordées. L'utilisation du terme « rarement » doit se rapporter aux textes réalisés par des chercheuses et chercheurs universitaires, et non pas aux textes des militantes qui développent et enrichissent ces concepts.

Entre le début de ce projet et la fin du mémoire<sup>5</sup>, plusieurs événements historiques se sont produits, ce qui a eu comme conséquence d'élargir la littérature portant sur certains aspects de cette recherche. Par exemple, plusieurs textes et recherches ont été réalisés durant ces années sur le racisme systémique, la surveillance de l'État et les inégalités en santé. De plus, des articles de journaux récents ont exposé des cas de stérilisations forcées chez des femmes noires et autochtones. En effet, le début de la pandémie de la Covid-19, vers mars 2020, affecte la population au niveau mondial et accentue les inégalités en termes de santé déjà existantes (Markon, Springmann et Lemieux 2020). Le meurtre de George Floyd aux États-Unis a été le coup d'envoi qui provoqua de nombreuses protestations contre la brutalité policière envers les personnes noires à travers le monde. N'oublions pas les victimes précédentes de cette brutalité policière aux États-Unis, dont Trayvon Martin, le 26 février 2012, Eric Garner, le 17 juillet 2014, Michael Brown, le 9 août 2014, Walter Scott, le 4 avril 2015, Freddie Gray, le 12 avril 2015, Sandra Bland, le 13 juillet 2015, Philando Castille, le 6 juillet 2016, Botham Jean, le 6 septembre 2018, Atatiana Jefferson, le 13 octobre 2019, Breonna Taylor, le 13 mars 2020, pour ne nommer qu'eux (BBC news 2020; Deliso 2021; Pierre et Bosset 2021; Dryden et Nnorom 2021).

La mort de Joyce Echaquan, femme atikamekw, à la suite graves négligences et d'actes racistes de la part du personnel de soin de santé en milieu hospitalier fut un autre événement hautement

---

<sup>5</sup> Le projet débute en janvier 2020 et le dépôt du mémoire se fait en septembre 2022.

médiatisé au Québec. Cet événement tragique a eu comme effet de relancer le discours sur le racisme en système de soins de santé (Josselin 2021; Pierre et Bosset 2021). La découverte de plusieurs milliers de tombes d'enfants autochtones cachées par les pensionnats et l'Église catholique au Canada a exposé les meurtres réels de cette tentative de génocide culturel (Wapikoni 2020; Cabot 2021).

Notons que le harcèlement policier et le meurtre de personnes noires par la police ne se produisent pas uniquement aux États-Unis. Rappelons-nous de Fredy Villanueva qui a été tué par un policier dans l'arrondissement Montréal-Nord le 9 août 2008, sans qu'une infraction criminelle n'ait été commise par celui-ci (Pilon 2018; Guay 2020). Bony Jean-Pierre, un homme haïtien non armé se fait tuer par la police lors d'une frappe antidrogue le 31 mars 2016, toujours dans Montréal-Nord (Maynard 2018; Renaud 2020). Pierre Coriolan, un homme noir atteint de problèmes de santé mentale en crise devant son immeuble à Montréal fut aussi tué par des policiers, le 27 juin 2017 (Garon 2021). Une histoire similaire se répète le 2 août 2021 : Jean René Junior Olivier se fait abattre par des policiers alors qu'il était en crise à Repentigny. Sa mère avait contacté les autorités pour obtenir de l'aide, plus particulièrement de l'aide pour son fils. Celui-ci a été perçu comme une menace par les policiers<sup>6</sup> (Radio-Canada 2021). Notons que selon la Charte canadienne des droits et libertés, « Tout inculpé a le droit : d'être présumé innocent tant qu'il n'est pas déclaré coupable, conformément à la loi, par un tribunal indépendant et impartial à l'issue d'un procès public et équitable. » (Gouvernement du Canada 2022) Au nom de la loi, toutes ces personnes, qui auraient dû bénéficier de la présomption d'innocence, ont été tuées même si elles ne représentaient pas un danger immédiat pour les policiers·ères. Recoquillon indique que la présomption d'innocence n'est pas accordée aux personnes noires ni aux enfants noir·es, aux États-Unis (2022). Il serait possible de dire qu'une situation similaire est présente au Canada.

Ces événements tragiques, parmi tant d'autres, ont eu comme effet de multiplier la littérature sur le racisme, le racisme systémique, ainsi que sur les inégalités de santé.

Les sources utilisées sont majoritairement des articles scientifiques. De plus, tel que le démontre la bibliographie, plusieurs livres, mémoires de maîtrise, articles de journaux, sites internet d'organismes, publications gouvernementales et des vidéos informatifs ont été consultés.

---

<sup>6</sup> Les noms des victimes sont exposés ici afin que leurs meurtres ne soient pas oubliés.

Pour le chapitre sur la santé reproductive et la santé maternelle, les sources choisies portaient une attention particulière à un portrait des grossesses et accouchements au Canada. Les articles scientifiques pertinents utilisés pour ce chapitre proviennent principalement de la sociologie, de l'histoire, de l'anthropologie juridique, de la philosophie et de la santé publique. Certaines sources gouvernementales ainsi que des mémoires de maîtrise ont été utilisés. Le livre d'Alexandra Pierre, militante et présidente de la Ligue des droits et libertés depuis 2020, portant sur des enjeux féministes vécus par des femmes racisées, contient de précieuses informations sur la maternité et la périnatalité chez les femmes noires au Québec (2021). Plusieurs articles scientifiques contenant des études réalisées aux États-Unis seront utilisés à titre de comparaison. Notons que la santé maternelle semble être un concept utilisé pour expliquer les problématiques vécues dans les pays du Sud. Les termes de « pays en développement » et « pays les moins avancés » ont été utilisés dans ces sources, majoritairement des sites internet, mais ne représentent pas des termes d'usage courant acceptable. Ces termes ne seront donc pas utilisés dans ce mémoire.

Le chapitre sur la grossesse et l'accouchement se base aussi principalement sur la littérature sur la santé périnatale et sur les expériences de vie en périnatalité. Les disciplines dans lesquelles ces recherches ont été réalisées sont sensiblement les mêmes que celles du chapitre précédent. La thèse de Raymonde Gagnon apporte plusieurs informations particulièrement pertinentes sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement des femmes au Québec (2017). Les définitions et textes écrits sur le site internet du Regroupement Naissance-Renaissance ont été utiles pour ce chapitre, permettant d'émettre de nombreuses bases essentielles, tant sémantiques qu'explicatives (2014a; 2014b; 2014c; 2014d; 2014e; 2014f; 2014g). Des mémoires de maîtrise et des monographies ont également contribué à l'analyse proposée dans cette section.

Pour le chapitre sur le racisme et l'intersectionnalité, plusieurs disciplines ont nourri les réflexions : sociologie, sciences juridiques, psychologie, épidémiologie, sciences politiques, histoire, biologie et travail social. Plusieurs disciplines et approches sont nécessaires pour parler de sujets aussi complexes que ceux-ci. Des mémoires de maîtrise, articles de journaux et des statistiques de Statistiques Canada ont aussi permis de compléter certaines informations. Le livre de bell hooks<sup>7</sup> a permis d'enrichir les sections sur le genre (2015) et le livre de Maynard, doctorante

---

<sup>7</sup> Les minuscules sont conservées pour le prénom et le nom de l'auteurice, puisque c'est ainsi qu'ils apparaissent dans ses publications.

et chercheuse se spécialisant particulièrement dans les *Black Studies*, a été particulièrement pertinent pour toutes les questions sur le racisme systémique, la surveillance de l'État et toutes les notions qui leur sont associées (2018).

Finalement, pour le chapitre sur les violences obstétricales, les articles scientifiques proviennent des disciplines de la sociologie, de la littérature anglophone, des études féministes, de sexologie et d'anthropologie. Plusieurs mémoires de maîtrise et articles de journaux ont permis de consolider l'écriture de cette section. Les livres de Laferrière (2021) et encore une fois de Maynard ont permis d'établir des liens entre les violences obstétricales et le racisme.

## **1.2 Santé reproductive et santé maternelle**

### **1.2.1 La santé**

La santé, selon la définition de Paquette, Leclerc et Bourque, n'est pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité. Il convient plutôt de la considérer comme une ressource qui permet le bon fonctionnement en société de l'individu, de disposer d'objectifs et de pouvoir les poursuivre. Ainsi, les maladies ou incapacités peuvent contrevenir à ces possibilités : « La maladie peut en effet avoir des impacts importants sur les processus d'adaptation, d'intégration et de participation sociale des individus » (Paquette, Leclerc et Bourque 2014, 9). Elles peuvent donc engendrer certaines barrières, désavantageant les individus sur plusieurs facettes de leur existence (*Ibid.*). Cette définition de la discipline de l'épidémiologie a été sélectionnée, car elle indique implicitement que les inégalités en termes de santé que certaines populations vivent ont des conséquences directes sur l'inclusion d'un individu à la société. Cette inclusion, comme nous le verrons tout au long de ce mémoire, est cruciale à une bonne santé mentale et même à une bonne santé physique.

### **1.2.2 La santé reproductive**

Une seule définition de la santé reproductive est difficile à élaborer, puisque celle-ci inclut plusieurs aspects.

Le Fonds des Nations unies pour la population définit une bonne santé reproductive comme un « état de bien-être total sur le plan physique, mental et social, relativement à tous les aspects du système reproductif » (UNFPA 2022). Par le fait même, la personne est en mesure de disposer

d'une vie sexuelle saine et prospère. L'accès à l'information concernant tous les aspects reliés à la santé reproductive doit être accessible à toutes et à tous (*Ibid.*). En effet, le bien-être doit être atteint à tous les niveaux mentionnés plus haut afin que l'on considère une santé reproductive comme étant saine. La personne doit être en mesure de pratiquer la sexualité en ses propres termes, tout en ayant le choix d'avoir des enfants ou non (Chouinard 2019). Ainsi, la santé reproductive inclut tous les moyens utilisés pour arriver à ces fins.

La santé reproductive est un donc un concept qui touche les moyens de contraception, la grossesse et les suivis, l'accouchement, la périnatalité, les procédures inutiles ou forcées ainsi que le droit d'élever ses enfants. Notons que la périnatalité, selon l'anthropologue Hélène Valentini, « englobe les dimensions physique, psychologique, sociale et économique ayant une influence sur la santé et le bien-être » (2004, 52). Elle débute à la conception ou à la prise de décision d'avoir un enfant et se termine lorsque l'enfant fête son premier anniversaire (*Ibid.*). L'accès à des informations claires et complètes concernant les moyens de contraceptions et toutes procédures reliées à la périnatalité sont nécessaires afin de prendre toute décision et de donner son consentement libre et éclairé.

Il est important de mentionner que la santé reproductive inclut les choix et les droits des personnes enceintes ainsi que leurs préférences au niveau de l'accouchement, permettant une santé reproductive satisfaisante (Regroupement Naissance-Renaissance 2014f). D'ailleurs, le droit d'avoir des enfants, l'un des piliers importants de la justice reproductive qui concerne principalement les stérilisations forcées, est une pratique toujours présente au Québec (Fournier 2021). Par le fait même, le droit d'élever ses enfants sans se les faire enlever par la protection de l'enfance pour des raisons racistes est aussi l'un des piliers de la justice reproductive (Price 2010). Enfin, la santé reproductive englobe la santé maternelle.

### **1.2.3 La santé maternelle**

La santé maternelle est la santé de la personne enceinte, lors de la grossesse et de l'accouchement, plus particulièrement. Toutefois, les risques qu'une ou plusieurs problématiques surviennent lors de la grossesse ou à l'accouchement peuvent être reliés aux expériences de vie. Tout au long de la vie, la position socioéconomique ainsi que la position géographique d'une personne ont des impacts sur sa santé, affectant par le fait même sa santé maternelle. En effet, les risques de complications de grossesse ou à l'accouchement augmentent considérablement lorsque la personne

est dans un environnement instable, un milieu défavorisé, et où les soins de santé ne sont pas accessibles facilement. L'*International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) estime qu'environ 830 femmes par jour décèdent à travers le monde à la suite de complications reliées à la périnatalité. L'hémorragie post-partum, la septicémie ainsi que la prééclampsie font partie de ces complications (2021). Selon plusieurs sources définissant de la santé maternelle, les décès et complications graves surviendraient particulièrement dans les pays du Sud (Unicef France 2011, 1; Organisation mondiale de la Santé 1988; USAID *Maternal and Child Survival Program* 2015, 1; JICA 2016; Association québécoise des organismes de coopération internationale 2017).

Toutefois, la santé maternelle doit aussi être étudiée dans les pays du Nord. De nombreuses inégalités et oppressions existent envers certains groupes et populations au Québec. Ces oppressions sociales peuvent avoir des impacts considérables sur la santé maternelle, reproductive et globale des femmes et personnes pouvant donner naissance. En effet, une étude menée par Martine F. Chery démontre qu'au Canada, de grandes disparités existent au niveau des naissances entre les mères ayant des origines haïtiennes et les mères blanches ayant des origines canadiennes. Notamment, les proportions de naissances de faible poids, la prématurité ainsi que le retard de croissance intra-utérine sont plus élevés chez les femmes ayant des origines haïtiennes, atteignant une différence d'au moins 1 à 2,7% en 2010 (F. Chery 2010). Selon Novello-Vautour<sup>8</sup>, au Canada, alors que l'accouchement prématuré touche 5,9 femmes blanches sur 1000, il touche 8,9 femmes noires sur 1000. Ces statistiques sont similaires à celles retrouvées aux États-Unis (2021; Pierre 2021). Selon Hirut Melaku, militante pour la justice reproductive et accompagnante à la naissance depuis 2012, les risques de donner naissance prématurément sont jusqu'à trois fois plus élevés chez les femmes noires, et ce, peu importe le statut économique, le parcours d'éducation ou encore la consommation de tabac ou d'alcool (Bessaïh et Melaku 2017).

Si les femmes blanches défavorisées peuvent aussi faire face à ce type de problématique, les femmes noires y font face, peu importe leur statut socioéconomique (*Ibid.*), tel que nous pourrions le constater selon le vécu des participantes tout au long de cette recherche. Cela mène à croire que ce statut n'est pas l'unique notion entraînant des conséquences sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement des femmes noires. Ces femmes peuvent être fréquemment exposées à des

---

<sup>8</sup> Katherine Novello-Vautour réalise son mémoire de maîtrise en service social en 2021. Elle recueille des témoignages sur les violences obstétricales chez 17 femmes noires ou autochtones à travers le Canada.

formes de racisme individuel, font face au racisme systémique et subissent une surveillance constante de la part de l'État et des individus, généralement blancs, qui les entourent (Maynard 2018). Ces thèmes seront approfondis plus tard dans le texte. Sachant cela, il est possible de concevoir qu'un grand stress est ressenti tout au long de la vie des femmes noires. Melaku rapporte une recherche menée aux États-Unis par quatre organismes, qui indique que ce stress persiste et affecte la grossesse : « Les auteur·e·s de cette recherche concluent que le stress chronique associé à l'expérience quotidienne du racisme a un effet sur le niveau d'hormones pouvant conduire à une naissance prématurée. » (Bessaïh et Melaku 2017)

Comme mentionné un peu plus haut, la santé maternelle est affectée par les expériences de vie de l'individu. Un stress constant peut grandement affecter la santé. Le stress chronique peut induire une baisse d'efficacité du système immunitaire ainsi que la dépression, entre autres (Thurin, Jacque 2002). Par le fait même, des études dans le domaine de l'épigénétique avancent l'idée que l'état affectif et émotionnel de la personne enceinte pourrait affecter directement le développement du fœtus. Effectivement, ce stress pourrait avoir des conséquences directes sur le développement de l'enfant, du côté cognitif, comportemental ainsi que sur la santé physique et mentale (Graignic-Philippe et Tordjman 2009; Zeindler 2013). De plus, dès l'enfance, les enfants noirs peuvent déjà ressentir les effets du racisme dans leur vie en général :

La déshumanisation des enfants noirs, cela est très douloureux à voir... parce que ça fait partie des expériences vécues, de la période prénatale jusqu'à l'arrivée dans le système scolaire. Je vois par exemple des enfants se replier sur eux-mêmes, se perdre et sentir qu'ils ont moins de valeur à cause de leur expérience à l'école, uniquement à cause de ce qui se passe à l'école. (Pierre 2021, 238)

Ainsi, la santé maternelle est un enjeu à prendre en considération dans les pays du Nord. Un environnement stressant et instable peut être vécu par des femmes noires habitant ces pays. Les conséquences du stress causé par le racisme affectent tant la mère que le fœtus, pouvant causer des conséquences sur le développement de l'enfant dès la période de périnatalité. Il est donc possible de dire que les inégalités et oppressions vécues par celles-ci peuvent entraîner des conséquences sur les grossesses et sur les accouchements, tant aux États-Unis qu'au Québec et au Canada (Novello-Vautour 2021; F. Chery 2010; Bessaïh et Melaku 2017). Les conséquences du racisme sur la santé reproductive seront discutées tout au long de ce mémoire.

## **1.3 Violences obstétricales**

Les concepts présentés subséquemment viendront poser les bases nécessaires pour mieux saisir les liens possibles entre racisme et violences obstétricales. Pour présenter ce concept, il est important de débiter par une brève exploration du concept de violence.

### **1.3.1 La violence**

La lutte contre les violences de toutes formes prend de l'importance au sein de la santé publique depuis maintenant plus de 40 ans (Bourrelier 2018). L'Organisation mondiale de la santé définit la violence par « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » (Institut national de santé publique du Québec 2018). Howard Becker, sociologue, détermine la violence comme étant définie selon le contexte, c'est-à-dire selon les perceptions, les normes et les répercussions sociales (Bourrelier 2018). La violence peut donc prendre plusieurs formes et est déterminée selon son contexte environnemental et social. Ces deux définitions permettent d'exposer la violence comme étant vécue, perçue et définie comme tel par la victime, et se résultent en des conséquences d'ordre physique ou psychologique. Par conséquent, ce qui est considéré comme violent de la part des victimes doit être entendu comme tel, car celles-ci se basent sur un certain cadre normatif.

### **1.3.2 Les violences obstétricales**

Les violences obstétricales sont des formes de violences exercées par le milieu qui octroie les soins reliés à la grossesse et l'accouchement. Ce concept est développé en Amérique du Sud vers le début des années 2000, plus spécifiquement au Venezuela. La reconnaissance des violences obstétricales dans ce pays découle de plusieurs années de militantisme et d'activisme de la part de la population, tant dans les milieux militants que dans les milieux scientifiques. Des organismes non gouvernementaux, des organisations internationales ainsi que plusieurs organisations féministes ont joint leurs forces pour faire reconnaître l'existence de ces violences (Bourrelier 2018; Rozée et Schantz 2021; Landry 2019; Franeczek 2018; Fontaine *et al.* 2019; Labrecque 2018). L'apparition de ce concept va de pair avec l'avancée des technologies de soins, où la



grossesse et l'accouchement sont de plus en plus médicalisés (Gagnon 2017). La médicalisation de la périnatalité consiste à traiter la grossesse et l'accouchement, des phénomènes généralement non pathologiques, comme étant des maux qui nécessitent des interventions médicales. Cette pathologisation de la périnatalité entraîne une médicalisation de ces phénomènes, et les violences directes et indirectes envers les femmes qui accouchent s'accroissent avec cette augmentation d'interventions. En effet, les femmes qui accouchent sont de plus en plus perçues comme des numéros ou des corps, et de moins en moins comme des êtres humains (Landry 2019).

Ainsi, la violence obstétricale, selon le texte de loi de 2007 du Venezuela, serait :

L'appropriation par le personnel de santé du corps des femmes et du processus de reproduction, qui se manifeste par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une pathologisation des processus naturels ; ce qui entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et de capacité à décider en toute liberté en ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie. (Rodrigues *et al.* 2015, 201)

Parmi les formes de violences obstétricales, on y inclut le manque de consentement libre et éclairé pour une procédure, un manque de considération pour la pudeur, un manque de respect ou encore une minimisation de la douleur ressentie (Bourrelier 2018). Tel qu'indiqué par le Regroupement Naissance-Renaissance, la question des violences obstétricales est un enjeu de santé publique, d'atteinte à la dignité ainsi qu'aux droits de la personne (2014g; Franeczek 2018). Ainsi, l'un des objectifs principaux de la lutte contre les violences obstétricales est de contrer la perte d'autonomie que la médicalisation de la périnatalité engendre (Landry 2019). L'humanisation des naissances est au cœur de la question. L'humanisation des soins, selon le Centre hospitalier universitaire mère-enfant Sainte-Justine, requiert une inclusion de la famille et du cercle social de la personne sollicitant des soins « comme partenaires majeurs dans le processus de guérison et de réadaptation ». Les membres du personnel de soins doivent faire preuve d'empathie et de bienveillance, ainsi que de fournir un environnement approprié et satisfaisant. Les patient·es doivent être perçues et traitées comme des êtres humains dotés d'une individualité qui leur est propre (2021).

### **1.3.3 L'importance du genre**

Notons que le genre doit être pris en compte pour mieux comprendre les violences obstétricales. Bien que les personnes non binaires ainsi que les hommes transgenres ayant un utérus peuvent aussi donner naissance, la majorité des personnes pouvant donner naissance sont des femmes. C'est donc un enjeu qui ne concerne pas le corps des hommes cisgenres<sup>9</sup>. La domination patriarcale de la société occidentale s'instaure dans la construction du système médical actuel (Jewkes et Penn-Kekana 2015; Gagnon 2017), qui s'établit toujours « sur des normes coloniales, racistes, hétéronormatives, cisgenres, transphobes, grossophobes, etc., [et] dessert souvent mal les personnes qui ne rencontrent pas ces normes. » (Novello-Vautour 2021, 65) Le corps des femmes est ainsi perçu comme pathologique par le système médical puisqu'il diffère de celui des hommes (*Ibid.*). Les inégalités de genre ainsi que la question du contrôle du corps des femmes sont donc intrinsèques aux violences obstétricales. Dans la littérature sur le sujet, les violences obstétricales sont inmanquablement considérées comme des violences sexistes. Ce type de violence peut être réalisé par des personnes qui n'ont pas nécessairement la volonté de commettre des gestes violents ou de maltraitance. Toutefois, l'attention doit être redirigée sur ces gestes et sur les victimes afin d'avoir une meilleure compréhension des relations de pouvoirs qui se trouvent derrière ces actions (Bourrelier 2018; Franczek 2018).

## **1.4 Justice reproductive**

### **1.4.1 Développement du concept**

Le concept de la justice reproductive voit le jour en 1994, développé par des femmes racisées après la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement en Égypte (Price 2010). Notons que le terme de personnes racisées se rapporte à la construction sociale que le phénomène du racisme impose à une personne, contrairement à la « race » comme phénomène biologique (Hyman 2009). Le groupe des communautés asiatiques de défense de la justice reproductive définit la justice reproductive comme étant le bien-être complet physique, mental, spirituel, politique, économique et social des femmes et des filles. Ce bien-être sera considéré comme atteint lorsque les femmes et les filles auront le pouvoir et les ressources nécessaires afin

---

<sup>9</sup> La cisidentité concerne une personne dont le sexe assigné à la naissance correspond à son genre toute sa vie (Statistique Canada 2021).

de prendre leurs propres décisions concernant leurs corps, leur sexualité et leur maternité pour elles-mêmes, et ce, dans toutes les sphères de leurs vies (Price 2010).

### 1.4.2 Implications

La justice reproductive dépasse largement le débat sur l'avortement, qui s'articule autour de l'opposition « pro-choix » et « pro-vie » (Price 2010). En effet, les problématiques importantes de ce concept se réunissent sous trois piliers, soit le contrôle de sa fertilité, le droit d'avoir des enfants ainsi que le droit d'élever ses enfants et de le faire dans la dignité (*Ibid.*). Chez les femmes racisées, le droit d'avoir des enfants peut leur être enlevé contre leur gré lors de stérilisations forcées (Pierre 2017; Fournier 2021). La stérilisation forcée est réalisée sans le consentement libre et éclairé de la patiente, généralement justifiée par les spécialistes qui exécutent l'intervention à l'aide de visées eugénistes. L'eugénisme est une théorie pseudoscientifique répandue dès lors de l'ère darwiniste. Elle prône l'amélioration de la race humaine par la reproduction des membres considérés comme supérieurs à celle-ci. Selon cette théorie, les personnes provenant d'un milieu défavorisé, les personnes ayant un ou plusieurs handicaps, les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, les criminel·les, les personnes de la communauté LGBTQIA+ ainsi que les personnes racisées ne devraient pas avoir le droit d'avoir des enfants (Price 2010).

Depuis les dernières années, plusieurs militant·es pour la justice reproductive tentent d'inclure toutes les personnes pouvant donner naissance, plutôt que d'être exclusivement réservé aux femmes cisgenres (Serraio 2020). De plus, la justice reproductive inclut le démantèlement du capitalisme, de la suprématie blanche<sup>10</sup> et du colonialisme (Smith 2005). Ainsi, les trois piliers mentionnés plus haut seront au cœur de cette recherche, puisqu'ils représentent les problématiques et inégalités reliées à la santé reproductive que vivent les femmes noires.

---

<sup>10</sup> « Idéologie fondée sur un système complexe de croyances sous-entendant la suprématie des valeurs culturelles et des normes des peuples d'origine européenne par rapport aux autres groupes humains. La suprématie blanche s'enracine dans l'histoire (pensons à la colonisation et à l'impérialisme) et dans les institutions (justice, éducation, etc.) construites par ces nations » (Pierre 2017)

## 1.5 Droit à la santé

### 1.5.1 Positionnement social

Le positionnement social d'un individu peut avoir des impacts sur sa santé, sur la connaissance de ses droits et sur son agentivité par rapport à l'exercice de ces droits, le tout pouvant affecter son accès aux soins (Vissandjée *et al.* 2013). Les institutions de soins de santé réunissent les établissements qui prodiguent des soins, des interventions et des examens médicaux. Le positionnement social entraîne par le fait même des conséquences sur la compréhension de ces institutions bureaucratiques, pouvant affecter l'accès aux soins de santé. Dans ce mémoire, le système de soins québécois regroupera les cliniques médicales, les pharmacies communautaires, les services préhospitaliers d'urgence, les hôpitaux ainsi que les Centres locaux de services communautaires (CLSC) (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2018).

Ce système impose des barrières institutionnelles complexes, en plus d'utiliser un langage bureaucratique complexe, inaccessible pour une grande partie de la population (Regroupement Naissance-Renaissance 2014d). En outre, l'utilisation d'un jargon médico-administratif, où les ressources sont uniquement disponibles par écrit, peut créer des difficultés d'accès pour une certaine partie de la population. Aussi, les barrières linguistiques peuvent être contraignantes pour les populations migrantes. Dans le même ordre d'idée, une connaissance de base du système de soins québécois est plus que nécessaire afin de comprendre son mécanisme, ce qui se trouve à imposer des obstacles au droit à la santé pour les nouveaux arrivants qui ne connaissent pas le système. Ces barrières peuvent aussi prendre la forme de racisme individuel ou encore d'exclusion lors des soins. Certaines barrières géographiques existent, car certains quartiers ne peuvent octroyer un accès facile à certains services de soins, si accès il y a (Vissandjée *et al.* 2013; Hyman 2009).

Les barrières financières sont particulièrement importantes aux États-Unis, où un total 27,5 millions de personnes n'avaient pas accès à une assurance maladie en 2018 (L'Obs 2019). Au Québec, malgré un système de santé universel instauré en 1970 « qui garantit un accès gratuit aux services médicaux à l'ensemble de la population » (Valentini 2004, 51), plusieurs groupes sont directement et indirectement désavantagés quant à l'accès aux soins. En effet, l'accès à la santé et aux soins de santé est teinté d'inégalités sociales et ces dernières augmentent avec les années (F.

Chery 2010). Comme l'indique la définition de la santé de Paquette, Leclerc et Bourque, les inégalités de santé affectent directement l'inclusion d'un individu à une société (2014). Entremêlées avec le racisme systémique et les fondements coloniaux de ces institutions, ces barrières produisent des formes d'exclusion et de marginalisation chez plusieurs groupes au sein de la société québécoise (Vissandjée *et al.* 2013; Amnistie internationale 2020).

Le droit à la santé est un droit fondamental et implique tout autant le droit d'accès aux soins de santé que le droit d'être en santé. Le droit à la santé est d'ailleurs inclus dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé dès 1946, car cette notion est essentiellement liée au principe de l'égalité des chances. Par conséquent, le droit à la santé impose, entre autres, de permettre un accès à l'information nécessaire pour bénéficier de soins de santé convenables et correspondants aux besoins, quels qu'ils soient. À cet égard, le droit à la santé est une question de justice et d'équité (Vissandjée *et al.* 2013).

### **1.5.2 Inégalités de santé**

De telles inégalités ont été vécues et documentées durant la pandémie de la Covid-19. Par exemple, un article de Radio-Canada indique qu'au tout début de la pandémie, vers avril 2020, les personnes racisées sont particulièrement à risque d'attraper le virus et d'en souffrir les conséquences. Cet article présente la situation au Maryland, aux États-Unis, où la population noire, bien que moins grande que la population blanche, a des taux bien plus élevés de personnes touchées par le virus (Bélangier 2020). Une situation similaire s'est aussi fait ressentir au Québec : « Un gradient croissant a été observé entre la proportion de minorités visibles des voisinages et le taux de cas de COVID-19 pour 100 000 habitants. En effet, plus la proportion est élevée, plus le taux de cas pour 100 000 habitants augmente. » (Adrien, Markon et Springmann 2020, 1) En effet, les populations racisées et/ou défavorisées sont beaucoup plus à risques devant cette pandémie. Plusieurs éléments sont en cause.

Tout d'abord, les emplois occupés par ces populations peuvent les obliger à être en contact avec un grand nombre de personnes, ce qui accentue le risque d'être en contact avec le virus. Par exemple, une portion notable de ces populations travaille en milieux de soins et d'entretiens et est donc exposée à des risques plus importants (Markon, Springmann et Lemieux 2020). Autrement, des conditions de logement déplorable peuvent altérer la santé, pouvant augmenter les risques de

maladies cardiovasculaires ou maladies chroniques, les rendant plus vulnérables face à la Covid-19 (Ginot et Peyr 2010; Bélanger 2020). Dans certains quartiers, les immeubles sont surpeuplés et ne permettent pas de pratiquer une distanciation sociale appropriée (Markon, Springmann et Lemieux 2020; Ginot et Peyr 2010).

Le droit à la santé est intrinsèquement lié à la santé maternelle et reproductive. L'importance du bien-être au quotidien réduit grandement les chances de mortalité infantile ou de problématiques liées à la périnatalité, et ce, jusqu'à la post natalité. Verbiest *et al.* émettent plusieurs recommandations en 2016 pour atteindre ce bien-être. Un accès à des soins de santé de qualité ainsi que l'éradication des disparités existantes sont des éléments fondamentaux pour une santé maternelle continue chez les personnes enceintes. Des ressources doivent être disponibles afin d'offrir un support soutenu pour la nouvelle mère ou le nouveau parent, ainsi que pour la famille (2016). Actuellement, les risques de mortalité maternelle sont trois à quatre fois plus élevés pour les femmes noires que les femmes blanches aux États-Unis, et les risques de mortalité infantile sont deux fois plus élevés chez les enfants noirs que les enfants blancs (Villarosa 2018).

Bien que les données sur la mortalité maternelle en fonction de la « race » ne soient pas disponibles au Canada, le modèle de Hummer de 1996 permet de déconstruire les approches utilisées pour expliquer ces écarts disproportionnés. La génétique, les différences culturelles et comportementales ainsi que le statut socioéconomique ne permettent pas d'expliquer intégralement les différences de mortalité infantile et d'espérance de vie entre les personnes noires et les personnes blanches. En effet, l'auteur démontre que le racisme est un facteur critique dans l'étude de la santé et de la mortalité des personnes racisées (Hummer 1996; F. Chery 2010). En comprenant de quelles façons les oppressions vécues sur une base régulière affectent continuellement le quotidien de ces personnes, il est possible de comprendre pourquoi le risque d'être dans une situation vulnérable est plus élevé et comment la santé en est ainsi affectée. Ainsi, la couleur de peau, le revenu, le niveau d'éducation et plusieurs autres phénomènes peuvent avoir des effets sur la santé de façon directe et indirecte, ainsi que sur l'accès aux soins de santé et de services sociaux (Gouvernement du Québec 2012). Selon Vissandjée *et al.*, le droit à la santé sera atteint pour tous lorsque chaque personne pourra atteindre son plein potentiel de santé, et ce, peu importe sa situation et position sociale (2013).

## 1.6 Intersectionnalité

### 1.6.1 Définir l'intersectionnalité

Kimberley Crenshaw est une universitaire féministe afro-américaine lorsqu'elle développe le concept de l'intersectionnalité, à la fin des années 1980. C'est un concept qui permet de penser les oppressions engendrées par certaines caractéristiques telles que le sexe et le genre, la race, l'ethnicité, la classe socioéconomique, l'orientation sexuelle, l'âge et les handicaps comme agissantes simultanément. L'objectif est donc de ne pas concevoir les oppressions reliées à ces caractéristiques comme s'exerçant seules ou encore comme s'accumulant, mais plutôt de les comprendre comme interactives. Selon ce concept, les dynamiques sociales agissent conjointement et les oppressions et inégalités se fusionnent (Bilge 2009). Pour définir l'oppression sociale, la Fondation canadienne des relations raciales écrit :

L'oppression sociale fait référence à l'oppression qui est réalisée par des moyens sociaux et qui a une portée sociale - elle affecte des catégories entières de personnes. Ce type d'oppression inclut les mauvais traitements, l'exploitation et les abus systématiques d'un groupe (ou de plusieurs) groupes de personnes par un autre groupe (ou plusieurs groupes). Cela se produit chaque fois qu'un groupe détient le pouvoir sur un autre dans la société par le biais du contrôle des institutions sociales, ainsi que des lois, des coutumes et des normes de la société. (Fondation canadienne des relations raciales 2015)

Les oppressions sociales vont être réalisées de la part d'un groupe dominant envers un autre. Généralement, le groupe dominant a le pouvoir de déterminer ce qui va être considéré comme la Norme<sup>11</sup>. Celui-ci va donc déterminer une norme en fonction des caractéristiques qui s'y apparentent. La norme est donc déterminée par la société coloniale occidentale comme la suprématie blanche, capitaliste et patriarcale; soit l'homme blanc fortuné (hooks 1992). Plus un individu accumule des caractéristiques qui s'éloignent de cette norme, plus la personne a des chances de faire face à des oppressions multiples, créant une situation particulière de marginalisation et d'exclusion spécifique à celle-ci. L'exclusion sociale qui ressort de l'équation est donc bien plus complexe qu'une accumulation d'inégalités. Ces caractéristiques créent un tout,

---

<sup>11</sup> Afin de distinguer la norme de la suprématie blanche, capitaliste et patriarcale des autres types de normes, ce concept sera écrit dans ce mémoire avec un « n » majuscule.

où les facteurs d'oppressions n'agissent pas seulement sur l'une d'elles à la fois, mais plutôt sur l'identité complète de la personne (Pierre 2017).

### 1.6.2 Être femme et être noire

Historiquement, les femmes noires ont dû diviser leur genre de leur couleur de peau afin de lutter contre les inégalités sociales qui les affligeaient (et qui les affligent toujours) (Maynard 2018). Lors du mouvement pour la libération des personnes noires des années 1960 aux États-Unis, il n'était pas question de remettre en question le pouvoir du patriarcat. Plusieurs femmes noires ont tenté de le faire, mais les hommes noirs du mouvement avaient tendance à leur indiquer que la lutte contre le patriarcat ne ferait que les diviser davantage. Elles étaient donc incitées à lutter pour la cause des personnes noires, plutôt que pour la cause des femmes (hooks 2015). De la même façon, les groupes féministes des mêmes années aux États-Unis ont complètement exclu les femmes noires de leurs revendications (*Ibid.*).

Lorsqu'on parle de personnes noires, le sexisme fait obstacle à la prise en compte des intérêts des femmes noires ; lorsqu'on parle des femmes, le racisme fait obstacle à la reconnaissance des intérêts des femmes noires. Lorsqu'on parle des personnes noires, l'attention est portée sur les *hommes* noirs ; et lorsqu'on parle des femmes, l'attention est portée sur les femmes *blanches*. [...] Aucun autre groupe aux États-Unis n'a eu à se construire à travers une identité non existante comme ce fut le cas pour les femmes noires. (hooks 2015, 45)

L'intersectionnalité permet de repenser les luttes contre les oppressions simultanées qui affectent les femmes noires dans leur globalité, sans que celles-ci aient à choisir entre leur genre et leur couleur de peau. Les oppressions auxquelles elles font face sont vécues comme un ensemble. Le concept de l'intersectionnalité permet à ces femmes d'avoir une visibilité et une présence dans la lutte contre les oppressions multiples qui les affectent.

Par conséquent, ces formes d'oppressions cumulées entrent en conflit avec l'égalité à la santé et donc avec la santé reproductive. D'ailleurs, les militantes pour la justice reproductive ont adopté l'intersectionnalité comme concept fondamental afin d'expliquer les inégalités de santé reproductive que vivent les femmes qui ne s'identifient pas aux femmes blanches de la classe moyenne (Price 2010). Ainsi, la santé reproductive et la périnatalité doivent être étudiées à travers le filtre de l'intersectionnalité. En effet, le fait d'être une femme et d'être noire prédispose les femmes noires à vivre des oppressions sociales de la part des institutions (Maynard 2018). Dans



le contexte de la périnatalité, ces oppressions proviennent principalement de la part des établissements de soins de santé et de services sociaux (Novello-Vautour 2021).

## **1.7 Racisme systémique**

### **1.7.1 Définir le racisme systémique**

Le racisme systémique est une forme de racisme qui tient compte de l'intégralité des structures et institutions qui perpétuent les oppressions et les inégalités héritées du système colonial. Par le fait même, certains groupes privilégiés sont avantagés à travers ces structures. Le statu quo est maintenu par une panoplie de lois et de politiques à travers les domaines économiques, sociaux, culturels et politiques (Amnistie internationale 2020; Pierre et Bosset 2021; Hamisultane 2020). Le racisme systémique est défini par la Commission des droits de la personne et de la jeunesse du Québec comme :

[...] la somme d'effets d'exclusion disproportionnés qui résultent de l'effet conjugué d'attitudes empreintes de préjugés et de stéréotypes, souvent inconscients, et de politiques et pratiques généralement adoptées sans tenir compte des caractéristiques des membres de groupes visés par l'interdiction de la discrimination. (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse 2019, 6)

Les formes d'exclusions se produisent généralement au niveau du logement, de l'éducation, au niveau des lois, des politiques et des institutions étatiques. Maynard indique que « [c]es observations [...] sont reliées entre elles, qu'elles signalent une dynamique généralisée de dévalorisation des Noir.e.s. » (2018, 7)

### **1.7.2 Racisme systémique au Canada et au Québec**

Le racisme systémique est une forme de racisme qui, contrairement aux actes de racisme interpersonnel, n'est pas malléable et est longtemps resté improprement défini (Imbeault et Triki-Yamani 2021). Il peut donc parfois être difficile à cerner, surtout pour les personnes blanches (Laferrière 2021; Maynard 2018). Au Canada, le multiculturalisme est bien ancré dans les discours politiques depuis les années 1990, étant considéré comme « l'un des piliers de l'identité canadienne » (Maynard 2018, 102). Cela ne reste toutefois qu'une image que le Canada projette, puisque les institutions sont instaurées sur un système colonial fondamentalement raciste et que de nombreuses

inégalités et rapports de pouvoirs affectent toujours les personnes racisées partout à travers le pays (Imbeault et Triki-Yamani 2021; Novello-Vautour 2021; Pierre et Bosset 2021). Le racisme systémique s'exprime sous la forme de plusieurs barrières, tel que dans la recherche d'un emploi ou d'un logement, le harcèlement policier, la surveillance constante de la part de l'État, ainsi qu'au niveau de l'éducation et du revenu. Ces barrières sont observables et exposées par plusieurs études (Pierre et Bosset 2021; Dryden et Nnorom 2021; Triki-Yamani 2020, 38; Pierre 2021; Goyer 2020). Ainsi, sans avoir d'apparences racistes à tout égard, les institutions canadiennes peuvent facilement se dégager de toutes responsabilités, et perpétuer les lois et politiques qui avantagent la classe dominante (Maynard 2018).

Au Québec, le racisme systémique existe (Édouard et Tircher 2020; Maynard 2018; Amnistie internationale 2020). En effet, l'histoire du Québec révèle un lourd passé colonial envers les communautés autochtones et les personnes noires. Les historien·nes confirment que l'esclavagisme y était bel et bien une pratique présente dès 1629. Les personnes esclavagisées étaient exploitées par presque toutes les classes sociales en Nouvelle-France. L'esclavagisme a eu pour conséquence d'exclure les personnes noires pendant plus de deux siècles en les réduisant à une classe sociale marginalisée, instaurant des formes d'exclusion toujours vécues par cette population dans le monde contemporain (Pierre 2021; Maynard 2018).

Le racisme envers les Noirs est un type de racisme bien précis, ancré dans l'histoire et l'expérience de l'esclavage, qui vise directement les personnes noires, celles d'ascendance africaine. Des mythes et des stéréotypes ont été créés et utilisés pour justifier l'esclavage et la torture des esclaves africains, notamment à savoir que les personnes noires étaient différentes sur le plan biologique ou inférieures, avaient un intellect moins développé, toléraient mieux la douleur ou n'étaient pas dignes de confiance. (Dryden et Nnorom 2021, 430)

Ces mythes et ces stéréotypes utilisés afin de justifier l'esclavagisme ont perduré dans le temps, tant dans les croyances populaires que dans la mise en place de lois et de politiques. En effet, le passé colonial du Québec a établi les fondements de nos institutions actuelles, où le racisme systémique leur est intrinsèque. Des lois et des politiques ont été modifiées ou effacées à travers le temps, mais restent empreintes de dynamiques instaurées à l'époque coloniale, qui résident toujours au sein des institutions québécoises et canadiennes (Pierre 2021; Amnistie internationale 2020; Maynard 2018). Le racisme systémique sera au cœur de l'analyse de cette recherche.

## **Conclusion**

Dans ce chapitre, le recensement de la littérature utilisée ainsi que le cadre conceptuel ont été exposés. Toujours aujourd'hui, très peu d'écrits académiques ont été produits sur les liens entre la santé reproductive et le racisme au Québec. Toutefois, l'avènement de plusieurs événements historiques a occasionné la réalisation de nombreux écrits sur les thèmes de la santé, du racisme ainsi que des liens entre ces thèmes. Bien que les articles scientifiques aient été le type de source principale pour l'ensemble des chapitres, la multitude de sources utilisées a permis d'avoir une vue d'ensemble des écrits sur la problématique.

Les concepts présentés dans le cadre conceptuel permettront de déterminer les liens existants entre le racisme et la santé reproductive, ainsi que de les commenter. Il sera important de comprendre comment tous ces liens sont reliés entre eux afin de concevoir la complexité de la problématique. Cette recherche exploratoire tentera donc de mettre à jour plusieurs liens, réels ou possibles, entre le racisme et la santé reproductive, à l'aide et grâce aux concepts présentés ci-dessus.

## Chapitre 2 : Méthodologie

### Introduction

Dans le cadre d'une recherche ethnographique, la revue de la littérature permet à l'ethnographe d'élaborer la problématique de recherche et de se préparer pour son arrivée sur le terrain. Elle permet d'en apprendre davantage sur une région et ses caractéristiques économiques, géographiques, sociales et démographiques (Pelto 2013). C'est pourquoi un bref historique du développement de la communauté haïtienne de Montréal s'impose. Cette présentation sera abordée dans l'objectif de distinguer les spécificités de cette communauté, particulièrement en tant que communauté noire. Toutefois, ayant été confinée par la pandémie durant la majorité de ce travail de maîtrise, la revue de la littérature s'est finalement avérée comme étant la principale source d'information sur ce sujet, le tout jumelé à des entretiens réalisés par visioconférence. Dans les chapitres trois à six, il sera possible de constater qu'au cours des entrevues, certaines participantes ont abordé des angles de la problématique qui n'avait pas été anticipée préalablement, ou bien elles ont confirmé plusieurs éléments de la revue de la littérature.

Afin de présenter la méthodologie utilisée pour ce travail de recherche, il convient de mentionner que la méthodologie des sciences sociales est, somme toute, plutôt similaire entre ses disciplines. Tel que l'indique Olivier de Sardan, professeur d'anthropologie à l'École des hautes études en sciences sociales de Marseille :

L'anthropologie n'est cependant pas une science sociale vraiment distincte des autres, et, en particulier, bien malin celui qui pourrait tracer une frontière claire entre anthropologie et sociologie. Plus généralement, l'anthropologie partage le régime épistémologique commun à toutes les sciences sociales. [...] Et pourtant il y a une certaine « marque » propre au travail anthropologique, un certain « style », un certain « parfum ». [...] c'est assez pour qu'on ne puisse proclamer purement et simplement l'abolition définitive de toute distinction entre ces disciplines cousines germaines que sont l'histoire, la sociologie et l'anthropologie. (Olivier de Sardan 2008, 12)

Cette particularité est évidente lorsque l'on explore en quoi consiste une ethnographie (Augé et Colleyn 2009). C'est pourquoi ce chapitre présente un aperçu de la démarche ethnographique, de ses transformations et finalement des impacts de la pandémie. Les enjeux éthiques ainsi que des réflexions quant à ma place au sein de ce sujet de recherche viendront clore ce chapitre.

## 2.1 La « communauté haïtienne » à Montréal

Puisque cette recherche s'intéresse spécifiquement aux femmes ayant des origines haïtiennes, la trajectoire historique de cette communauté est nécessaire à la mise en contexte. La diaspora haïtienne à Montréal est marquée par trois vagues d'immigration. Ces trois vagues sont bien distinctes, puisqu'elles diffèrent par l'année d'arrivée au Québec et par la classe socioéconomique à laquelle les personnes appartiennent. En effet, la première vague d'immigration survient à la suite de l'arrivée au pouvoir de François Duvalier et de son régime dictatorial dès 1963, alors que plusieurs professionnel·les fuient les persécutions (Namaste 2017; Doyle Péan, Marcelin et Souffrant, 2021). Il est important de prendre note qu'en 1962, le Canada modifie sa politique d'immigration, retirant officiellement toutes mentions de « référence à la race, à l'appartenance ethnique et au pays d'origine » (Maynard 2018, 76). Elle permet maintenant à toutes et à tous les candidat·es ayant une éducation, formation professionnelle et compétences exigées d'être admissibles au pays, peu importe son origine (Jadotte 1977). Préalablement, plusieurs barrières non officielles étaient instaurées pour freiner la migration des personnes noires. Par exemple, des médecins étaient payés pour aller dans les Antilles afin de propager l'information que les personnes noires ne pouvaient pas survivre au climat du Canada (Maynard 2018). Ainsi, l'arrivée des haïtien·nes au Québec, principalement à Montréal, répond à un manque de personnel éprouvé au sein de plusieurs nouvelles institutions, instaurées à la suite de la Révolution tranquille :

Francophones, compétent·e·s et expérimenté·e·s, ces enseignant·e·s, militant·e·s, infirmières, ingénieur·e·s, agronomes, préposées aux bénéficiaires, sociologues, étudiant·e·s, juristes, intellectuel·le·s, écrivain·e·s contribuent largement à façonner le Québec moderne [...]. (Pierre 2021, 279)

En 1968, l'immigration en provenance d'Haïti compose 1,6% de l'immigration totale du Québec, avec un peu plus de 500 personnes à Montréal, où Haïti est en quinzième place sur la liste des pays qui sont source d'immigration dans la province. Dès 1974, ce taux augmente jusqu'à 14,5% de l'immigration totale du Québec et Haïti vient se positionner en première place. Cette grande augmentation de migrant·es est désignée comme la deuxième vague d'immigration haïtienne dans la littérature, et est composée d'individus ayant peu ou pas de qualification. Ces derniers quittent l'instabilité du pays dans l'espoir d'un avenir meilleur (Doyle Péan, Marcelin et Souffrant, 2021; Jadotte 1997). La troisième vague, qui commence dès les années 1990, se distingue par sa grande proportion (Namaste 2017).

En effet, la communauté haïtienne se fait de plus en plus importante dans cette province. En 1996, on recensait près de 45 500 immigrants haïtiens dans la population totale du Québec, puis 56 750 en 2006. Il s'agit d'une augmentation nette de 11 280 personnes en dix ans. Cette même année, on constate que près de 90 % de la population immigrante haïtienne recensée au Canada réside au Québec. (Exama 2018)

Dès 2005, plus de 40% des personnes se considérant comme d'origine haïtienne naissent à Montréal (Lafortune et Kanouté 2007). De grandes différences résident entre les groupes issus de l'immigration et les personnes ayant des origines haïtiennes nées à Montréal, notamment au niveau identitaire.

À Montréal, l'intérêt porté au pays d'origine diffère énormément selon le facteur générationnel. Dans l'ensemble, cet intérêt est beaucoup plus marqué chez les premiers membres d'une famille qui font partie de la première génération<sup>12</sup>. Les chercheuses et chercheurs constatent que dès la deuxième génération, les individus nés au Québec s'intéressent au pays de leurs parents, mais développent une forme de conflit identitaire par rapport à Haïti<sup>13</sup>. Puisqu'ils ont reçu leur éducation au Québec, ils peuvent avoir appris à percevoir Haïti comme un pays en voie de développement, avec la connotation négative qui est attribuée (Lafortune et Kanouté 2007). Cela peut engendrer donc une opposition de valeurs et de perceptions. D'ailleurs, certaines autrices se demandent même s'il est possible de parler d'une « communauté haïtienne » à Montréal (Morin 1993; Lafortune 2012; Ambrosi 2005). Selon Morin, la diaspora concentrée à Saint-Michel, Parc-Extension et Montréal-Nord se serait créée par obligation économique et non pas par un désir de vouloir-vivre ensemble. Cette obligation proviendrait de la difficulté à trouver des loyers abordables, ou encore des refus fréquents de la part de propriétaires (Morin 1993; Lafortune 2012).

La « communauté haïtienne » de Montréal fait l'objet, depuis son arrivée à Montréal, de stéréotypes persistants. Par exemple, le stéréotype des « gangs de rue » a été l'un des stéréotypes les plus destructeurs pour la communauté : « L'expression « gang de rue » veut dire « haïtiens » et non « associations de malfaiteurs ». » (Benjamin 2012, 17) Tel que l'indique un article du

---

<sup>12</sup> Dans la littérature sur la diaspora haïtienne, les autrices et auteurs utilisent les termes de « première » et « deuxième » générations (Jolivet 2017; Lafortune et Kanouté 2009, Potvin 1997). La première génération se compose des personnes migrantes qui sont arrivés au Québec, souvent à l'âge adulte. La deuxième génération sont les enfants de cette première génération, où au moins un des deux parents en fait partie. Selon Potvin, les enfants qui sont arrivés au Québec avant l'âge de dix ans peuvent aussi faire parti de la deuxième génération (1997, 77).

<sup>13</sup> L'identité nationale des participantes sera discutée à la section 5.4 *Racisme interpersonnel*.

CREMIS<sup>14</sup>, les médias québécois ont longtemps été ouvertement racistes envers cette communauté (Décary-Secours 2019). Benjamin rapporte ce qu'une femme du quartier de Saint-Michel lui aurait confié :

Chaque fois que je vois un attroupement à la télé, mon cœur s'arrête de battre. Je me dis qu'il s'agit sûrement d'un crime. Je prie pour que ça ne soit pas un de nos jeunes. Et si j'entends le mot « Haïtien », je prie alors pour que ce soit lui la victime. Je préfère cela. (Benjamin 2012, 19)

Tout récemment, les haïtien·nes ont été la cible d'attaques dans les médias québécois, au début de la pandémie, alors qu'on les accusait d'être la source principale de propagation du virus à travers Montréal (Innocent Jr. 2020). Rappelons que cette même communauté avait fait l'objet d'accusations similaires dans les années 1980, lors de la crise du VIH/sida (Pierre-Pierre 2017; Innocent Jr. 2020; Ambrosi 2005).

Les participantes à la présente recherche s'identifient toutes à la communauté haïtienne. Ainsi, leur vécu est relié à cette communauté et, par le fait même, à leur couleur de peau. Elles ont donc été l'objet de stéréotypes, tant reliés à la communauté haïtienne, mais aussi à ceux réservés aux personnes noires<sup>15</sup>.

## 2.2 Démarche ethnographique

L'enquête de terrain, au cœur de l'ethnologie, permet à l'anthropologue de participer quotidiennement à la vie des participant·es à la recherche. Cette démarche est proposée par l'anthropologue Boas, dès 1886, et Malinowski, dès 1914. Elle fut développée en opposition à la démarche privilégiée préalablement qui consistait à faire l'analyse d'une problématique à l'aide des écrits existants sur le sujet. Ces écrits prenaient généralement la forme de récits d'explorateurs et de voyageurs blancs ainsi que de missionnaires chrétiens, dans lesquels l'exagération était souvent de mise pour créer des effets de splendeurs exotiques. Bien que les fondements coloniaux ne se soient pas complètement effacés avec le développement de cette nouvelle méthode, l'enquête de terrain permet une nouvelle approche à l'étude d'une problématique ou d'un sujet de recherche (Augé et Colleyn 2009). Pour comprendre un phénomène et ainsi faire l'analyse de la

---

<sup>14</sup> Acronyme pour Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté.

<sup>15</sup> Les stéréotypes réservés aux personnes noires seront discutés dans le chapitre 5 sur le racisme et l'intersectionnalité.

problématique établie, le contexte devient « un élément central » à la recherche de terrain (Claude 2019).

Le terme de terrain désigne un emplacement géographique ainsi qu'un « objet de recherche » (Augé et Colleyn 2009, 79). L'anthropologue cherche à comprendre le point de vue de l'interlocutrice ou de l'interlocuteur, à l'aide de l'observation participante, et ce, pour une période de moyenne ou de longue durée (*Ibid.*). L'observation participante consiste en l'observation et à la participation à la vie quotidienne des interlocutrices et interlocuteurs dans le but de décrire et de comprendre des phénomènes culturels, sociaux, économiques, religieux ou politiques (Bellier 2022), selon la problématique établie. L'enquête de terrain permet aux ethnographes de développer une compréhension profonde d'un phénomène et de son contexte incluant les normes, les non-dits, les relations sociales et les hiérarchies existantes au sein d'une société ou d'une population (Watson et Lupton 2022; Beaud et Weber 2010). Ces éléments ne peuvent être relevés par l'étude de « donnée provenant de sources secondaires » (Gautier et Malle Samb, 2021). En effet, l'observation participante permet de documenter certains comportements, événements et actions qui ne seraient pas nécessairement perçus ou discutés par les participant·es lors d'entretiens (Pelto 2013).

L'ethnographie s'est grandement transformée depuis Boas et Malinowski. « L'exotisme et le primitivisme » (Olivier de Sardan 2022, 34) ont fait place à la réflexivité et à l'intersubjectivité<sup>16</sup>. Aujourd'hui, les anthropologues vont le plus souvent développer leurs sujets de recherches autour de politiques, d'institutions et d'organisations (*Ibid.*; Bellier 2014). L'enquête de terrain se façonne selon les écoles et les courants de pensée en sciences sociales et en anthropologie. Dans certains cas, des événements à l'échelle mondiale peuvent aussi provoquer des transformations dans la discipline.

### **2.2.1 Enquête de terrain à distance**

Puisque la démarche ethnographique requiert la présence physique de l'anthropologue sur le terrain, la pandémie de la Covid-19 a mis un frein à plusieurs activités de recherche. En effet, vers le début de l'an 2020, plusieurs pays introduisent la distanciation sociale ainsi que la fermeture de

---

<sup>16</sup> Certains débats existent toujours sur les pratiques actuelles. Nous en discuterons brièvement sous la section 2.4 *Considérations éthiques*.



tous services non essentiels, en recommandant fortement de cesser tous déplacements inutiles (Watson et Lupton 2022). Au Québec, l'urgence sanitaire est déclarée le 13 mars 2020. Plusieurs mesures sont alors instaurées afin de tenter de réduire la propagation du virus, telles que le télétravail, l'interdiction de rassemblement, le confinement, les restrictions de déplacements entre certaines régions, le port du masque obligatoire dans les endroits publics fermés ainsi que le passeport vaccinal requis pour l'accès à plusieurs commerces et restaurants. Selon le nombre de cas dans la province, certaines mesures sont retirées et réinstaurées entre les années 2020 et 2022. La majorité des secteurs d'activité économique et éducationnelle doivent revisiter les modalités de leurs activités (INSPQ 2022).

Par le fait même, les ethnographes doivent également repenser leurs méthodes, puisque l'accès au terrain n'est plus possible pour une période prolongée. Watson et Lupton s'intéressent à la question de la réalisation d'un terrain à distance, en soulevant plusieurs avantages et enjeux. Le premier avantage est la facilitation de la participation de personnes vivants dans des endroits éloignés ou difficiles d'accès, grâce à la visioconférence (2022). Un second avantage constaté lors de l'étude à distance réalisée par l'autrice et l'auteur est le sentiment d'empathie mutuelle ressentie tant par les participant·es que par les ethnographes, alors que plusieurs personnes sont dans une situation similaire de confinement. Bien que l'entretien à distance ne soit pas aussi personnel qu'un entretien en présence physique, une certaine forme d'informalité peut être ressentie lorsque les deux partis sont chez soi (*Ibid.*).

Un autre avantage, soulevé par Sipan, est la disponibilité plus accrue des interlocutrices et interlocuteurs. Alors que celles et ceux-ci ont généralement des horaires chargés, il a été plus facile d'organiser des rencontres à distance, puisqu'il leur était possible de les réaliser de chez elles·eux. Par le fait même, l'autrice indique que l'enquête à distance s'avère « plutôt satisfaisante en matière de consentement à la recherche et de protection de l'intimité. » (Sipan 2022, 202) En effet, les personnes qui répondent à un appel à la participation pour une recherche évoquent dès le commencement un intérêt pour la recherche. De plus, le temps de réflexion attribué pour la participation à la recherche peut être plus long que lorsqu'une rencontre est organisée directement sur le terrain. Par ailleurs, un des éléments mentionnés par Peltó dans ses lignes directrices de l'enquête de terrain porte à réflexion. En effet, il soulève que la présence d'un·e ethnographe peut perturber et même déranger les participant·es sur le terrain. Afin d'éviter ce problème, Peltó

suggère plusieurs méthodes, conduites et préparations qui doivent être adoptées par l'ethnographe afin de réduire ces perturbations (2013). L'on pourrait argumenter que l'enquête de terrain à distance a le potentiel d'être moins intrusive.

Les principaux problèmes rencontrés par le fait d'être à distance résident dans le recrutement et dans la difficulté de trouver des personnes intéressées à participer à une recherche sans face-à-face. La création des liens de confiance avec ces participant·es à travers un écran est un autre enjeu. Le terrain à distance impose que de nouvelles considérations éthiques soient explorées. Le fait que les participant·es réalisent l'entretien chez elles·eux peut représenter une atteinte à leur intimité, si ces personnes ne peuvent pas être dans un endroit calme ou dans une pièce fermée (Watson et Lupton 2022). De plus, l'entretien par visioconférence impose des limites visuelles, puisque ce qui est présenté à l'écran est délimité par la caméra (*Ibid.*). Tel que l'indique Mélanie Albaret, maîtresse de conférences en science politique à l'université Clermont Auvergne et chercheuse, l'enquête de terrain à distance réduit considérablement le nombre d'observations possibles lors d'une rencontre (2022). Pour tenter d'atténuer ces déficiences, certain·es ethnographes ont demandé à leurs participant·es de prendre des photos ou de noter les éléments recherchés quotidiennement (Sipan 2022). Malgré tout, certains éléments clés d'une enquête ethnographique consistent en l'observation, de la part des ethnographes, de comportements qui peuvent sembler trop communs pour être remarqués ou soulevés de la part de l'interlocutrice ou de l'interlocuteur. C'est d'ailleurs l'enjeu principal soulevé lors de la recherche de Sipan :

« L'enjeu [du terrain à distance] était d'accéder aux pratiques, de loin, autrement que par les discours tenus dessus. Comment les observer quand il est matériellement impossible d'être sur place et de regarder ? La seule option apparemment possible consistait à faire produire par les participant·e·s des données sur leurs pratiques : il s'agissait de leur déléguer le regard, le travail d'observation, de prise de notes, et d'analyser ensuite le matériau recueilli. »  
(Sipan 2022, 201)

Dans le cadre de cette recherche, il n'a pas été nécessaire de demander aux participantes de noter certains éléments de leurs quotidiens. Au début de ce projet, je souhaitais réaliser de l'observation participante en organisme communautaire ainsi que des entretiens avec les femmes qui fréquentent l'organisme qui aurait été choisi. L'observation participante en organisme communautaire aurait permis d'observer les dynamiques des relations sociales entre les femmes visitant l'organisme, ainsi que leurs relations avec les intervenantes, infirmières et médecins. Ce faisant, le langage

corporel des participant·es et autres dynamiques sociales peuvent être révélés (Pelto 2013). Elle permet aussi « d’observer leurs interactions *in situ*, analyser les routines ou déchiffrer les tensions» (Olivier de Sardan 2022, 31).

Toutefois, pour cette recherche exploratoire, les expériences rapportées par les participantes lors des entretiens ont été suffisantes pour me permettre de confirmer l’existence de liens entre le racisme et de ses conséquences sur la santé reproductive, ainsi que de préciser ces liens. En effet, puisque les questions d’entretiens concernaient principalement des expériences vécues, les entretiens ont permis de soulever plusieurs éléments importants reliés à la recherche. Notamment, mieux comprendre comment les personnes concernées ressentent et vivent le racisme, et comment les discriminations vécues et les rapports de pouvoirs peuvent affecter leur santé reproductive. Les entretiens ont donc permis de matérialiser la littérature utilisée à l’aide des données qualitatives recueillies lors de ceux-ci. Toutefois, de grandes modifications ont dû être apportées à la méthodologie établie au tout début de ce travail de recherche.

## **2.3 Collecte de donnée**

### **2.3.1 Méthodologie pressentie**

Considérant les objectifs principaux de cette recherche, les participantes anticipées étaient des femmes, qui peuvent ou non avoir des enfants. Vu l’importance du principe d’inclusivité, toute personne pouvant donner naissance serait retenue pour participer à la recherche. Par le fait même, les personnes s’identifiant comme des hommes et ne pouvant pas donner naissance ne seraient pas retenues pour cette recherche. Au tout début, l’objectif était de réaliser une dizaine d’entretiens avec ces personnes. Pour des raisons d’accessibilité, le terrain prévu pour lesdits entretiens était l’île de Montréal. Ces personnes doivent s’identifier à la communauté haïtienne et le fait qu’elles aient grandi au Québec ou en Haïti n’était pas pris en compte.

Des entretiens avec des intervenant·es en milieu communautaire étaient aussi planifiés, puisque leurs expériences avec la population concernée avaient le potentiel de donner d’autres points de vue sur la problématique. Un total de trois ou quatre entretiens était prévu pour ce contingent. Le seul critère était de travailler dans un organisme communautaire depuis au moins un an, afin d’avoir des expériences à partager.

La collecte de données devait se faire principalement dans des organismes communautaires de soins périnataux. Une fois en contact avec les membres d'un des organismes, un certificat d'éthique aurait dû être obtenu afin de pouvoir entrer en contact avec les personnes fréquentant l'endroit. Une fois sur place, j'aurais présenté à tout le monde mon projet de maîtrise, son contenu et sa méthodologie. L'observation participante aurait été pratiquée à travers certaines activités, sous l'accord de toutes et tous. Les entrevues auraient eu lieu dans un local libre et fermé de l'organisme. Les questions posées lors de ces entretiens étaient généralement de nature délicate, il aurait été très important que la personne soit dans un endroit où elle se sent confortable afin de discuter de ces questions. Le formulaire de consentement aurait été présenté avant le début de l'entretien. Dans le formulaire de consentement, toutes les informations pertinentes reliées à la recherche sont exposées afin de permettre un consentement libre et éclairé. Finalement, un enregistrement audio aurait été réalisé à la suite de la confirmation du consentement verbal de l'interlocutrice, où l'enregistrement de l'entrevue est aussi mentionné dans le formulaire de consentement.

### **2.3.2 Ajustements Covid-19**

Dans l'échéancier réalisé au début de ma maîtrise, je n'avais pas prévu l'arrivée de la pandémie de la Covid-19 en mars 2020 au Québec. Puisque je commençais tout juste ma maîtrise, soit en janvier 2020, il a été possible de créer un nouvel échéancier en prenant compte de ce revirement de situation. Malgré tout, comme il était impossible de prédire dans quelle situation je serais pour la réalisation du terrain, deux alternatives ont été prises en considération pour la réalisation des entretiens, soit en présentiel ou à distance. Lors de ma demande de certificat d'éthique à l'Université de Montréal<sup>17</sup>, ces deux options ont été présentées afin de pouvoir s'ajuster à toutes éventualités. Pratiquant toujours la distanciation sociale lors de la réalisation du terrain, des entretiens à distance ont finalement été réalisés. La recherche de participantes fut très difficile, entraînant plusieurs moments de découragement. Au moment où j'aurais dû terminer mon terrain, la recherche des participantes était loin d'être complétée.

La date de fin du terrain, qui se résumait maintenant uniquement aux entretiens dus à l'impossibilité de faire de l'observation participante, était fixée au 1<sup>er</sup> avril 2021. Toutefois, la

---

<sup>17</sup> Le certificat d'éthique pour cette recherche a été accepté en date du 21 décembre 2020. Le numéro de certificat est le CERSC-2020-124-D.

majorité des organismes communautaires étaient débordés en ce temps de pandémie. Après plus d'une vingtaine de courriels envoyés et de plusieurs appels réalisés auprès de multiples organismes, je n'ai eu qu'un seul véritable retour. Ce retour provenait d'Aide Naissance<sup>18</sup>. La clientèle visée de cet organisme concerne toutes les femmes en situation de vulnérabilité et souhaitant une forme d'accompagnement à travers la grossesse. Cependant, afin de pouvoir réaliser des entrevues avec des femmes visitant cet organisme, un certificat d'éthique du CIUSSS était nécessaire. Puisque l'obtention d'un tel certificat d'éthique peut prendre énormément de temps, la directrice de projet de l'organisme m'a indiqué qu'il serait possible de réaliser des entretiens avec les membres du personnel. J'ai donc pu obtenir des entretiens avec une médecin, une infirmière ainsi qu'une sage-femme. L'objectif des entrevues avec des membres du personnel de soins de santé était de savoir si les professionnel·les percevaient, au sein de leur emploi, des différences entre les grossesses et les naissances des femmes haïtiennes et des autres femmes. Il a aussi été possible de discuter d'inégalités possiblement ressenties par les patientes.

Après plusieurs mois d'une recherche active de participant·es, j'ai pris la décision de donner une compensation monétaire afin de compenser le temps et les moyens investis par ces personnes. Cette modification a été acceptée par le comité d'éthique de mon établissement. Finalement, vers la mi-juillet 2021, mon annonce semble s'être retrouvée sur un groupe *Facebook* qui a été créé en été 2020 en support au mouvement *Black Lives Matter*. J'ai finalement reçu plusieurs courriels d'intérêt de la part de femmes ayant des origines haïtiennes. L'âge minimum était de 18 ans et aucun âge limite n'a été instauré, dans l'objectif de recueillir des points de vue et des parcours de vie différents. Ainsi, la catégorie d'âge choisie correspond aux personnes pouvant déjà avoir des vécus des expériences et effectuer des choix concernant leur santé reproductive.

Après avoir vérifié si elles répondaient aux critères de participation, nous prenions un rendez-vous afin de faire une rencontre par *Zoom*. Le formulaire de consentement leur était immédiatement envoyé par courriel. Celui-ci était retourné par les participantes avant ou au début de l'entretien. La compensation était attribuée à la fin de l'entretien par virement bancaire. Ces entrevues individuelles et semi-dirigées suivaient un guide d'entretien dans le but de récolter des données qualitatives.

---

<sup>18</sup> Le nom de l'organisme a été modifié afin de préserver l'anonymat des membres du personnel de soins de l'organisme côtoyé pour la recherche.

La méthode de recherche retenue pour ce projet est donc l'entretien semi-dirigé. Cette méthode permet à l'ethnographe d'avoir guide d'entretien en main, mais de permettre à l'interlocutrice ou à l'interlocuteur de développer autant qu'elle ou il le souhaite sur les questions posées (Bernard 1995). Ce type d'entretien est particulièrement utile pour :

[...] explorer une situation particulière ou pour compléter et valider une information provenant d'autres sources utilisées dans un diagnostic (faits et vérification des faits). De plus, parce qu'il donne accès aux perceptions et aux opinions, l'entretien semi-dirigé est l'occasion de révéler des problèmes plus cachés ou plus difficilement observables, mais préoccupants dans certains secteurs ou segments de la population. (Laforest, Bouchard et Maurice 2011, VII)

L'entretien semi-dirigé est recommandé par Bernard, particulièrement lorsqu'une seule entrevue sera réalisée avec un·e participant·e (1995), ce qui a été prévu pour cette recherche. La durée des entretiens variait entre une demi-heure et une heure et demie. La durée dépendait du nombre d'informations que la participante était prête à partager avec moi, ainsi que le nombre d'expériences que celle-ci a vécu en lien avec mes questions. Par ailleurs, les 16 personnes ayant répondu à l'appel s'identifiaient comme des femmes, de même que pour les membres du personnel de soins de santé. Ainsi, le terme de participantes sera utilisé dans le reste de ce mémoire et réfèrera aux 16 femmes ayant des origines haïtiennes qui ont participé à la recherche. Je réfèrerai aux membres du personnel de soins de santé d'Aide Naissance par leur titre dans ce mémoire. En tout, un total de 19 entretiens a été réalisé pour cette recherche. La plupart des participantes avaient déjà utilisé la plateforme *Zoom*, plateforme qui fût installée par les autres puisqu'elles possédaient déjà un ordinateur à la maison. Au final, nous avons fait face à très peu de problèmes techniques. Le consentement verbal à des fins d'enregistrement de l'entretien a été demandé au début des entrevues. L'enregistrement était de nature audio. L'enregistrement de la caméra n'a pas été nécessaire, c'est pourquoi seulement la forme d'enregistrement audio a été utilisée. Les enregistrements ne seront pas diffusés et ont servi uniquement pour la collecte de données.

Au moment des entrevues, les participantes ont entre 22 et 45 ans. Sur ces 16 participantes, 10 sont nées en Haïti et ont passé au moins les premières années de leurs vies là-bas. La première participante est arrivée au Québec en 2013, à l'âge de 27 ans. La deuxième et la septième participantes sont arrivées au Québec lorsqu'elles avaient huit ans et au moment de l'entrevue,

avaient 45 ans et 22 ans respectivement. La quatrième participante est arrivée au Québec lorsqu'elle avait quatre ans et en a maintenant 24. La huitième participante est arrivée au Québec il y a neuf ans, à l'âge de 20 ans. La onzième participante est arrivée au Québec à 10 ans et à 23 ans. Les âges sont similaires pour la treizième participante, qui est arrivée à 11 ans au Québec et qui a maintenant 22 ans. La douzième participante est arrivée très jeune, à l'âge de deux ans, et elle a 33 ans. La seizième participante a grandi en Haïti jusqu'à ses 13 ans et est arrivée au Québec en 1995. La dix-septième participante ne précise pas quand elle est arrivée au Québec, mais indique qu'elle a grandi en Haïti et qu'elle a maintenant 28 ans. Les six autres participantes sont nées et ont grandi au Québec et tous les parents des participantes sont nés en Haïti. Seulement une participante n'avait pas au moins un membre de sa famille au Québec. Six participantes ont des enfants. Toutes les participantes qui n'ont pas d'enfant ont affirmé en vouloir. Pour certaines, c'est un objectif de vie. Pour les autres, ce sera un objectif seulement si leur situation leur permet éventuellement. La plupart d'entre elles parlent d'accomplissement lorsque celles-ci exposent ce que le fait d'avoir des enfants représente pour elles. Les participantes ont toutes des études postsecondaires, et 15 d'entre elles ont des études universitaires, soit entamées ou terminées. Quatre participantes ont effectué des études de cycles supérieurs.

## **2.4 Considérations éthiques**

La deuxième option présentée dans le certificat d'éthique de mon établissement, soit d'effectuer les entretiens par visioconférence, a donc été l'option réalisée. Puisque les participantes n'ont pas été trouvées via un organisme communautaire, il n'a pas été nécessaire d'obtenir un certificat d'éthique supplémentaire. Toutes les informations générales de la recherche étaient indiquées dans mon appel à la participation et des renseignements plus spécifiques étaient indiqués dans le formulaire de consentement. En ethnographie, le concept de consentement est fondamental<sup>19</sup>. Dans le cadre de cette recherche, le consentement libre et éclairé était donné lorsque la participante signait et me retournait le formulaire. Le consentement libre et éclairé étant un principe clé de cette recherche, j'ai tenté d'appliquer toutes les méthodes mises à ma disposition afin de m'assurer que le consentement libre, éclairé et continu m'était bien accordé de la part des participantes. Notons

---

<sup>19</sup> Lors d'un terrain ethnographique, il est important de s'assurer que tous les individus présents acceptent la présence de l'ethnographe, sachant que cette présence peut déranger quelques personnes (Pelto 2013, 54).

que sur ce formulaire, le droit de retrait sans conséquence était bien indiqué, afin d'assurer par le fait même un consentement continu.

*The principle of informed consent is another cornerstone of ethical field research. This means that, for all semi-structured and structured interviews and direct observations, the informants and/or other participants should receive an explanation of the nature and purposes of the research, and they should be assured that participation is voluntary and they can refuse to participate. They should also understand that during interviews they can refuse to answer any specific questions, if they wish. (Pelto 2013, 54)*

La participante a donné son accord en remplissant les clauses « déclaration du participant » qui se trouvent à la fin du formulaire de consentement et en me le renvoyant par courriel.

Le guide d'entretien<sup>20</sup> contenait des questions de nature délicate, qui pouvait placer les participantes dans une position d'inconfort. Le racisme et la santé reproductive sont des sujets qui peuvent être difficiles à discuter, tout dépendants des expériences personnelles vécues. Ainsi, tout au long des entretiens, je restais vigilante à tout signe d'inconfort ou de malaise. Lorsque je les informais qu'elles n'avaient pas à répondre si elles ne se sentaient pas à l'aise, les participantes m'ont informé que soit tout allait bien, soit elles avaient simplement besoin d'un instant pour réfléchir à la réponse. Avant le début des entretiens, les participantes ont trouvé un endroit calme afin de pouvoir discuter avec moi sans être dérangées ou être mises dans une situation inconfortable. De mon côté, les entretiens étaient réalisés chez moi à mon bureau, dans une pièce fermée.

Comme mentionné plus haut, le codage des données a été utilisé dans ce mémoire afin de conserver la confidentialité, l'anonymat et l'intimité des participantes et de leurs informations personnelles. Ces considérations sont de la plus haute importance dans la démarche ethnographique (Pelto 2013). Des pseudonymes ont été utilisés et j'ai procédé au retrait de certaines informations distinctives (Beaud et Weber 2010) telles que le nom des employeurs et de leurs compagnies, ainsi que le nom des écoles fréquentées. Les pseudonymes ont été choisis sur une liste de prénom féminin pour bébé.

---

<sup>20</sup> Les trois guides d'entretien utilisés pour les entrevues sont disponibles en annexes. Le premier était utilisé pour les personnes pouvant donner naissance ayant des origines haïtiennes ayant des enfants, le deuxième était pour les personnes pouvant donner naissance ayant des origines haïtiennes n'ayant pas d'enfant et le troisième était pour les professionnel·les de santé.



Puisque les questions posées concernaient des sujets délicats tels que le racisme, il est nécessaire de discuter de ma position dans ce travail de recherche. En tant que femme blanche, qui n'a donc jamais vécu de racisme, je me suis énormément questionnée à savoir quelle est ma place dans ce projet. Un tel questionnement s'impose désormais dans toute démarche ethnographique. Depuis plusieurs années, des autrices ont discuté de ce questionnement, sur qu'est-ce qu'implique l'action de « parler pour les autres ».

Par exemple, dans le texte de Alcoff, la problématique est expliquée comme suit : « *Trinh T. Minh-ha explains the grounds for skepticism when she says that anthropology is "mainly a conversation of 'us' with 'us' about 'them,' of the white man with the white man about the primitive- nature man ... in which 'them' is silenced.* » (1991-1992, 6) En parlant pour les autres, les anthropologues en position de pouvoir rapportent leurs propres perceptions dans leurs écrits. Dans certains cas, les anthropologues peuvent accentuer les rapports de pouvoirs existants (*Ibid.*). Il est donc important de se questionner sur les pratiques utilisées afin de s'assurer que la recherche effectuée n'aura pas d'impact négatif sur les interlocutrices et interlocuteurs, et qu'un dialogue soit ouvert avec celles et ceux-ci.

Les interlocutrices ou interlocuteurs des recherches en sciences sociales peuvent être trop souvent considérés comme des objets d'étude, sans plus. C'est une problématique à laquelle il faut particulièrement porter attention lorsqu'une étude porte sur un sujet comme celui de ce travail de recherche :

On les réduit à des objets de recherche, plutôt que de les considérer comme des sujets parlants, capables de développer des savoirs. Cela relève de la construction des subalternes par dominant-e-s comme des problèmes à étudier, les renvoyant ainsi à une altérité façonnée par le racisme, le colonialisme, le capitalisme ou l'hétéropatriarcat. (Pierre 2021, 260)

Simpson indique qu'il est important de mentionner les rapports de pouvoirs existants lorsqu'une étude est réalisée sur une communauté marginalisée et de rapporter l'opinion et les critiques des personnes concernées. Par exemple, elle dénonce l'exotisme des études anthropologiques portant sur des communautés autochtones. L'importance des rituels est généralement rapportée de façon démesurée dans les écrits et il n'y a aucune mention des effets de la colonisation (2007).

Mon objectif, dans ce mémoire, est de rapporter les opinions et expériences le plus fidèlement possible à ce que les participantes m'ont partagé, et de confirmer leurs dires à l'aide de la littérature recueillie. D'ailleurs, de nombreuses citations seront utilisées tout au long du mémoire afin de tendre vers cet objectif.

Notons que lors de l'élaboration de la problématique de cette recherche, l'accent a été mis sur les liens entre le racisme et la santé reproductive, donc sur les façons dont les rapports de pouvoirs actuels peuvent affecter la santé reproductive des participantes. Ces participantes, en tant que personnes, ne sont pas l'objet de cette étude. Ce sont plutôt leurs expériences qui en font l'objet.

Selon Alcoff, il est particulièrement important que la chercheuse ou le chercheur soit tenu·e responsable de ses paroles (1991-1992). En prenant entière responsabilité de ses résultats de recherche, de ce qu'elle ou il expose, l'autrice ou l'auteur des propos doit être ouvert·e aux critiques, et tenter de comprendre, en l'occurrence, quelles sont les causes de celles-ci. Cette ouverture à la critique doit être active, attentive et soutenue (Quijano 2000; Alcoff 1991-1992).

Mes réflexions ont été alimentées par la lecture de ces autrices et auteurs.

Bien que des débats existent toujours et que ce très bref résumé ne rend pas justice à tout ce qui a été écrit sur la question, j'ai pris la décision de continuer avec ce sujet de recherche, en m'informant et en m'engageant à rester ouverte aux critiques. En effet, si j'avais décidé de me retirer de ce projet, il pourrait être argumenté que je renonce à dénoncer les oppressions et les rapports de pouvoirs qui affectent la santé reproductive des femmes noires (Alcoff 1991-1992; Asher 2017).

## **Conclusion**

L'ethnographie, étant au cœur de la recherche en anthropologie, a seulement pris la forme d'entretien pour cette recherche due aux exigences de la distanciation sociale et aux périodes de confinement instaurées pour la totalité du travail de terrain. Comme il a été possible de le constater, l'ethnographie s'est transformée depuis son développement par Boas et Malinowski, et la pandémie a inéluctablement contraint les ethnographes à revoir leurs façons de faire, introduisant des nouvelles pratiques, où certaines sont probablement là pour rester.

Lors des entretiens, les données qualitatives ont été les données principales recueillies pour ce mémoire, permettant d'avoir accès aux perceptions, aux opinions et aux expériences des participantes. Ces participantes, ayant des origines haïtiennes, partagent des vécus divers, tout en ayant certaines similarités. Tout en étant rattachées à la communauté haïtienne de Montréal, elles partagent des expériences liées avec leur couleur de peau<sup>21</sup>. Étant personnellement une femme blanche, les expériences de racisme ne font pas partie de mon vécu. Toutefois, je trouve particulièrement important de discuter de ces problématiques et de présenter la nécessité de s'intéresser à un tel sujet de recherche.

---

<sup>21</sup> Il est important de noter que la fréquence des expériences ainsi que leur degré varient en fonction de la couleur de peau, pouvant être plus fréquente et plus violentes pour les personnes ayant une peau plus foncée. Les personnes noires ayant une peau plus pâle font aussi face à des discriminations raciales, mais peuvent être moins fréquemment touchées. Cette forme de hiérarchisation et de discriminations au sein d'un même groupe est appelée « colorisme » et découle directement de l'esclavage. C'est un phénomène très marqué lors de la colonisation d'Haïti entretenu par les colonisateurs (Enchill 2021, 2-3).

# Chapitre 3 : La santé reproductive et la santé maternelle

## Introduction

La santé reproductive et la santé maternelle peuvent être affectées de nombreuses façons. Afin de bien comprendre ces concepts ainsi que tous les éléments perturbateurs possibles, il est nécessaire de formuler ce qu'est une santé reproductive saine et pourquoi ces concepts sont toujours aujourd'hui assez méconnus par la population en général.

Ce chapitre expliquera donc comment les déterminants sociaux de la santé doivent être pris en considération lors de l'analyse de la santé reproductive et comment ceux-ci peuvent aussi affecter l'accès aux soins de santé. Par la suite, le concept du biopouvoir permettra de comprendre comment agissent les relations de pouvoirs en système de soins de santé. Ces relations de pouvoir peuvent entraîner des conséquences sur la qualité des soins reçus. Afin d'illustrer ces conséquences, plusieurs expériences négatives de la part des participantes en système de soins de santé seront discutées.

La santé reproductive inclut les éléments reliés aux méthodes de contraception. L'accès à l'information est primordial pour la prise de décision quant à l'une de ces méthodes. Toutefois, la prédominance de la pilule contraceptive peut parfois mettre un frein au partage d'information sur les autres méthodes. Bien que cette méthode de contraception puisse permettre un contrôle de sa fertilité et une vie sexuelle plus libre, la pilule contraceptive est aussi fréquemment utilisée comme médicament. Cette utilisation mène à considérer les menstruations comme une maladie à traiter, entraînant une pathologisation des menstruations. Ainsi, cette méthode de contraception peut être prescrite à des femmes qui auraient préféré ne pas avoir recours à la pilule contraceptive.

Finalement, la santé maternelle sera abordée afin de saisir quelles sont les problématiques possibles chez les grossesses des femmes noires. Puisque les données sur la santé maternelle des femmes noires sont disponibles aux États-Unis, différentes problématiques ainsi que leurs fréquences selon la couleur de peau seront exposées. L'état des choses aux États-Unis permettra de comprendre comment ces phénomènes peuvent être retrouvés au Canada.

### 3.1 Mise en contexte

La santé reproductive est un concept qui est rarement abordé dans la vie de tous les jours, à moins qu'une problématique se fasse ressentir. Une santé reproductive saine est souhaitable, que les personnes veuillent des enfants ou non. Parmi les participantes, plusieurs ne savaient pas du tout ce qu'est le concept de la santé reproductive. Elles auraient donc compris en quoi consiste le concept à la suite de la lecture du résumé de cette recherche, dans le formulaire de consentement. Quelques-unes ont donné une brève définition de ce qu'elles considéraient être de la santé reproductive. Certaines connaissaient bien le concept. Une des participantes a répondu à la question « Savez-vous ce qu'est la santé reproductive et ce qu'elle implique? » comme suit :

En gros, je sais peut-être pas tout, mais je sais que ça implique tout ce qui est les moyens de contraception et peut être toutes les maladies qui peuvent être des barrières à la reproduction, par exemple les ovaires polykystiques pour les femmes. J'imagine que ça peut impliquer certaines maladies sexuelles, peut-être au niveau de l'aspect social, les tendances démographiques qui font en sorte que dans certains endroits dans le monde, il y a plus de reproduction parce qu'il y a pas de moyen de contraception, ou juste parce que l'éducation féminine ou sexuelle n'est pas donnée. (Zoé, 22 ans)

Plusieurs aspects importants ont été relevés par Zoé. Toutefois, plusieurs participantes ne savaient pas ce que ce concept implique avant de participer à cette recherche. Une des raisons possibles à ce manque de connaissance pourrait être attribuée au manque de partage d'information sur la santé reproductive chez les femmes. Tout d'abord, l'aide financière est insuffisante pour les organismes communautaires qui « contribuent à rendre les renseignements et les services de santé sexuelle et reproductive plus accessibles aux populations vulnérables » (Ibrahim 2022). Selon plusieurs de ces organismes, le gouvernement fédéral leur avait promis des fonds dans son budget de 2021. Ces fonds devaient être versés au début de l'année 2022, mais n'étaient toujours pas reçus en mai 2022. Ce financement est prévu s'étaler sur une période de trois ans. Toutefois, un financement continu doit être attribué à ces organismes afin de promouvoir une santé reproductive saine, sur le long terme, chez les personnes nécessitant des soins et de l'information (*Ibid.*). Ensuite, selon le Ministère de l'Éducation du Québec, les cours d'éducation à la sexualité sont obligatoires dans les écoles primaires et secondaires, privées ou publiques, depuis 2018. Par ailleurs, l'éducation à la sexualité ne passe pas en revue tous les aspects de la santé reproductive de façon exhaustive (Ministère de l'Éducation 2021).

Bien que l'éducation à la sexualité soit primordiale à une santé reproductive saine, la santé reproductive dépasse largement les relations sexuelles. La périnatalité est d'ailleurs l'un des éléments centraux de la santé reproductive, comme il a été énoncé précédemment. Toutes les participantes à cette recherche qui n'ont pas d'enfant souhaitent en avoir un jour. Pour la majorité des participantes, le fait d'avoir des enfants est particulièrement important. Pour les autres, l'envie d'avoir des enfants n'est pas à tout prix. Deux d'entre elles ont expliqué avoir eu des moments d'hésitations dans les dernières années, mais aimeraient tout de même avoir des enfants si leur situation socioéconomique leur permet. En effet, elles considèrent qu'il est important d'avoir une situation stable pour accueillir un enfant dans un environnement sain. Certaines d'entre elles définissent le fait d'avoir des enfants comme un accomplissement, un plan de vie, et d'avoir des aspirations à construire un foyer, une famille. C'est une étape de la vie qui permettrait de ressentir un sentiment de réalisation, une fierté et une forme de défi.

Toutefois, certaines participantes soulèvent des craintes concernant le fait d'avoir des enfants :

J'en ai pas toujours voulu, je dirais qu'entre 18 et 20 ans j'étais pas certaine, parce que je venais d'une famille un peu dysfonctionnelle, donc je me disais qu'avoir des enfants ça implique d'impacter leur vie et tout. Mais j'ai changé d'opinion par rapport à ça, on peut tous apporter quelque chose de merveilleux. (Rose, 24 ans)

Aussi, plusieurs vont mentionner que le racisme moderne<sup>22</sup> peut avoir un impact sur la décision de plusieurs personnes :

Sachant que dans la société dans laquelle on vit et qu'il y a du racisme, c'est vrai que j'ai pensé plusieurs fois, si je mets au monde une petite fille ou un petit gars, il est noir, il va falloir que je lui explique quand même qu'il est noir. Veux, veux pas, moi j'ai eu le discours de ma mère que je suis noire et que quand t'es noire, il y a certaines choses que tu peux pas faire parce que justement ça va jouer contre toi dans le système scolaire ou dans la vie en général. Donc moi j'ai toujours essayé d'avoir une conduite irréprochable [...]. (Nina, 24 ans)

C'est quand même ressorti beaucoup ces derniers temps, y'a pas mal de gens qui parle de... « Ah, tu sais je suis inquiète d'avoir des enfants, parce que je sais toutes les violences qui a contre les femmes noires et les femmes haïtiennes dans

---

<sup>22</sup> Le racisme moderne sera exploré à la section 5.4 *Racisme interpersonnel*.

le système... » Donc c'est une chose qui existe et qui est plus ou moins documentée, donc c'est vraiment important. (Elsa, 25 ans)

Malgré tout, Maya considère que les côtés positifs surpassent les possibles problématiques :

Moi j'entends des gens dire « Je veux pas des enfants, je veux pas les élever dans ce monde-là. » Moi je crois personnellement à un meilleur monde, je crois personnellement que les choses pourraient s'améliorer, mais quand j'ai su par contre que j'allais avoir un garçon, j'avais peur de comment il allait être traité. [...] mon premier réflexe a été de me dire « Ah non, il va falloir que je fasse attention et que je l'envoie dans une école ou il va avoir une bonne éducation, je veux pas qu'il devienne délinquant, je veux qu'on l'élève dans un bon quartier », mais je me suis pas empêché d'avoir des enfants. (Maya, 39 ans)

Ainsi, plusieurs participantes réfléchissent au racisme et à ses conséquences lorsqu'elles se demandent si elles veulent des enfants ou non.

### **3.2 Système de santé et niveau de facilité d'accès à l'information**

De nombreuses informations reliées à la santé reproductive sont disponibles dans les cliniques de soins de santé, services sociaux et organismes communautaires. Ces informations sont généralement communiquées lors de consultation avec des spécialistes. Cependant, pour qu'une personne puisse consulter ces services, il faut d'abord savoir que ceux-ci sont disponibles pour le public et de quelles manières on peut y avoir accès. Un total de 10 participantes considèrent les soins reliés à la santé reproductive comme accessible à Montréal. Trois disent qu'au contraire, les soins ne sont pas facilement accessibles. Les trois autres ont décidé de s'abstenir. Les difficultés d'accès soulevées proviennent particulièrement de la difficulté d'avoir accès à un spécialiste si l'on n'est pas enceinte, le manque de sensibilisation à l'importance de la santé reproductive, le manque d'informations facilement accessible ainsi que le poids de la responsabilité posé sur l'individu :

Je fais souvent moi-même les choses, par exemple je vais me dire bon, ça fait trois à six mois que j'ai pas fait mon test de dépistage donc je vais prendre un rendez-vous, où je me dis bon, ça fait longtemps que j'ai pas vu un gynécologue. Je dois demander à mon médecin pour en voir un, il y avait une infirmière qui me suivait là-bas à la clinique et ça a pris trois ans avant de réaliser qu'ils m'avaient pas appelé pour mon test annuel. Et ils m'ont dit « Si en octobre de chaque année on ne t'appelle pas, appelle-nous ». Je dois faire moi-même les

recherches. [...] Je pense que c'est obtenir un rendez-vous le plus difficile. Faut que les étoiles soient alignées en ta faveur. (Lola, 23 ans)

Les difficultés d'accès relevées peuvent être perçues comme étant reliées entre elles. En effet, si la personne doit prendre en charge sa santé reproductive afin de faire les suivis nécessaires, elle doit être mise au courant de toutes les problématiques potentielles.

Un autre élément relevé est la difficulté d'accès à un médecin de famille.

Les obstacles rencontrés par les participantes semblent faire état de la situation actuelle de nombreuses Québécoises et Québécois. Au Québec, en 2021, presque 290 000 personnes sont sur la liste d'attente pour un médecin famille depuis environ trois à 12 mois. Un total de 434 431 personnes sont sur cette liste depuis plus d'un an (Bellerose, 2021). En tout, ce sont environ 8,4% de la population québécoise qui est sur la liste d'attente pour recevoir un médecin de famille. Plusieurs participantes sont sur cette même liste d'attente. Certaines ont un médecin de famille plutôt accessible, d'autres en ont un, mais celui-ci n'est pas facilement joignable.

D'ailleurs, certaines participantes relèvent les difficultés bureaucratiques et le long temps d'attente qui rajoutent une grande complexité à l'accès aux soins :

C'est toute la partie administrative principalement qui est difficile, mais en termes d'autres difficultés non. (Lisa, 23 ans)

C'est long, pour des choses que tu angoisses et tu stresses, t'envoies des demandes et tu sais pas quand tu vas avoir des nouvelles, ils te contactent tellement longtemps après, tellement que tu as oublié que tu as fait cette demande. (Lola, 23 ans)

L'une des participantes qui considèrent ne pas avoir vécu de barrière insiste tout de même sur le fait qu'elle en a très probablement vécu, même si rien ne lui vient en tête au moment de l'entretien :

Personnellement non, rapidement comme ça je ne me souviens pas d'un moment ou ce que j'aurais vu une barrière ou quelque chose, [mais] c'est sûr, sûr, sûr que j'ai eu des microagressions, dues sur ma couleur de peau. Mais je sais qu'il y a des personnes de mon entourage c'était souvent le classique de la prise de sang, qu'on arrive pas à trouver la veine. Je sais pas si c'est une certaine barrière, mais ça rend quand même ton expérience plus difficile avec le système de santé [...]. (Zoé, 22 ans)

Plusieurs barrières d'accès aux soins et à l'information à la santé reproductive existent et sont relevées par les participantes qui ressentent ces barrières. Notons que l'accessibilité aux soins et à



l'information diffère selon le milieu et l'environnement dans lequel la personne vit et ces mêmes éléments peuvent avoir des effets sur la santé physique et mentale. Les déterminants sociaux de la santé permettront de comprendre comment la position sociale de l'individu affecte sa santé ainsi que son accès aux soins.

### **3.2.1 Déterminants sociaux de la santé**

La situation de vie de la personne ainsi que tous les aspects de son identité qui la caractérise, son milieu ainsi que son environnement social peut aussi avoir des effets directs sur la santé de la personne. Les déterminants sociaux de la santé exposent les niveaux auxquels les inégalités de santé peuvent être ressenties et perçues. Le contexte global, soit le niveau plus général, inclut les éléments politiques, économiques, démographiques, sociaux et culturels d'une société; éléments qui peuvent directement ou indirectement affecter la santé. Le niveau suivant concerne les systèmes tels que le système d'éducation, système de santé et les formes de soutiens sociaux offerts. Ensuite, dans un autre niveau, l'on retrouve les milieux de vie, tels que le milieu familial, le milieu de travail, le milieu d'hébergement et le milieu scolaire. Finalement, les caractéristiques individuelles sont aussi prises en compte, telles que les habitudes de vie, les comportements ainsi que les caractéristiques tant biologiques que génétiques (Gouvernement du Québec 2012). Pour comprendre comment les déterminants sociaux de la santé affectent la santé, les catégories doivent être comprises comme interdépendantes.

Il est donc important de saisir comment tous les déterminants sociaux de la santé s'imbriquent et façonnent une situation particulière, propre à chaque individu. Il est nécessaire de noter « l'importance de la prise en compte de l'influence multiple des déterminants sociaux dans la perspective de singulariser des situations de vie extrêmes, mais également d'inscrire les trajectoires de vie dans les dynamiques structurelles qui les ont produites. » (Vissandjée *et al.* 2013, 68) Selon une médecin de famille que j'ai interviewée, il existe des barrières à l'accès à l'information en système de soins de santé québécois. En effet, les médecins qui ne sont pas payés à l'heure ne prennent pas le temps de s'assurer que toutes les informations ont été transmises et que celles-ci ont bien été comprises. Elle considère que les moyens de contraceptions sont accessibles, mais l'information sur ceux-ci ne l'est pas :

Dans notre système à haut débit, on peut pas gérer quelqu'un qui comprend pas en 10 minutes. C'est pas fait pour ça. Tous nos patients qui sont allophones, tous ceux qui ont une culture différente ou qui comprennent pas notre système, ou tous ceux qui ont des déficiences intellectuelles, notre système n'est pas fait pour eux.

Le système de santé québécois actuel est une organisation très complexe, où la compréhension du fonctionnement de celui-ci n'est pas donnée à tout le monde. Par le fait même, cela peut affecter les connaissances que les personnes ont de leur droit à la santé. Le droit à la santé relève d'une question de justice, car les individus n'ont pas les mêmes capacités d'agir et de compréhension selon leur situation. Par exemple, il a été mentionné plus tôt que l'accès à l'information se fait généralement par le personnel de soins de santé ou par le ou la professionnelle consultée. Ce que la personne pourra recevoir comme information concernant sa santé, ses droits et ses options dépendra de ce que ce membre du personnel aura cru bon de lui partager. L'accès à l'information peut, selon les connaissances de l'individu sur sa santé, ses droits et ses options, reposer entièrement sur ces courtes rencontres (Vissandjée *et al.* 2013).

C'est une problématique qui peut avoir de grands impacts si l'individu a une compréhension restreinte du français et de l'anglais, ainsi qu'une faible connaissance de la structure du système de soins québécois : « les nouveaux immigrants manquent d'accès aux soutiens officiel et non officiel qui les aideraient à utiliser efficacement les services préventifs. » (S. Zanchetta, M. Poureslami 2006, 29) Toutes les participantes à cette étude parlent le français, les barrières ne se situent donc pas au niveau de la langue. Toutefois, Léa, 34 ans, ne connaît pas la structure du système de soins québécois, ce qui la prive de soins pendant quelques mois. Lorsqu'elle est arrivée au Québec à l'âge de 27 ans, elle était déjà enceinte de quelques semaines, sans le savoir. Puisqu'elle n'a pas de famille au Québec, elle ne connaissait pas les démarches à suivre pour obtenir des suivis prénataux. C'est uniquement après environ quatre mois qu'elle a appris qu'elle devait trouver par elle-même une clinique et un médecin afin de réaliser les suivis : « Donc j'ai dû appeler moi, je savais pas, parce que chez-moi [en Haïti], si tu as pas les moyens, tu restes chez toi. » (Léa, 34 ans) Ayant moins de moyens financiers ici qu'en Haïti, elle avait tenu pour acquis qu'elle ne pourrait pas se permettre d'obtenir un suivi. Elle raconte que si elle n'avait pas rencontré par hasard une personne qui lui a expliqué le fonctionnement, elle aurait passé tous les 9 mois chez elle, sans savoir qui contacter. Elle a donc finalement réussi à obtenir des suivis réguliers, suivis

qui étaient par ailleurs grandement nécessaires, puisqu'elle perdait beaucoup de poids pendant la grossesse à cause d'un manque d'appétit.

L'absence de suivi aurait donc pu entraîner des conséquences graves sur sa vie ou encore sur la vie du bébé. C'est une problématique qui est rapportée de la part de la responsable par intérim des services de sage-femme d'Aide Naissance. En effet, elle explique que les femmes qui arrivent au Québec en provenance d'autres pays font face à de nombreux autres obstacles. D'un côté, il y a l'aspect financier. Manquer une journée de travail peut grandement débalancer un budget déjà précaire. À cela s'ajoutent souvent des barrières langagières. Elle mentionne que plusieurs femmes ne savent pas où appeler pour obtenir un suivi de grossesse. Toujours selon la responsable par intérim des services de sage-femme, lorsqu'elles appellent à certaines cliniques pour obtenir ces suivis, plusieurs font face à des refus, car il est plus simple pour ces cliniques de refuser les femmes migrantes sous prétexte qu'il n'y a plus de place, par exemple. Rappelons que 10 participantes à cette étude sont nées en Haïti. Il est important de noter que l'accès aux soins n'est pas la seule problématique à laquelle ces femmes peuvent faire face. L'enjeu des soins de qualité est aussi à prendre en considération.

### **3.2.2 Biopouvoir en institutions de soins de santé**

Un accès aux soins ne garantit pas de recevoir des soins appropriés et de qualité. Le manque d'accès aux informations sur la santé reproductive est une problématique qui permet aux institutions de soins de santé d'avoir un grand contrôle sur le corps des individus et particulièrement sur celui des femmes (Gagnon 2017). Il convient ici de développer sur le terme de biopouvoir, terme illustré par Foucault, qui représente les techniques et les processus de contrôle et de rapports de pouvoir sur une certaine population. La démonstration de ce pouvoir se fait par l'entremise des « microréglementations, des procédures d'examen et des techniques de surveillance » sur les corps (Quiroz 2020, 77).

Tel que l'indique Gagnon<sup>23</sup>, le biopouvoir doit être utilisé pour faire l'analyse de l'expérience de la périnatalité des femmes au Québec. La médicalisation de l'accouchement, instaurée par les

---

<sup>23</sup> Raymonde Gagnon réalise sa thèse de doctorat sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement des québécoises à l'ère de la biotechnologie, à l'Université de Montréal. Sa recherche rapporte les vécus de 25 femmes, et est publié en 2017.

avancées de la biomédecine, s'installe au courant du XX<sup>e</sup> siècle dans le système de soins de santé, en concordance avec l'enracinement du biopouvoir au sein de ce système (2017). Le corps des femmes en période périnatale devient donc un lieu de pouvoir, sous prétexte que la biomédecine et ses praticants sont les seuls spécialistes réels de la grossesse et de l'accouchement (*Ibid.*). Cette hiérarchisation des connaissances se justifie par ces « techniques de contrôle et de domination » (Quiroz 2020, 77) qui définissent le biopouvoir. Ces techniques de contrôle s'exercent par l'autorité qu'imprègnent l'institution de soins de santé et ses membres du personnel (*Ibid.*).

Le biopouvoir peut transparaître à travers tous les aspects de la santé reproductive lorsqu'une femme décide de consulter pour obtenir soins et informations. Les acteurs qui perpétuent ces relations de pouvoir sont les membres de personnel de soins de santé qui, à l'aide de la biomédecine, remplacent l'accouchement naturel « et [imposent] un contrôle accru du corps des femmes, notamment subalternes » (*Ibid.*, 77).

L'autorité et les rapports de pouvoirs existants au sein de ce système peuvent être très intimidants, notamment pour une personne qui n'a pas une grande connaissance de ses droits puisqu'elle est moins portée à refuser un traitement ou à demander à explorer les autres options. De plus, le consentement à un soin doit être donné de façon à être totalement dépourvu de pressions extérieures et peut être retiré à tout moment, et ce, sans qu'une justification soit nécessaire (Regroupement Naissance-Renaissance 2014d). Aucune participante n'a mentionné avoir eu recours à une sage-femme lors de leur grossesse et de leur accouchement.

Pour continuer sur les formes de pouvoirs opérantes, le domaine du pouvoir structurel est expliqué par Landry comme étant un domaine de pouvoir où les normes, politiques et systèmes légaux des institutions sont tous enchevêtrés, permettant de maintenir les discriminations en place (2019). Tel que l'indique Novello-Vautour, « du fait de leurs procédures, leurs politiques et leurs organisations, les systèmes et les institutions agissent ensemble, même sans qu'il n'y ait une volonté identifiable, pour maintenir les inégalités et exclure les populations marginalisées » (2021, 35).

La médicalisation de l'accouchement, les techniques de pression d'utilisation des méthodes de contraception<sup>24</sup>, la déshumanisation des personnes enceintes et plusieurs autres éléments sont

---

<sup>24</sup> Ce sujet sera abordé dans la section 3.3.3 *Techniques de pression et inégalités*.

toutes des notions qui permettent au personnel médical de prendre une place démesurée dans la vie et les choix de la personne (Landry 2019). Par ailleurs, une des participantes qui travaille au service du recrutement d'une institution de soins de santé dit qu'il y a un grand manque de femmes et de personnes racisées au sein des gestionnaires de l'institution :

Par exemple on peut voir la différence entre les gestionnaires et le recrutement, qui y vont choisir selon le nom de famille. [...] Ou encore je me rappelle en 2019 il y avait une réunion de gestionnaire dans la salle, il y avait juste des hommes blancs et sur une centaine de personnes, de gestionnaires, il y avait peut-être deux noirs. C'est vraiment des affaires comme ça que je peux voir dans le milieu de la santé [...]. On peut pas dire que c'est du racisme même si on le sait tous [...], mais vu qu'ils sont en position d'autorité, on peut rien dire. (Aya, 30 ans)

Par ailleurs, le consentement à un traitement ne peut être libre et éclairé si une procédure n'est pas réellement comprise par l'individu ou si celle-ci est réalisée à la suite de coercition. Dans les Charte canadienne des droits et liberté et Charte des droits et libertés de la personne, le consentement libre et éclairé doit permettre une autonomie complète de l'individu face à ses choix et concernant son corps. Son intégrité doit être assurée et « préservée en tout temps » (Regroupement Naissance-Renaissance 2014d). Pour ce faire, l'individu doit avoir accès à toutes les informations nécessaires à la compréhension d'un soin, aux alternatives possibles et à la possibilité de refuser un tel soin.

Pour tout type de soins, le consentement libre et éclairé est donc primordial quant aux décisions et aux choix de la personne. Afin de permettre que le consentement libre et éclairé soit obtenu, le personnel médical se doit d'être à l'écoute et respectueux des demandes (*Ibid.*). Dans le Code civil du Québec, le consentement aux soins est obligatoire, et ce, pour n'importe quel type de soins, examens ou interventions. Le personnel médical doit donc s'assurer d'obtenir le consentement libre et éclairé de la personne et de le respecter tant et aussi longtemps que la personne le désire. Il existe toutefois une particularité au Code de déontologie où le médecin doit obtenir le consentement libre et éclairé de la personne, à moins qu'une situation d'urgence fasse surface (Grenier 2019). Nous reviendrons à cette notion dans le chapitre sur les violences obstétricales.

Bien qu'il ait été mentionné que la majorité des participantes à cette étude n'ont pas éprouvé de barrières à l'accès aux soins de santé, certaines ont vécu des expériences où les rapports de pouvoirs étaient bien ressentis.

### 3.2.3 Expériences négatives en services de soins de santé

Pour certaines participantes, les barrières et difficultés vécues en soins de santé sont vécues de façon violente. Ines, 45 ans, explique une situation où elle s'est rendue à l'hôpital accompagnée de l'une de ses collègues de travail, car elle souffre régulièrement de migraines sévères. Bien qu'elle soit sous médication, les douleurs peuvent parfois être si sévères qu'elle doit recevoir des injections, disponibles à l'hôpital. Cette fois-ci, elle était au travail lorsqu'elle a eu besoin de ces injections. La douleur était si vive qu'elle avait de la difficulté à s'exprimer pour expliquer la situation aux membres du personnel de soins de santé de l'établissement. Même si cette institution avait son dossier médical, les membres du personnel ont pris plus de 40 minutes avant de la prendre au sérieux. La raison de cette attente était que celles et ceux-ci soupçonnaient qu'Ines était sous les effets de l'alcool ou de drogues. Pendant ce temps, la douleur s'accroissait, et Ines ressentait le jugement de la part du personnel. Finalement, lorsque le dossier est sorti, ceux-ci ont réalisé que cette patiente est effectivement migraineuse et qu'il fallait la placer au plus vite dans une chambre noire :

[...] finalement pour qu'ils me disent on va te mettre dans une chambre noire, et je dis oui c'est ce que je demande depuis plus d'une demi-heure. Je comprends que peut-être à cause du quartier, ils en voient beaucoup [de personnes sous influence], mais c'est pas tout le monde qui est pareil. (Ines, 45 ans)

Anna, 28 ans, rapporte aussi avoir vécu une situation où elle ne se serait pas fait prendre au sérieux lors d'une rencontre médicale. Elle explique que le médecin avait l'air très pressé et n'a pas pris en considération tous les maux qu'elle exprimait. En conséquence, les médicaments prescrits n'ont rien changé à ses douleurs.

Les exemples ci-dessus peuvent faire écho à la mort de Naomi Musenga, en 2017, en France. Cette femme ayant des origines congolaises s'est rendue aux urgences afin de se faire traiter pour de grandes douleurs dans l'abdomen. Toutefois, celle-ci s'est fait renvoyer chez elle, car l'employée qui l'a reçue l'a ridiculisée et n'a pas fait les suivis nécessaires. Naomi est plus tard « décédée d'une défaillance de l'ensemble de ses organes » (Pierre 2021, 223), ce qui a incité plusieurs femmes racisées à rapporter leurs expériences similaires. La situation de Joyce Echaquan étant très similaire et suite aux expériences révélées par Ines et Anna, il est tout à fait possible de dire que la situation des femmes racisées au Québec est très semblable au niveau des institutions de soins de santé :

[Le Regroupement Naissance-Renaissance] font état de difficultés similaires à accéder aux soins, des choix restreints offerts, du contrôle exagéré du personnel médical sur les mouvements et le corps de certaines femmes sous le prétexte d'assurer leur sécurité, de remarques racistes, notamment sur leur « incapacité » à prendre soin de leurs enfants, de pressions exercées pour subir une stérilisation ou prendre des contraceptifs, de négation de la douleur, d'attaques homophobes, de préjugés face à un handicap ou à un statut d'immigration précaire, de l'homogénéité socioculturelle du personnel, de violences gynécologiques et d'agressions sexuelles. (Pierre 2021, 224)

Si l'on prend en considération que plusieurs cas similaires ont été vécus, très peu de plaintes sont déposées envers le système de santé, ou encore celles déposées sont rarement véritablement prises en considération. Les institutions en général au Québec et au Canada sont fondées sur un système colonial qui perpétue le statu quo et donc protège les personnes au pouvoir :

Le droit ne servait pas leur vérité [aux personnes noires], il protégeait les intérêts de ceux qui engraisaient les rouages du système colonial et qui en bénéficiaient. C'est encore le cas. L'oppression et la domination des corps autochtones et noirs, surtout ceux des femmes cis et trans, des personnes binaires ou bispirituelles, existent depuis le début de la colonisation dans les Amériques, et persistent aujourd'hui. (Pierre 2021, 12)

En effet, le système n'a pas été conçu pour apporter une réelle aide aux personnes marginalisées qui vivent de mauvais traitements. Les démarches sont longues, parfois coûteuses, demandent beaucoup d'énergie et les conclusions sont généralement insatisfaisantes (Landry 2019). Il existerait toujours un manque d'organisme qui viendrait en aide aux femmes souhaitant porter plainte, selon plusieurs intervenantes communautaires (Fontaine *et al.* 2019). Selon une travailleuse sociale en périnatalité, les mauvais traitements envers les femmes religieuses ou encore qui ont une grande famille semblent parfois volontaires et prémédités. Elle indique que certaines infirmières ont une patience limitée envers certaines familles, ce qui résulte en des soins de piètre qualité, délivrés avec grossièreté. Elle explique que l'une des raisons qui motivent ce type de traitement de la part des infirmières serait que ces dernières « savent que ces femmes ne porteront pas plainte » (Souissi 2017).

Le mémoire de maîtrise en travail social de Landry expose plusieurs situations<sup>25</sup> où des femmes auraient vécu de mauvais traitements lors de la période périnatale ou pendant l'accouchement. La

---

<sup>25</sup> Ce mémoire, publié en 2019, porte sur les violences obstétricales. L'échantillon est composé de huit femmes, qui ont toutes vécues des violences obstétricales en milieu de soins de santé.

presque totalité de ces femmes ont décidé de ne pas porter plainte, puisque « plusieurs obstacles étant rencontrés et le processus bureaucratique étant visiblement inadapté à la réalité postnatale. » (Landry 2019, 97) Une de ces femmes explique qu'elle a demandé plusieurs dizaines de fois à l'hôpital qui lui a octroyé les soins à recevoir son dossier afin de porter plainte. Son dossier lui a été rendu plusieurs mois plus tard, une fois le délai autorisé pour porter plainte était franchi (*Ibid.*).

Par ailleurs, un autre type de situation possible concernant le non-aboutissement des plaintes est celui porté par les infirmières ayant des origines haïtiennes envers des collègues pour harcèlement racial. Le ou la harceleur·euse met en place un environnement haineux et dommageable pour la ou les personnes impliquées. Les difficultés énoncées plus haut rendent les plaintes presque désuètes. Si les victimes de harcèlement décident de passer à l'action, les menaces ou les techniques de dissuasion peuvent se multiplier pour les inciter à rétracter cette plainte (Pierre-Pierre 2017).

Léa est en technique infirmière au Cégep. Elle était comptable en Haïti, mais avec la non-reconnaissance de son diplôme, elle a pris la décision de retourner aux études. Elle travaille présentement comme infirmière auxiliaire. Au sein de son travail, elle vit du racisme de la part de certains usagers et ressent constamment la surveillance de la part de ses collègues :

Pour certains résidents, si t'es noire, ils veulent pas que tu leur touches, ils veulent pas que tu leur donnes à manger. Ils veulent rien entendre de toi. Mais bon on s'en fiche. Ça vient aussi de la part des collègues, que t'es toujours sous surveillance. C'est comme l'histoire du maître et de l'esclave. Les femmes blanches elles font le même travail que toi, on est toutes des préposés et elles veulent toujours te donner des ordres, dans le genre va faire ci, va faire ça. Il y a une autre personne à côté de moi et c'est toujours moi qu'elle choisit. Pourquoi ça serait pas à l'autre d'aller le faire? (Léa, 34 ans)

Elle n'a pas mentionné avoir fait de plainte à ce jour. Ces différents exemples illustrent que le contrôle du corps des femmes s'effectue de multiples façons. Les concepts de la surveillance de l'État envers les personnes noires et la surveillance du corps des femmes en période périnatale seront approfondis au chapitre 6.

Ces formes de contrôles et de relations de pouvoirs jouent un rôle important sur l'accès aux soins ainsi que la qualité des soins reçus. Plusieurs exemples d'expériences négatives en système de soins de santé ont été exposés, que ces soins généraux ou en lien avec la périnatalité. Bien que la périnatalité prenne une place importante dans ce travail de recherche, la santé reproductive inclut



aussi l'aspect des méthodes de contraception. Certaines inégalités peuvent aussi être ressenties à travers l'accès à l'information et à la prise de décision concernant ces méthodes.

### **3.3 Méthodes de contraception**

L'apparition des méthodes de contraception disponible au grand public dès 1956 au Québec (Le Groupe Jean Coutu 2021) a généralement été accueillie par les groupes féministes comme des ressources libératrices, permettant de contrôler sa fertilité. Les femmes et les personnes pouvant tomber enceinte pouvaient maintenant décider si elles voulaient des enfants et à quel moment, leur permettant ainsi d'avoir une sexualité plus libre (Falconnet et Lefaucœur 1975; Portner 2019). Une multitude de méthodes de contraception sont disponibles sur le marché. Le condom masculin et le condom féminin sont des barrières physiques qui empêchent la conception. Les méthodes de contraception contenant des hormones sont disponibles sous la forme de pilule, d'anneau vaginal, d'injections, de timbre contraceptif ou encore d'implants. Certains types de stérilets peuvent contenir des hormones, tandis que le stérilet en cuivre n'en contient pas. Il existe aussi plusieurs types par barrières vaginales, sous plusieurs formes, telles que de la mousse, du gel, de la crème ou des éponges spermicides. L'on retrouve aussi la contraception d'urgence, souvent appelée au Québec « la pilule du lendemain » ou « plan B » (Cormier-Beaugrand 2017, 34).

Plusieurs méthodes de contraception traditionnelle existent, qui « incluent l'abstinence périodique ou la méthode du calendrier, l'abstinence prolongée, l'allaitement, les douches vaginales, les méthodes familiales et traditionnelles telles que l'usage d'aliments ou de plantes pour la contraception. » (*Ibid.*) Les participantes à cette recherche affirment avoir recours aux méthodes de contraception suivantes : la pilule contraceptive, le condom masculin, le stérilet avec ou sans hormones, la pilule du lendemain, la méthode du calendrier, le timbre, les injections Depo-provera et une participante a eu recours à l'avortement.

Il est important de mentionner que les effets secondaires de certaines méthodes de contraception peuvent être importants. Les effets secondaires les plus légers de la pilule contraceptive peuvent causer, par exemple, de la nausée, des maux de tête, des maux de ventre, des saignements ou des crampes menstruelles (Le Groupe Jean Coutu 2021). Les effets secondaires les plus graves de ce type de contraception peuvent produire le développement « du cancer du sein, une augmentation

des maladies cardiovasculaires, tel que l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral (AVC) et les maladies thromboemboliques veineuse » (Portner 2019, 7). C'est pourquoi l'accès à l'information claire et complète est prioritaire lors de la prise de décision d'un choix de méthode contraceptive.

### **3.3.1 Accès à l'information sur les méthodes de contraception**

Comme il a été expliqué précédemment, une consultation avec les membres du personnel de soin de santé ou avec des spécialistes peut être la seule source d'informations fiable qu'une personne va recevoir sur les méthodes de contraception disponibles. Cependant, ces rencontres peuvent être brèves selon la disponibilité des professionnel·les (Portner 2019). Si la personne n'a pas accès à toutes les informations nécessaires pour prendre une décision, elle ne peut effectuer un choix libre et éclairé. Elle pourrait donc se retrouver avec une méthode de contraception qui ne lui convient pas et vivre plusieurs effets secondaires physiques ou psychologiques néfastes. Selon une étude menée en 2016 sur les barrières à l'accès aux méthodes de contraception au Québec, il semblerait que les jeunes jouissent d'un accès à ces méthodes plutôt privilégié en comparaison avec le reste du Canada. Toutefois, selon les autrices et auteurs de cette étude, plusieurs barrières sont toujours présentes. Le coût associé à chaque renouvellement de prescriptions peut être une barrière, dans le cas où la jeune personne ne veut pas que les parents soient au courant, par exemple (Di Meglio, Yeates et Seidman 2020).

Dans plusieurs pays d'Europe tels que la France et la Suisse, la pilule contraceptive est souvent présentée comme la meilleure ou l'unique option, tel que l'indiquent les travaux de Fonquerne<sup>26</sup> et de Portner<sup>27</sup> (Fonquerne 2020; Portner 2019). Comme il est possible de le constater à travers le récit des participantes, il est tout à fait plausible de dire que c'est aussi le cas au Québec. Selon une étude réalisée en Mauricie et dans le Centre-du-Québec, la pilule contraceptive est le moyen de contraception le plus répandu entre les années 2014 et 2015 (Pepin 2017). Afin d'effectuer un choix qui convient personnellement à une personne selon ses besoins et ses valeurs, les alternatives

---

<sup>26</sup> Leslie Fonquerne est doctorante en sociologie, à l'Université de Toulouse II Jean Jaurès, en France. Le texte cité explique comment la pilule contraceptive et ses effets secondaires ont fait « l'objet d'un scandale médiatique » en 2012, mais cette méthode de contraception reste tout même la plus utilisée aujourd'hui.

<sup>27</sup> Pour son travail de diplôme au centre de formation continue de la Haute école de travail social de Genève en 2019, Virginie Portner explique la nécessité d'offrir toutes les alternatives possibles aux femmes lorsque celles-ci choisissent une méthode de contraception. Ces alternatives permettent aux femmes de réaliser un choix éclairé.

doivent être connues et comprises : « Donner aux femmes l'information et l'accès à ces alternatives, quand la pilule n'est pas ou plus une possibilité pour elles, est une façon de respecter leur intégrité et leur opinion. » (Portner 2019, 20) Parmi les participantes, six n'ont jamais pris la pilule. Celles-ci mentionnent que la raison principale de ce choix est la peur des effets secondaires néfastes. Par exemple, Léa mentionne :

[J'utilise] juste le condom, pour pas, comme on dit chez nous, finir avec une équipe de football. [La pilule] c'est pas quelque chose qui m'intéresse vraiment. Ce qui m'empêche, ce qui fait que je suis pas intéressée à ça, c'est les effets secondaires qui viennent avec. Si je peux quand même contrôler ça sans la pilule, pourquoi pas! J'ai eu ma deuxième fille presque quatre ans après la première et puis le dernier je l'ai eu six ans et demi après.

Huit participantes utilisent la pilule contraceptive ou l'ont déjà utilisée. Parmi celles-ci, six ont affirmé que la pilule n'était pas leur premier choix. Si certaines rapportent avoir eu accès à toute l'information nécessaire, d'autres sont plutôt sceptiques :

Je sais pas si j'ai eu l'accès à toute l'information nécessaire pour choisir mes méthodes de contraception. Par exemple pour la pilule, le médecin choisit la pilule qui va avec toi, mais les médecins parlent pas vraiment de la piqure ou d'autres choix, c'était vraiment la pilule. (Aya, 30 ans)

Pour sept d'entre elles, la pilule leur a été proposée pour régler un problème quelconque. Par exemple, plusieurs rapportent utiliser la pilule pour régulariser de grandes douleurs menstruelles, des kystes ovariens, des irrégularités au niveau du cycle menstruel et pour la régulation du flot de sang. Ainsi, dans plusieurs cas, la pilule est proposée afin d'aider à régler certains problèmes de santé. Toutefois, ce qui est considéré par un médecin comme étant un « problème » n'est pas un nécessairement un mal à corriger.

### **3.3.2 Pathologisation des menstruations**

La pilule contraceptive est maintenant utilisée comme outil qui dépasse la contraception. Selon Portner, « La contraception orale combinée (COC) n'est pas qu'un contraceptif. C'est aussi un médicament (qui est d'ailleurs le premier médicament prescrit à des personnes en bonne santé), prescrit par un médecin. » (2019, 7) En effet, Fonquerne explique comment cette méthode de contraception est utilisée comme outil de pathologisation de la physiologie féminine. Lorsqu'un

cycle menstruel n'est pas exactement de 28 jours, et ce, de façon répétitive, il est considéré comme anormal (Fonquerne 2020). Ce qui est anormal ou pathologique doit donc, selon les spécialistes, être corrigé de façon artificielle. Dès ses débuts, la pilule contraceptive était utilisée par les médecins afin de résoudre les irrégularités au niveau des menstruations. Dans cette perspective, les corps des femmes sont réparés à des fins d'uniformisation : « En ayant des propriétés pouvant réguler ou supprimer les saignements, ce type de contraception s'inscrit dans une logique médicale historique considérant comme imparfait tout corps qui ne serait pas celui d'un homme (blanc) » (*Ibid.*, 69)<sup>28</sup>.

On parle ici d'une pathologisation des corps des femmes alors que les menstruations ne sont pas une maladie. Un cycle qui n'est pas exactement de 28 jours n'est pas anormal. La contraception orale n'agit donc pas seulement à titre de méthode de contraception, mais aussi comme un médicament que l'on conseille à des personnes qui ne sont pas malades. Par exemple, la pilule contraceptive peut être recommandée avant même que la personne commence à avoir des relations sexuelles. La pilule contraceptive comme médicament a d'ailleurs été présentée comme solution à Sara, 35 ans, il y a plusieurs années:

La pilule c'était pas mon premier choix. La première fois que j'ai commencé à prendre la pilule c'était pour régulariser mon cycle, j'avais presque 13 ans à cette époque-là. C'est le médecin qui m'avait suggéré de la prendre, je m'y connaissais pas trop là-dedans. J'ai pris ça pendant trois mois comme il l'avait suggéré, mais ça m'a juste causé d'autres problèmes, donc j'ai pas eu le choix de continuer de rester là-dessus pour rester régulière, donc j'ai passé mon adolescence là-dessus. Je n'ai pas du tout l'impression que j'ai eu accès à l'information nécessaire. Je suis allée à la clinique juste à cause d'un débalancement [...], j'ai expliqué ma situation et il m'a juste directement donné la pilule.

Parfois, la pilule contraceptive peut être offerte afin d'aider à régler certains problèmes médicaux. Aux questions « Avez-vous vous déjà eu recours à des méthodes de contraception? Lesquelles et pourquoi? », Rose, 24 ans, répond :

Oui la pilule, mais c'est pas pour la contraception, c'est pour des kystes ovariens. Si j'avais eu le choix, j'aurais pas pris ça, parce qu'il y a des effets secondaires et ça peut avoir un effet sur la fertilité. J'ai jamais vraiment aimé, peut-être parce que c'est un peu en contradiction avec mes valeurs, donc c'était par obligation.

---

<sup>28</sup> Le concept de la Norme émise à la section 1.6.1 *Définir l'intersectionnalité* s'applique donc ici aussi.

Dans les deux cas présentés ci-dessus, Sara et Rose auraient préféré se faire offrir d'autres options. Selon Fonquerne, les taux de prescription de la pilule contraceptive semblent diminuer lorsque les méthodes sont présentées en centre de santé, puisque l'information sur plusieurs types de méthodes de contraception est exposée et discutée. Lorsque toutes les méthodes contraceptives sont présentées et bien expliquées, les femmes peuvent choisir une méthode qui leur convient et qui respecte leurs valeurs. Toutefois, certains spécialistes payés à la consultation préférèrent poser des questions fermées, qui se répondent par oui ou par non, afin de terminer la consultation le plus rapidement possible.

Dans ce cas-ci, Fonquerne détermine qu'il s'agit donc d'un pseudo-choix offert pour les femmes, alors que la pilule reste parmi les moyens de contraception les plus distribués. Depuis l'apparition des méthodes de contraception, la normalisation de la pilule contraceptive s'est installée et les médecins s'y conforment, consciemment ou inconsciemment. Toutefois, la prescription d'une méthode de contraception ne doit pas être perçue comme un événement anodin. Une prescription de méthode de contraception qui ne convient pas à une certaine personne peut se terminer par des problèmes de santé ou encore à une grossesse non désirée, si la contraception est mal utilisée (Fonquerne 2020; Portner 2019).

### **3.3.3 Techniques de pression et inégalités**

Cette préférence pour la pilule contraceptive chez plusieurs spécialistes peut être ressentie, par certaines femmes, comme une imposition, alors qu'elles devraient être en mesure de prendre leurs propres décisions en ce qui concerne leurs corps. Winckler, médecin et essayiste militant français indique plusieurs démarches à suivre afin de prescrire une méthode de contraception qui convient à la personne. Là où le spécialiste qui est en charge de prescrire la méthode de contraception doit commencer par donner toutes les informations nécessaires sur les choix et les alternatives en prenant en considération les besoins et les désirs de la personne. Le choix n'est pas défini par ce que les spécialistes favorisent, mais bien par ce qui concorde le plus avec la situation et les choix de la personne. Finalement, les spécialistes doivent s'engager à répéter ces démarches si la méthode choisie ne répond finalement pas aux besoins de la personne (Winckler 2001). Ces démarches sont donc bien évidemment rarement suivies si le temps de consultation est compté.

Dans certains cas, lorsque ces démarches ne sont pas respectées, le choix d'une méthode de contraception peut être vécu de façon déplaisante et même coercitive :

Quand j'ai eu mon premier [enfant] [...], vu que j'étais une très jeune maman, automatiquement j'étais plus suivie que les autres. Je voyais que [l'infirmière] me mettait beaucoup de pression au niveau des méthodes contraceptives et je comprenais pourquoi, mais je trouvais que c'était un peu trop là. Comme si elle voulait pas que j'aie d'autres enfants, c'était ma perception [...]. C'est juste que je comprenais pas ça, c'est avec le temps que je me suis dit « Ah oui cette infirmière-là c'était assez intense », elle essayait plus de me montrer des désavantages à avoir des enfants que des avantages. T'es comme pas supposé là! [...] je me sentais comme si elle était ma mère qui essayait de décider à ma place, qu'est-ce que je dois faire de ma vie ou pas, et je connais pas la madame, c'était une parfaite inconnue. (Jade, 33 ans)

Un élément important à soulever ici est que cette pression ressentie par Jade s'inscrit dans un cadre d'oppressions et de rapports de pouvoir qui frôle l'eugénisme et qui exhibe le paternalisme du système de santé. En effet, le contrôle des populations est l'un des éléments de domination que la classe dominante d'une société peut mettre en place pour maintenir son pouvoir : « Dans le cadre de ces politiques de contrôle des populations, loin d'avoir été un levier pour l'émancipation des femmes, c'est à leurs dépens que l'usage des contraceptifs hormonaux a été imposé afin d'asseoir des hégémonies économiques et des suprématies raciales. » (Grino 2014, 12)

En France, certain·es spécialistes considèrent que les patientes ne savent pas ce qui est le mieux pour elles et que celles-ci devraient se laisser aider. Les refus de certaines procédures peuvent être mal accueillis, alors que ces spécialistes affirment connaître ce qui est le mieux pour la personne. Par exemple, Fonquerne rapporte qu'un obstétricien travaillant dans un cabinet privé en France indique que les femmes ont l'habitude de faire confiance aux spécialistes et que le consentement de ces patientes est donc inhérent à la consultation. Toutefois, plusieurs patientes qui ont été interrogées à la suite de ce type de consultation ont indiqué avoir ressenti un grand malaise, d'autres ont même ressentie avoir été victime de formes de violence. Si le consentement libre et éclairé doit absolument être obtenu au Québec selon le code de déontologie, ce n'est pas toujours automatiquement le cas. Il est très possible que la mentalité de certain·es spécialités se rapproche de celle des spécialistes français·es, sans toutefois être affirmé à voix haute (Fonquerne 2020).

Il convient donc d'élaborer sur les inégalités existantes en termes de choix et d'accès aux méthodes de contraception. Si la majorité des problématiques soulevées peut généralement s'appliquer à

toutes les femmes, les femmes racisées, entre autres, peuvent faire face à certaines problématiques particulières. Certaines spécialistes peuvent classer les patientes selon des « critères discriminatoires non médicaux » (Fonquerne 2020, 75), qui agissent en tant que mécanismes de contrôle social lors de la distribution de méthode de contraception (*Ibid.*). Ce contrôle social est chargé des rapports de pouvoirs qui existent au sein d'une société, mais aussi entre les pays du Sud et du Nord. Par exemple, en Haïti, les injections Depo-Provera sont l'une des méthodes de contraception les plus répandues (Cormier-Beaugrand 2017).

Toutefois, la prescription de ces injections n'est pas recommandée au Canada et a fait l'objet d'un avertissement concernant son utilisation de la part de la *Food and Drug Administration* (FDA) américaine. Les effets secondaires de ce type de contraception peuvent être préoccupants. L'utilisation de cette contraception sur une longue période a entraîné une perte de densité minérale osseuse chez certaines usagères. Il en résulte que cette méthode de contraception est pratiquement inutilisée aux États-Unis et au Canada. La notion de pseudo-choix serait encore plus prononcée en Haïti, alors que la présentation de différentes alternatives est très rarement effectuée. Les informations sont donc manquantes à un choix libre et éclairé et les femmes qui ont une certaine décision en tête ne seront pas nécessairement écoutées par les membres du personnel clinique. Par ailleurs, l'appréhension des effets secondaires est la raison la plus commune quant à l'arrêt d'une méthode contraceptive hormonale en Haïti, comme dans la majorité des pays à travers le monde (*Ibid.*). Puisque la méthode la plus prescrite en Haïti est les injections Depo-Provera, malgré les effets secondaires multiples et importants reconnus scientifiquement, il est évident que la prise en compte des désirs et choix des individus est pratiquement nulle:

Dans le cadre de son étude, Maternowska (2006) dit avoir observé une tendance à sous-estimer les effets secondaires exprimés par les clientes de la clinique. Alors que l'anthropologue avait noté que 40% des clientes de la clinique avaient rapporté ou exprimé des craintes face aux effets secondaires, les chiffres déclarés par la clinique de Cité-Soleil étaient plutôt de l'ordre de 12%. (Cormier-Beaugrand 2017, 133)

Parmi les participantes, la crainte des effets secondaires revient chez huit personnes. Trois d'entre elles mentionnent que la crainte des effets secondaires provient de leur mère, qui leur a raconté « plusieurs histoires d'horreur<sup>29</sup> » (Flora, 22 ans) sur les effets néfastes possibles.

Par ailleurs, les régions où les injections de Depo-Provera constituent la méthode de contraception la plus utilisée sont en effet des pays du Sud. Il est possible de retrouver de fortes concentrations de cette contraception en Indonésie, en Amérique du Sud, dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne. Aux États-Unis, ce sont surtout les femmes noires qui se font prescrire les injections Depo-Provera (Cormier-Beaugrand 2017). Au Canada, se sont surtout les femmes autochtones:

Plusieurs auteurs critiquent les abus commis sur certains groupes de femmes, notamment la façon dont les méthodes hormonales les plus fortes (Depo-Provera, implants) sont systématiquement proposées aux groupes de femmes les plus marginalisées, tant dans les pays développés que les pays en développement (Bretin 1992, Hawaleshka 2005, Jackson 2011). Hawaleshka (2005) dans un article intitulé : « A shot in the dark ? » révèle que du 1% d'utilisatrices de Depo-Provera au Canada, la grande majorité sont des femmes autochtones habitant dans des réserves. (*Ibid.*, 54)

Dans plusieurs pays d'Amérique du Sud, il existe un grand manque d'informations et de sources fiables quant aux méthodes contraceptives. Certaines femmes vont utiliser un certain dispositif intra-utérin dans le but de contrôler leur fertilité, sans savoir qu'elles deviendront stériles par la suite. Ce phénomène touche jusqu'à 30% des femmes au Brésil. Un consentement au contrôle de leur corps n'est pas un consentement pour une stérilisation (Béregère 2002).

Un autre exemple d'inégalité en matière de méthode de contraception est la propagation du contraceptif hormonal *Norplant* sous le financement des Fonds des Nations unies pour la population. Dans plusieurs pays du Sud, cet implant sous-cutané est distribué aux femmes, possible par la mise en place de ce financement. Cependant, des études ont prouvé que ce dispositif augmente considérablement les risques de cancer du sein et de malformations congénitales lorsque le fœtus y a été exposé. Lorsque ces femmes voulaient se le faire retirer, soit dans le but d'avoir des enfants, soit afin mettre fin aux effets secondaires nombreux et indésirables, on leur indiquait

---

<sup>29</sup> Ces histoires n'ont pas été détaillées par la participante, mais concerne les effets secondaires des méthodes de contraception.



que le financement ne couvrait pas le retrait du dispositif. Ces femmes se sont retrouvées stérilisées malgré elles. À la suite de nombreuses politiques antinatalistes réalisées dans les pays du Sud durant le XX<sup>e</sup> siècle, en 1987, 2,3 millions de femmes sont stérilisées, où l'on estime que plus d'un quart de ces femmes n'avaient pas eu accès aux informations nécessaires (Smith 2005; Bérengère 2002).

Plusieurs inégalités et rapports de pouvoir ont été soulevés concernant les méthodes de contraception. L'enjeu principal pourrait être résumé par le manque d'accès à l'information claire et complète. Lorsque la personne peut réaliser un choix, lorsque toutes les options sont présentées et expliquées, la méthode de contraception peut être perçue comme un élément libérateur, permettant le contrôle de sa fertilité. Toutefois, comme il a été possible de le constater, il est plutôt rare que les membres du personnel de soins de santé aient le temps de discuter en profondeur de toutes ces méthodes et de leurs spécificités.

### **3.4 La santé maternelle et droit à la santé**

Avant de débiter le prochain chapitre sur la grossesse et l'accouchement, une brève discussion sur la santé maternelle s'impose. Comme mentionné plus haut, il devrait y avoir plus de recherches qui portent sur la santé maternelle dans les pays du Nord. Ainsi, le concept de la santé maternelle sera discuté pour étudier certaines problématiques en périnatalité chez les femmes racisées à Montréal. En ce sens, il est important de comprendre comment le vécu de la personne peut avoir des impacts sur les problématiques possibles de la grossesse et de l'accouchement. Par exemple, le stress est un facteur ayant des effets considérables sur la santé, tant mentale que physique. Les situations de violences, d'abus, de discrimination, de maladies, de milieux stressants ainsi qu'une situation économique instable sont des éléments qui peuvent induire un grand stress chez une personne. Il en résulte que ces situations stressantes ont des effets sur la mère et sur le fœtus. Ces effets peuvent affecter l'enfant même après sa naissance (Graignic-Philippe et Tordjman 2009; Zeindler 2013). De plus, une étude démontre que les risques de donner naissance à un enfant de faible poids augmentent de 60% si la personne enceinte vit un stress constant durant la grossesse (F. Chery 2010). Les effets du racisme doivent être étudiés comme facteur ayant des effets sur la santé. Notamment, le stress causé par le racisme a des impacts notables sur la santé des personnes noires. Puisque de nombreux textes ont été réalisés sur ce sujet aux États-Unis, il sera nécessaire

d'exposer plusieurs constats importants qui vont permettre de comprendre, par la suite, la situation actuelle au Canada.

### **3.4.1 Aux États-Unis**

Le stress ressenti par une personne, dès l'enfance, peut avoir de grands impacts à long terme sur sa santé, tant mentale que physique. Toutefois, les données statistiques recueillies dans les systèmes de soin de santé des diverses provinces canadiennes n'incluent pas l'origine ethnique ou la couleur de peau de la personne. Certaines données sont recueillies, telles que le pays d'origine, la langue parlée à la maison et le niveau d'éducation (F. Chery 2010). Malgré tout, la couleur de peau peut indirectement induire des conséquences énormes sur la santé et sur les problématiques possibles lors de la période périnatale. Aux États-Unis, ce n'est que vers les années 1990 que certaines autrices et auteurs s'intéressent aux impacts du racisme sur la santé des personnes racisées et sur les soins reçus (Karlsen et Y. Nazroo 2005). Puisque les données sur ce sujet sont très limitées au Canada, l'état de la situation actuelle de la mortalité maternelle chez les femmes noires aux États-Unis sera exposé à titre indicatif. Il sera ensuite possible de faire plusieurs liens entre les deux pays, notamment à travers les entrevues réalisées lors de cette recherche, afin de comprendre comment plusieurs problématiques sont aussi présentes au Canada et au Québec, même si les données ne sont pas encore disponibles de la même manière.

Tout d'abord, les problématiques auxquelles les femmes noires font face en périnatalité sont généralement évitables. Ces problématiques peuvent être les conséquences de soins de moins bonne qualité, d'un accès limité aux services de santé ou encore aggravé par des problèmes de santé antérieurs. Les problèmes de santé les plus fréquents qui vont généralement mener à la mort sont les embolies et les hémorragies, souvent causées par ces problèmes de santé antérieurs, tels que les maladies cardiovasculaires ou le diabète (Berg *et al.* 2003). Dans la littérature sur le sujet, les sources vont indiquer que les femmes noires ont entre trois et quatre fois plus de chances de mourir avant, pendant ou après l'accouchement que les femmes blanches. Ce taux aurait même augmenté entre les années 1990 et 2015 (*Ibid.*; Mehra 2020; St. Clair 2020; Martin et Montagne 2017).

Les écarts des taux de mortalité reliés à la grossesse et l'accouchement entre les femmes noires et les femmes blanches sont les plus grands écarts observés, tous groupes confondus, où ces écarts

persistent à travers le temps. D'ailleurs, les risques de mortalité pour les femmes noires ne varient pas selon leur niveau d'éducation, leur emploi ou leur revenu. Ainsi, même si la classe socioéconomique peut avoir un impact sur les risques possibles, la caractéristique de la couleur de peau à elle seule induit un impact significatif sur le taux de mortalité observé chez les femmes noires (Mehra 2020). En plus du taux élevé de mortalité, d'autres problématiques émergent de cette même caractéristique. En effet, les femmes noires ont tendance à donner naissance de façon prématurée et de petit poids beaucoup plus fréquemment. Les taux de mortalité infantile sont aussi plus élevés, et ce, jusqu'à 2,5 fois plus que chez les bébés blancs (Berg *et al.* 2003; Mehra *et al.* 2020; Hummer 1996). Une étude réalisée en 2016 dans la ville de New York expose que les femmes noires ayant fait des études supérieures sont plus à risque de complications sévères en période de périnatalité que les femmes blanches qui n'auraient pas terminé leur secondaire (Martin et Montagne 2017). De plus, selon St. Clair, environ 60% de ces décès auraient pu être évités grâce à des efforts de prévention. L'attention médicale absente ou incomplète portée à ces femmes se résulte donc en une question de vie ou de mort (2020).

Pour comprendre ces phénomènes, sachant que les caractéristiques telles que la classe socioéconomique ne changent pas ces taux, il convient de concevoir le racisme comme le fondement de ces inégalités en périnatalité. Les discriminations raciales à elles seules peuvent expliquer en grande partie les inégalités de santé auxquelles les femmes noires font face, les problèmes de santé préalables à la grossesse, l'accès aux soins visiblement rempli de barrières ainsi que les soins reçus qui peuvent être de moins bonne qualité. Effectivement, le stress vécu quotidiennement tout au long de la vie causé par le racisme individuel et le racisme systémique est l'un des déterminants les plus probants des inégalités existantes entre les femmes noires et les femmes blanches en périnatalité (Hummer 1996; Mehra *et al.* 2020). Les femmes noires, en plus du racisme, peuvent être victimes de comportements misogynes, ce qui peut accentuer ce stress (Mehra *et al.* 2020). La position des femmes noires en est une bien particulière, c'est pourquoi il est nécessaire d'approfondir les mécanismes qui sont en jeu, ce que nous ferons particulièrement dans le chapitre sur le racisme et l'intersectionnalité.

En effet, le racisme et toutes ses formes de discriminations affectent directement la santé mentale et physique des personnes noires, pouvant générer de grandes détresses. Ce stress, vécu tout au long de la vie, aura des effets négatifs sur une grossesse et sur toute la période de la périnatalité.

Le stress augmente le niveau de cortisol et d'inflammation dans le corps, phénomène qui est relié à un vieillissement physiologique plus rapide. Les discriminations au niveau du genre ne font qu'exacerber la situation (*Ibid.*; St. Clair 2020; Villarosa 2018; Bottemanne et Joly 2021).

Le terme de « *weathering* », que l'on pourrait traduire par érosion ou désagrégation, est développé par Dre. Arline Geronimus, chercheuse américaine en santé publique. Ce terme est utilisé pour décrire les effets du stress sévère sur les femmes noires. Ce stress, entre autres causé par des actes de racisme interpersonnel, serait l'une des raisons pour lesquelles la mortalité infantile serait bien plus élevée pour les femmes noires que pour les femmes blanches. Selon une étude menée par Geronimus, il serait possible de constater biologiquement les impacts du stress sur les femmes noires. En effet, les télomères, soit les extrémités d'un chromosome, vieillissent plus rapidement pour les personnes qui vivent de grands stress. Pour les femmes noires entre 40 et 50 ans, les télomères apparaissent plus vieux de sept ans et demi en comparaison aux femmes blanches (Villarosa 2018; Martin et Montagne 2017).

En Amérique du Nord, de grands stéréotypes existent autour de la maternité des femmes noires. Par exemple, les femmes noires vont être perçues comme généralement peu éduquées et ayant beaucoup d'enfants. Cette stigmatisation vécue par ces personnes va augmenter le sentiment de dévalorisation qu'elles pourraient ressentir, renforçant ce stress et toutes les conséquences qui l'accompagnent. Ces stéréotypes se font ressentir tant quotidiennement que dans le système de soins de santé. Le jugement que porte le personnel de soins de santé envers les mères noires va affecter la qualité des soins octroyés. Les femmes noires qui expriment leur malaise ou leurs douleurs se font souvent ignorer ou discréditer. Ainsi, en plus d'être plus à risque de problématiques en périnatalité du fait du stress vécu quotidiennement depuis la première expérience de racisme, des soins non appropriés ou limités viennent s'ajouter à l'expérience de la grossesse des femmes noires (St. Clair 2020; Martin et Montagne 2017; Villarosa 2018).

Ces problématiques et risques, quoique bien connus des spécialistes, ont longtemps été écartés des recherches, car le blâme était mis sur la mère. En effet, ces spécialistes croyaient que les personnes affectées étaient les femmes noires peu éduquées et ayant peu de revenus. Cela reflète bien le peu d'intérêt que les institutions portent aux femmes noires. Tout d'abord, comme il a été possible de le constater, les femmes noires de toutes les classes socioéconomiques ont plus de chance de vivre

des problématiques durant la grossesse. Ensuite, à cause de la croyance que ces types de problématiques auraient seulement touché cette population, aucun intérêt ni attention n'a été porté à ces enjeux pendant de nombreuses années. Et pourtant, les enjeux de santé maternelle sont donc bien présents en Amérique du Nord (Villarosa 2018).

### **3.4.2 Au Canada**

Au Canada, il n'est pas possible de comparer la mortalité maternelle et les problématiques en période périnatale entre les femmes noires et les femmes blanches, du fait que les données recueillies par le système de soins de santé omettent la couleur de peau ou l'appartenance ethnique de la personne. L'idée derrière ce choix de ne pas comptabiliser les « données raciales » à travers les institutions, relève d'une idéologie de « daltonisme racial » (Novello-Vautour 2021, 20). Cette idéologie est soutenue par les discours politiques sur le multiculturalisme qui ont été partagés partout à travers le Canada dès les années 1990 (Maynard 2018). Cela permet aux différentes institutions de déclarer de ne pas voir de différences entre les personnes ayant des couleurs de peau distinctes et par le fait même, de ne pas voir d'inégalités à ce niveau. Cependant, ces inégalités sont bien présentes (Novello-Vautour 2021).

Puisque le racisme systémique existe partout à travers le Canada, il est très possible d'imaginer que des situations de stress reliées au racisme telles que celles énoncées plus haut se retrouvent aussi à Montréal (Maynard 2018; Dryden et Nnorom 2021). Dès leur tout début dans le système de l'éducation, les enfants racisés n'ont pas la même expérience que les enfants blancs : « Ces derniers ne sont pas considérés comme des enfants, mais comme des « Noir-e-s » des « Arabes », des « Chinois-e-s », des migrant-e-s, avec toutes les implications sécuritaires que cela sous-entend. Ouassak estime que ces enfants sont « désenfantisés ». » (Pierre 2021, 73) Les inégalités raciales sont présentes et ressenties dès leur très jeune âge. Ces inégalités peuvent donc engendrer un stress important dans la vie de ces enfants, stress qu'elles et ils porteront probablement toute leur vie. Comme nous l'avons vu, le stress entraîne des conséquences énormes sur la santé, tant physique que mentale. Cette marginalisation aura des impacts sur leur recherche d'emploi, de logement, sur le revenu et implique une surveillance constante de l'État sur leur corps et leurs comportements (*Ibid.*; Maynard 2018).

Les personnes racisées feront face à plus d'obstacles tout au long de leurs vies et seront traitées différemment au sein de plusieurs institutions (Novello-Vautour 2021). En ne comptabilisant pas les données sur la couleur de peau ou sur l'appartenance ethnique, les institutions de soins de santé peuvent difficilement être tenues responsables d'un manque de soins ou de soins de moins bonne qualité octroyés envers les populations marginalisées. Selon St. Clair, le manque d'information et de donnée sur la couleur de peau, l'appartenance ethnique ainsi que la classe socioéconomique des patient·es est un obstacle à l'amélioration des conditions de santé et de soins chez les femmes noires. Effectivement, ce type de données permettrait de reconnaître, de comprendre et de diminuer les disparités en soins de santé (2020) qui sont présentes au Canada, au Québec et à Montréal (Dryden et Nnorom 2021).

Au Québec, ces données ne sont pas disponibles, car les formulaires d'admission à l'hôpital n'incluent pas de question sur l'appartenance ethnique de la personne. Cette absence de données devient alors une façon de nier les discriminations systémiques que subissent les personnes racisées dans le système de santé. (Bessaïh et Melaku 2017)

Le mémoire de maîtrise de F. Chery porte sur une comparaison d'état de santé périnatale entre les immigrantes haïtiennes au Québec et les femmes blanches nées au Canada, entre 1981 et 2006. Cette recherche démontre certaines inégalités en périnatalité entre les femmes migrantes venant d'Haïti et les femmes blanches d'origine canadienne. Malgré un système de soin de santé universel, les inégalités persistent et affectent particulièrement les femmes d'origine haïtienne au Canada. En effet, ce groupe de femmes tend à avoir des naissances prématurées et de faible de poids de façon beaucoup plus fréquente que les femmes blanches ayant des origines canadiennes. Les taux relevés ont une différence beaucoup moins importante que ceux trouvés aux États-Unis, mais cela est dû, entre autres, à l'indisponibilité de la majorité des données au Canada. La prématurité, les naissances de faibles poids et de retard intra-utérin sont de 1 à 2,7% plus fréquentes chez les femmes d'origines haïtiennes en 2010 (F. Chery, 2010). Certaines problématiques de grossesse sont plus fréquentes chez les femmes ayant des origines haïtiennes, selon les observations d'une médecin de famille d'Aide Naissance :

Y'a des choses qui arrivent chez les mamans haïtiennes enceintes qui arrivent beaucoup moins dans la population en générale. Y'a toujours des complications de grossesse. Il y a plus de fibromes, il y a plus de rétention placentaire, il y a plus d'hémorragie postpartum. Il y a plus de gros bébés. C'est toujours

compliqué. Elle est pas née ici, elle a pas eu la vie facile, c'est jamais simple. Il faut s'attendre à tout.

La santé maternelle, aux États-Unis comme au Canada, est affectée par le racisme et par tous les phénomènes qui s'y rattachent. Le partage d'informations tant sur la santé reproductive, sur les droits de la personne et sur le consentement libre et éclairé, sur le partage d'informations sur les soins et procédures que sur les inégalités de santé et de soins est plus que nécessaire. Le prochain chapitre permettra d'explorer comment le racisme affecte les personnes noires de façon constante.

## **Conclusion**

Suite à l'analyse de ces concepts, il a été possible de voir que la santé reproductive ainsi que la santé maternelle peuvent être altérées par une multitude de circonstances. Les déterminants sociaux de la santé ont permis de comprendre que la santé en générale ainsi que la santé reproductive peuvent être affectées du niveau le plus global au plus individuel. L'accès aux soins de santé peut aussi être affecté par cette position socioéconomique. Plusieurs barrières à l'accès aux soins ont été soulevées, telles que les temps d'attentes ainsi que la facilité à obtenir un rendez-vous avec un spécialiste. Les barrières à des soins de qualité ont aussi été explorées à l'aide des expériences vécues par les participantes.

Par la suite, les méthodes de contraception ont été abordées. Le manque d'accès à l'information a été de nombreuses fois rapporté par les participantes et il a été possible de voir comment la pathologisation des menstruations affecte directement la possibilité d'effectuer un choix pour soi-même. Les relations de pouvoirs existantes diminuent d'ailleurs la possibilité de ces choix.

Pour terminer, il a été possible de constater les différences entre la périnatalité des femmes blanches et la périnatalité des femmes noires aux États-Unis. Bien que les données sur le sujet ne soient pas disponibles au Canada, plusieurs sources permettent de percevoir que des problématiques similaires se retrouvent ici aussi.

La façon de percevoir la grossesse et l'accouchement s'est grandement transformée depuis les dernières décennies au Québec, entraînant de grands changements au sein de la santé reproductive. Le prochain chapitre exposera ces changements, leurs avantages et leurs désavantages.

# Chapitre 4 : Grossesse et accouchement

## Introduction

Les développements de la biomédecine entraînent des changements importants dans les perceptions et les pratiques des soins, tant à l'intérieur du système de soins de santé qu'à l'extérieur de ceux-ci. L'une des conséquences de ces changements est la perception de la périnatalité, qui devient avec le temps un événement médical. Les interventions médicales deviennent la routine en système de soins de santé, même lorsque celles-ci ne sont pas réellement nécessaires. Bien que la mortalité maternelle diminue énormément à l'aide de ces interventions en période périnatale, certaines d'entre elles peuvent avoir l'effet contraire lorsqu'une intervention est pratiquée sans que la nécessité se fasse ressentir.

De nombreuses protestations de la part de groupes féministes émergent avec l'accumulation d'interventions médicales et chirurgicales en périnatalité. En effet, plusieurs femmes s'opposent à cette perception de la grossesse et de l'accouchement comme étant des événements médicaux. La médicalisation ainsi que la pathologisation de la période périnatale entraînent plusieurs conséquences négatives, telles que la déshumanisation ainsi qu'un contrôle imposant du corps des femmes par l'institution de soins de santé.

Durant la grossesse, certains types de suivis peuvent accentuer ce contrôle. Les différents types de suivis possibles seront exposés, ainsi que l'importance du respect des choix de la future mère pour que l'expérience soit perçue comme positive. La perception de l'expérience peut entraîner des conséquences sur la santé psychologique de la personne. En effet, la périnatalité est une période de changements et peut être très déstabilisante. Dans certains cas, l'on parle même d'une situation de vulnérabilité.

## 4.1 Grossesse et accouchement au Québec

Dès le début des 1950, au Québec, il est habituel de donner naissance à l'hôpital, accompagné d'un-e gynécologue-obstétricien-ne. Avec l'avancée des technologies de la biomédecine, l'implantation de plusieurs interventions médicales devient la norme. L'introduction de ces technologies en périnatalité réorganise les soins promulgués pendant la grossesse et l'accouchement, afin de répondre aux besoins de ces nouvelles technologies. Dans la province,



« la profession sage-femme a été légalisée seulement en 1999 » (Gagnon 2017, 34). Ces transformations ont formé les procédures et les normes de l'accouchement au Québec, normes qui sont toujours pratiquées à différents niveaux (Rivard 2014; Gagnon 2017). Le nombre d'interventions médicales en obstétriques s'accroît continuellement, tant au Québec que dans l'ensemble des pays occidentaux (Gagnon 2017).

Selon certaines études, l'augmentation des technologies et interventions répondrait à un besoin et à un désir des femmes qui donnent naissance, alors que l'accouchement représente un risque pour celles-ci (*Ibid.*). Toutefois, vers la fin des années 1960, les mouvements féministes remettent en question les bienfaits de ces interventions obstétriques étant donné leur surutilisation. Ces mouvements féministes et le mouvement social qui prônait le retour à la nature revendiquent une humanisation des naissances, toujours en s'interrogeant sur les avantages réels de cette médicalisation de l'accouchement (*Ibid.*). Ces mouvements ont revendiqué qu'une certaine autonomie soit redonnée aux femmes et à leurs corps, ce qui implique de reprendre possession de la maternité ainsi que des connaissances et savoirs qui s'y rattachent (Valentini 2004; Vadeboncoeur 2005).

En 1973, la première politique de périnatalité du Québec voit le jour, permettant une réorganisation des soins obstétricaux, déterminés jusqu'à présent insuffisants et défailants. Cette politique a aussi permis « la hiérarchisation des centres hospitaliers, l'amélioration de la qualité des soins médicaux et une information préventive aux femmes enceintes et aux nouvelles mères » (Valentini 2004, 50). Bien qu'au cours des années suivantes on constate une réduction considérable de la mortalité maternelle, les luttes pour la démedicalisation de l'accouchement et des soins obstétricaux se poursuivent, alors que les femmes luttent toujours pour se réapproprier leurs corps. Celles-ci protestent également la médicalisation de la contraception, de la sexualité ainsi que de la ménopause (*Ibid.*). La médicalisation de l'accouchement n'est donc qu'un exemple du contrôle que le biopouvoir exerce sur les femmes (Conrad et Waggoner 2014), tout comme l'est le processus de pathologisation des menstruations. Le corps des femmes n'est pas intrinsèquement pathologique, à risque, ou nécessitant des soins afin d'être « guéri ».

Depuis que l'accouchement à l'hôpital est normalisé, ce type d'accouchement est devenu presque l'unique façon de faire. Les risques augmentent dans le cadre de cette procédure, « de telle sorte

qu'aujourd'hui il est principalement considéré comme un événement médical » (Gagnon 2017, 35). Par ailleurs, il n'y a pas que l'accouchement qui a subi cette médicalisation. Toute la période de périnatalité a été touchée. Pendant la grossesse, une surveillance et un interventionnisme accru sont fréquents et généralement socialement acceptés, où ces formes de vigilance se justifient par la prévention de certaines problématiques possibles (*Ibid.*). Ainsi, cette surveillance s'exécute majoritairement sur le corps des femmes.

Selon Valentini, la mortalité maternelle et infantile aurait considérablement diminué au Québec, jusqu'à atteindre des taux parmi les meilleurs à travers le monde dans les années 1980. Toutefois, plusieurs autres problématiques existent toujours, telles que la prématurité, les naissances de faible poids ainsi que les inégalités d'accès aux soins de santé. L'augmentation des coûts pour l'État reliés à la périnatalité est notable et les multiples interventions sont toujours omniprésentes. La série de colloques intitulés « Accoucher ou se faire accoucher » (Valentini 2004, 49) voit le jour en 1980, alors que plus de 10 000 personnes venant de partout au Québec se réunissent afin de faire entendre leurs voix. Les revendications portent sur la médicalisation et la déshumanisation de l'accouchement et de nombreuses appréhensions sont manifestées face au contrôle constant du corps des femmes. Les pratiques de la césarienne et de l'épisiotomie font l'objet de plusieurs débats, tout comme les autres interventions qui induisent une pathologisation de l'accouchement (*Ibid.*). La césarienne constitue en une incision chirurgicale qui retire le bébé de l'utérus maternel, plutôt que de passer par la voie vaginale (Chouinard 2019). L'épisiotomie implique que le périnée est incisé préventivement afin de réduire les chances de déchirures sérieuses spontanées. Toutefois, l'efficacité de cette procédure n'a pas encore été prouvée: « Plusieurs études ont en effet montré qu'une pratique restrictive de l'épisiotomie (c'est-à-dire non systématique et mieux ciblée) permet d'augmenter le taux de périnées intacts sans augmenter celui de déchirures sévères » (Passeport Santé 2015).

Malgré toutes les revendications, requêtes et colloques, le Regroupement Naissance-Renaissance affirme que les pratiques dans le domaine de la périnatalité ne se transforment qu'à peine à travers le temps au Québec. Le Gouvernement du Québec évoque la valeur de l'humanité dans la Politique de périnatalité 2008-2018, afin de faire respecter les traits naturels de la périnatalité. Cependant, les études s'entendent pour affirmer que la valeur de l'humanité n'est pourtant toujours pas respectée (Landry 2019; Labrecque 2018).

Comme il a été mentionné plus tôt, certains dénotent que l'augmentation des interventions permettait de répondre à la demande des femmes compte tenu des risques associés à la périnatalité. Cependant, plusieurs études concluent que l'augmentation des interventions n'était pas une demande ou un besoin que les femmes ont exprimés, mais que cette augmentation leur a plutôt été imposée. Ainsi, la plupart des femmes acceptaient ces interventions seulement parce qu'elles croyaient que le bien-être de l'enfant était la préoccupation principale et la raison ultime de ces interventions. En revanche, le grand volume de patient·es à traiter, la routine, les situations d'urgence et le sentiment d'empressement des spécialistes peut mener à certaines interventions futiles et superflues, où la préoccupation principale n'est plus nécessairement le bien-être de l'enfant à naître et de la mère, mais plutôt l'impératif de libérer le lit d'hôpital le plus rapidement possible (Gagnon 2017; Regroupement Naissance-Renaissance 2014d).

Par exemple, un rapport produit par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux mentionne que l'augmentation du nombre de naissances par césarienne. Cela représente donc une naissance sur quatre en 2012 au Québec (Gagnon 2017). À noter que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) atteste que le taux jugé convenable de naissance par césarienne ne devrait pas dépasser 15% des naissances. L'élément important à noter est que ce taux de césarienne élevé n'a pas induit une baisse de mortalité maternelle et infantile (OMS 2014; Regroupement Naissance-Renaissance 2014g).

Les taux élevés de césariennes et d'interventions engendrent un doute, à savoir si un accouchement peut être « normal ». Selon l'OMS, la naissance normale n'implique pas d'intervention médicale, à moins qu'une raison valable se fasse ressentir. Le déclenchement du travail qui se fait naturellement et de manière spontanée diminue les risques. L'accouchement doit avoir lieu entre la 37<sup>e</sup> et la 42<sup>e</sup> semaine et, idéalement, le nouveau-né naît en position céphalique. Une fois que celui-ci est né, l'enfant et la mère se portent bien (OMS 1997). La société des gynécologues-obstétriciens du Canada propose dans une déclaration de principes, une définition d'un accouchement normal, qui est très similaire à celle émise par l'OMS, avec quelques ajouts. Elle définit aussi trois types d'accouchements. Le premier est l'accouchement naturel, sous la supervision d'un·e spécialiste, mais sans assistance médicale. Le deuxième est l'accouchement normal, où l'assistance médicale est pratiquée seulement si le besoin s'en fait réellement ressentir et le troisième, soit l'accouchement assisté, où les interventions sont pratiquées automatiquement.

Le terme d'accouchement normal est critiqué, car définir un accouchement comme étant normal entraîne une forme de jugement de valeur entre les différents types d'accouchements. Aucune définition d'un accouchement normal n'est communément acceptée à travers le monde (Gagnon 2017).

D'ailleurs, l'accouchement normal peut être discriminatoire si l'on prend en considération le nombre de problématiques élevé auxquelles peuvent faire face les femmes noires et du fait qu'elles reçoivent plus d'interventions non nécessaires. En 2017, Statistique Canada affirme qu'il y a environ 400 000 naissances chaque année à travers le pays (Landry 2019). Le taux de naissances prématurées se situe dans les alentours de 8%, où la naissance est considérée comme prématurée si celle-ci se fait en 37 semaines ou moins (Instituts de recherche en santé du Canada, 2017; Chouinard 2019). Selon Novello-Vautour, les accouchements prématurés chez les femmes noires sont beaucoup plus fréquents. Alors que les femmes blanches donnent naissance prématurément 5,9 fois sur 1000, le taux atteint 8,9 sur 1000 pour les femmes noires au Canada. De plus, ces dernières vont mettre au monde des petits bébés. En effet, les taux de naissances de faible poids sont plus élevés chez les femmes noires (2021). Un faible poids à la naissance est un poids sous les 2500 grammes, soit 5,5 livres, peu importe le nombre de semaines que celui-ci a passé dans le ventre de sa mère. Un très faible de poids à la naissance se situe sous les 1500 grammes, soit 3,3 livres (Chouinard 2019).

Le Regroupement Naissance-Renaissance, plutôt que de parler de l'accouchement normal, va préférer le terme d'accouchement respecté. L'accouchement respecté permet de placer la future mère au centre des décisions concernant son accouchement, où ses décisions doivent être respectées et estimées. Toutes les personnes impliquées dans le processus se doivent de respecter les droits ainsi que les choix de la future mère. C'est d'ailleurs elle qui choisit qui peut être présent lors de l'accouchement, droit qui lui est d'ailleurs garanti par la Charte québécoise des droits et libertés de la personne ainsi que la Loi sur la santé et les services sociaux<sup>30</sup>. Les menaces, la manipulation et la coercition doivent être proscrites pour qu'un accouchement soit respecté. Ainsi, la future mère ne doit pas être soumise à des interventions qu'elle ne souhaite pas recevoir, ni de la part de la famille ni de la part du personnel de soins de santé. Par le fait même, elle ne doit pas

---

<sup>30</sup> Excluant les situations exceptionnelles telles que la pandémie de la Covid-19.

ressentir de jugement de valeurs ou de traitements injustes face à son identité. La future mère a le droit d'obtenir toutes les informations nécessaires et complètes concernant les procédures et interventions qui pourraient être reçues avant, pendant et après l'accouchement. Elle doit donner son consentement libre et éclairé pour toutes les interventions proposées. Une fois né, le bébé doit être réuni avec la mère le plus tôt possible. Si celui-ci doit être séparé de la mère, les raisons doivent être expliquées. Finalement, la mère est l'actrice principale dans tout le processus et c'est elle qui détermine si elle s'est sentie respectée à travers toutes les étapes de l'accouchement. Selon le Regroupement Naissance-Renaissance, il y a de meilleures chances que le résultat de l'accouchement soit satisfaisant et que la femme se soit sentie respectée si celle-ci est entourée de personnes de confiance et que celle-ci a confiance en elle-même (Regroupement Naissance-Renaissance 2014f).

Aujourd'hui, au Québec, les futurs parents ont généralement à leur disposition une multitude de services offerts pour tous soins reliés à la périnatalité. Ces soins sont offerts en centre hospitalier, en cliniques privées, en cliniques de grossesse, ou en CLSC. Les maisons de naissances et certains groupes communautaires offrent un accès aux sages-femmes (Fortin et Le Gall 2007). Toutefois, il faut connaître ces services et les avoir à proximité. Selon un article de Radio-Canada, il est possible de constater que l'accessibilité aux soins en santé mentale, aux services psychosociaux et aux urgences est faible ou préoccupante lorsque l'on sort de la grande région de Montréal (2018). Il en est de même pour les suivis de grossesse.

## **4.2 Suivis de grossesse**

Selon le Regroupement Naissance-Renaissance, il y a trois choix de suivis de grossesse possibles au Québec. Il est possible de réaliser les suivis avec son médecin de famille, un·e gynécologue-obstétricien·ne ou avec une sage-femme. Il est possible d'accomplir un accouchement sans assistance et sans suivi de grossesse, processus que l'on appelle « naissance autonome » ou « accouchement non assisté » (Regroupement Naissance-Renaissance 2014a). Toutes les participantes à cette recherche qui ont eu des enfants ont effectué des suivis de grossesse. Celles qui n'ont pas encore d'enfants souhaitent obtenir des suivis lorsqu'elles deviendront enceintes, par souci de prévention et de planification. Peu importe le choix effectué par la future mère ou le futur parent, le Regroupement Naissance-Renaissance soulève cinq « règles d'or » qui doivent être

respectées pour la réalisation d'un suivi adéquat. Tout d'abord, la personne responsable des suivis doit accompagner la personne et être à l'écoute des besoins de celle-ci du début à la fin et doit respecter sa vision de la naissance. Ensuite, la personne qui réalise le suivi doit considérer l'autre comme son égal, sans jugement de valeur ou de préjugé. Aussi, la personne enceinte doit se sentir écoutée, à l'aise et estimée dans la prise de ses décisions. De même, elle doit obtenir des informations claires et précises lorsque celle-ci pose des questions. Finalement, il est possible pour cette personne de faire le choix de changer d'intervenant·e pendant un suivi (*Ibid.*). Toujours selon l'organisme, il est grandement recommandé d'échanger avec la personne responsable et de préparer plusieurs questions qui permettront de s'assurer que tout le monde est d'accord sur les points considérés importants par la future mère. Cela permettra d'éviter le plus possible les imprévus et les malentendus et de s'assurer que la personne responsable respectera au maximum les désirs et les choix de la personne enceinte (Regroupement Naissance-Renaissance 2014b).

Les suivis peuvent être nécessaires, particulièrement lorsque certaines problématiques de santé peuvent affecter la grossesse, la santé de la personne enceinte et celle du bébé. Si la majorité des risques peuvent être retrouvés chez toutes les femmes, certaines problématiques sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes noires. Aux États-Unis, les fibromes utérins, qui sont des tumeurs bénignes provoquant des saignements, de l'anémie et des douleurs pelviennes, sont des tumeurs qui affectent jusqu'à 80% des femmes noires<sup>31</sup>. Ces tumeurs peuvent entraîner l'infertilité et, selon Martin et Montagne, l'infertilité touche deux fois plus les femmes noires que les femmes blanches (2017). Sur les sept participantes qui ont eu des enfants, quatre indiquent avoir reçu des suivis convenables, tandis que trois affirment avoir vécu des expériences qu'elles qualifient d'étranges ou particulières. Jade a eu son premier enfant à 18 ans. Puisqu'elle était considérée comme une jeune mère, elle a été accompagnée par une travailleuse sociale lors de sa grossesse. Elle considère que les médecins ont été très gentil·les et indulgent·es avec elle. C'est lors d'un suivi de postpartum qu'elle a ressenti une grande pression de commencer la pilule, soit la méthode contraceptive orale, de la part d'une infirmière. Son histoire a été mentionnée plus tôt. C'est en y repensant plus tard qu'elle a réalisé avoir vécu une expérience négative lors de cette rencontre.

---

<sup>31</sup> Selon Martin et Montagne, les spécialistes et scientifiques ne savent toujours pas pourquoi les femmes noires sont aussi grandement touché par les fibromes utérins (2017, 7).

Ines, quant à elle, caractérise le médecin qui a fait ses premiers suivis lors de sa première grossesse de « farfelu ». Elle indique que c'était un médecin qui était spécialisé sur certains problèmes de reproduction, tels que des fibromes, qui touchent particulièrement les femmes noires :

Je dis qu'il est farfelu parce que c'était un monsieur qui avait des sautes d'humeur, tu savais jamais quand et comment ça allait exploser, il y avait des jours tu arrivais et il était super gentil et d'autres journées tu arrivais il te criait dessus pour rien. [...] finalement il y avait des pratiques bizarres genres des attouchements et des commentaires sexiste, ou... Si tu as trois ou quatre enfants, il disait « est-ce que vous allez arrêter de populer<sup>32</sup>? » des trucs bizarres comme ça, il était spécial. Il a été radié parce qu'il a eu des plaintes pour attouchements et des choses comme ça.

Elle a décidé de changer de spécialiste, suite à un incident qui aurait pu lui causer de graves conséquences. Après avoir passé des examens pour le diabète de grossesse, elle n'a eu aucun retour de la part du médecin ou de sa secrétaire. Après six semaines d'attente, elle s'est rendue à la clinique pour avoir plus d'informations sur ses résultats. C'est seulement à ce moment que le médecin lui a appris qu'elle faisait en effet du diabète de grossesse et qu'elle devait aller acheter de l'insuline le plus rapidement possible. Il n'avait jamais fait de suivi avec elle : « [C'était] pour ça que je me sentais pas bien, c'est du n'importe quoi, j'aurais pu y passer. À partir de ce moment-là, je me suis fait suivre par Sainte-Justine. »

Maya a aussi vécu une expérience de suivi qu'elle estime assez singulière. Son gynécologue semblait avoir trop de retenue et elle qualifie les échanges d'insatisfaisants lors des suivis :

Les suivis se sont bien passés, mais je dois dire que la qualité des échanges que j'ai eue avec lui, c'était très limité. J'aurais souhaité avoir un médecin plus ouvert, capable d'appeler un vagin un vagin. [...] À mes examens gynécologiques, il regardait même pas mon vagin. Il y avait beaucoup d'aspects tabous, mais comme, on peut-tu parler, t'es quand même un gynécologue.

Elle indique qu'elle aurait probablement été plus à l'aise d'avoir une femme comme gynécologue. Comme le mentionne le Regroupement Naissance-Renaissance, il est important de pouvoir discuter de ses craintes et de recevoir de l'information satisfaisante lors des suivis (Regroupement Naissance-Renaissance 2014a). Dans le cas d'Ines et de Maya, elles ne se sont pas senties écoutées.

---

<sup>32</sup> Le terme « populer » est utilisé ici dans le sens d'augmenter la population, et non pas selon la définition du dictionnaire.

Les raisons étaient différentes, mais le résultat similaire. La qualité des échanges lors des suivis de grossesse est particulièrement importante, car des échanges de bonne qualité permettent à la personne de se sentir en confiance et en contrôle.

### **4.3 Être enceinte et donner naissance : des expériences marquantes**

Pour la majorité des personnes pouvant devenir enceinte, la grossesse est un évènement marquant, tant sur le plan physique que mental. Ce temps de préparation à l'arrivée du bébé évoque de grands changements dans la vie du ou des parents, à tous les niveaux. Ces changements peuvent être vécus de différentes façons selon la personne. Généralement, elles vont penser plus systématiquement aux implications de leurs actions ainsi que des effets possibles à long terme de celles-ci. Le fait d'avoir des enfants ou d'être enceinte peut changer la perception du sens de la vie, de manière affective et spirituelle. Plusieurs réflexions autour de l'avenir, des valeurs à transmettre ainsi que le développement social de l'enfant peuvent surgir. L'identité même de la personne se modifie, par exemple en passant de femme à mère (Lachapelle 2005; Gagnon 2017).

Certaines femmes vont décider de se renseigner sur la périnatalité en allant chercher de l'information ailleurs qu'en milieu de soins périnataux. Comme sources d'informations sur la grossesse, certaines participantes ont cherché des informations additionnelles, afin de compléter les informations obtenues lors des suivis. Par exemple, Sara et Ines ont lu des livres sur la grossesse. Léa indique que sa mère lui avait donné beaucoup de conseils lors de sa première grossesse. Maya, en retrait préventif lors de sa deuxième grossesse, a réuni plusieurs sources d'informations pour élargir ses connaissances sur la grossesse :

J'avais du temps puisque j'étais en retrait préventif, alors j'allais chercher, je me documentais, je lisais des magazines et des livres et un petit guide pour les futures mamans que mon médecin m'avait donné, j'allais chercher de l'information partout je pouvais, j'ai gardé mon cerveau actif durant toute la grossesse, et toutes mes lectures tournait pas mal autour de ce sujet-là, même trop. Je lisais vraiment beaucoup. Partout je pouvais trouver de l'information et les occasions étaient bonnes.

Pour Maya, la grossesse a été vécue comme étant « Difficile, très difficile. Surtout que la première c'était une surprise, donc je pense qu'il y a une grande part qui était psychologique du fait que j'étais pas préparée, il a fallu que je change ma façon de penser ». Elle explique que durant les trois



premiers mois de la grossesse, elle ne savait pas qu'elle était enceinte et n'avait jusque-là aucun symptôme. C'est une fois qu'elle l'a appris qu'elle a commencé à avoir de grands maux et symptômes : « j'ai tout vécu, les nausées, les vomissements, les étourdissements [...]. J'ai même été hospitalisée, parce que je perdais trop de poids et je vomissais du sang, mon estomac était déchiré ».

Quand elle a entamé le troisième terme, c'est-à-dire à partir du sixième mois, ces symptômes sont disparus. L'accouchement lui a semblé long et il y a eu quelques complications mineures. Elle indique que c'est son mari qui lui a raconté l'accouchement en détail, car il se passait énormément de choses autour d'elle et elle était trop exténuée pour porter attention. Maya souhaitait avoir un deuxième enfant rapproché du premier. Elle a vécu une fausse couche entre son premier enfant et son deuxième, mais elle explique que la deuxième grossesse fut beaucoup moins difficile. La grossesse était planifiée et elle avait obtenu un retrait préventif à son travail. Elle a eu des nausées, mais elles étaient tolérables. Mentalement, la grossesse a été plus facile puisqu'elle avait eu le temps de se préparer. Aussi, l'accouchement de son deuxième enfant était planifié puisqu'elle a été provoquée, elle a donc encore une fois eu l'occasion de mieux se préparer que pour son premier enfant.

Ines, 45 ans, a eu plusieurs problèmes de santé durant ses deux grossesses, telles que de la fatigue chronique, du diabète de grossesse et de l'hypertension. Elle indique avoir eu des petits bébés, sans qu'ils soient considérés de faible poids. Pour son deuxième accouchement, elle a dû rester en soins intensifs, car sa pression était particulièrement haute. Elle dit avoir pu dormir un peu après l'accouchement qui l'avait épuisée : « Il y avait beaucoup de gens qui rentraient dans ma chambre, et tu sais, tu veux pas être méchante, tu veux pas [ne] pas coopérer, mais quand tu viens d'accoucher t'es fatiguée, c'est comme beaucoup ». Lana, 29 ans, a aussi eu des symptômes de fatigue extrême lors de sa grossesse et elle dit avoir mangé beaucoup. Autrement, elle considère que ses symptômes étaient normaux.

Pour Éva, 45 ans, ses deux accouchements ont été très différents l'un de l'autre. Pour son premier, l'accouchement s'est bien déroulé. L'enfant était de faible poids, mais sans complication majeure. Toutefois, elle considère son deuxième accouchement comme particulièrement difficile : « Ma deuxième grossesse, ça s'est mal passé, dans le sens que c'était traumatisant pour moi. Elle est née

à 28 semaines et demie. C'était une grande prématurée, mais heureusement pour moi elle a eu aucune complication ». Malgré le fait qu'elle vivait très près de l'hôpital, le va-et-vient était plutôt complexe entre l'apport du lait maternel à l'hôpital et prendre soin de son premier enfant à la maison. Sa fille est donc restée à l'hôpital jusqu'à terme et a pu être ramenée à la maison, une fois que son poids avait doublé.

La première grossesse de Sara, 35 ans, a été un peu difficile, mais elle considère que les deux autres se sont bien passées. La première a été plus complexe avant même de devenir enceinte, car ayant le syndrome des ovaires polykystiques, elle a dû être sous médication pendant un an avant de pouvoir devenir enceinte.

Pendant les toutes premières semaines de ma grossesse, quand je savais pas encore que j'étais enceinte, je sentais des douleurs fortes et des crampes très, très fortes au point que je me réveillais pendant la nuit à hurler, et j'ai dû aller à l'hôpital à cause de ça. J'ai appris que j'étais enceinte, ils ont dit que c'était à cause que j'avais un kyste ovarien qui avait poussé en même temps et c'est ça qui causait la douleur.

Par la suite, elle indique n'avoir ressenti aucun symptôme majeur. Toutefois, à l'accouchement, elle a dû avoir une césarienne d'urgence, car les battements de cœur du bébé étaient irréguliers. Puisque ses deux autres grossesses étaient très rapprochées, elle a eu deux autres césariennes pour ces accouchements, qui ont été réalisées « par défaut », selon l'analyse de la situation par les membres hospitaliers. Au Québec, c'est une femme sur cinq qui va avoir un accouchement vaginal après avoir eu une césarienne. La raison de ce taux assez bas d'accouchements vaginaux est que la césarienne augmente les risques d'une déchirure de la membrane de l'utérus : « Cet incident peut survenir au cours de n'importe quel accouchement, mais le risque est plus grand après une césarienne, car l'incision pratiquée au moment de l'intervention peut avoir affaibli une zone de l'utérus. » (Équipe Naître et grandir 2016) Toutefois, ce risque reste assez faible. Suite à une césarienne, la rupture utérine touche 0,5 à 0,9% des femmes lorsqu'elles tentent un accouchement vaginal. Ces risques augmentent de 0,9 à 3,7% pour les femmes ayant reçu plusieurs césariennes (*Ibid.*). Sara affirme qu'elle aurait préféré avoir accouché de façon vaginale, si on lui avait donné le choix.

Jade, 33 ans, a vécu une situation plutôt similaire à celle de Sara. Elle indique que ses deux grossesses se sont bien déroulées, mais que les accouchements ont été plus difficiles. Ses deux accouchements ont été provoqués puisqu'ils étaient après terme :

Ils m'ont mis un genre de ballon à l'intérieur qui se gonflait, ensuite j'avais trop mal parce que les contractions elles étaient trop fortes, des fois ça arrivait que je vomissais, ça faisait vraiment mal donc je me rappelle juste que j'avais accepté l'épidural, mais quand ils te le mettent dans le dos ça fait hyper mal, c'est vraiment un gros stress, on oublie, mais quand on y repense, ça me rafraîchit un peu la mémoire et c'était vraiment un gros stress, mais en même temps ça s'est passé comme ça pour mes deux grossesses.

Tout comme Sara, son premier accouchement se fait par césarienne à la suite de quelques complications. Elle s'est fait dire lors de ses suivis qu'il serait inévitable qu'elle accouche par césarienne pour son deuxième enfant. L'un.e des spécialistes qu'elle a consultés lors d'un suivi lui a tout de même mentionné que puisque la première césarienne a été réalisée parce que le bébé manquait d'air et non pas parce qu'il s'était mal présenté, il y aurait des chances que celle-ci puisse avoir un accouchement vaginal pour son deuxième enfant. Elle a donc décidé de tenter sa chance. Elle a effectivement pu avoir un accouchement vaginal, et ce, même après une césarienne pour son premier enfant.

Pour Léa, ses deux grossesses ont été très différentes, car elle a eu son premier enfant en Haïti et son deuxième au Québec. Elle considère que les deux expériences ont été réalisées dans deux mondes complètement différents. La première grossesse s'est bien passée, car elle avait l'aide de sa mère et de toute sa famille. Elle explique qu'une fois qu'elle avait accouché, elle n'avait qu'à allaiter l'enfant et que tout le reste était fait pour elle. Tandis qu'au Québec, son réseau social était beaucoup plus restreint. Elle ne connaissait pas les démarches à suivre pour obtenir un suivi de grossesse et c'est seulement après trois mois qu'elle a appris qu'elle devait faire les démarches elle-même. Elle explique qu'en Haïti, quand les personnes n'ont pas les moyens d'obtenir des suivis, elles n'en reçoivent pas. Elle indique avoir eu énormément de vomissements durant ses deux grossesses, mais que c'était plus difficile pour la deuxième grossesse, puisqu'elle devait simultanément s'occuper de son enfant de trois ans et s'occuper de la maison. Son deuxième accouchement a été très difficile aussi, car son enfant est né de faible poids et n'indiquait aucun signe de stabilisation. Elle a dû rester à l'hôpital pendant deux semaines :

J'attendais et j'avais personne pour venir me voir, j'avais personne pour venir m'aider. On avait laissé mon autre fille avec quelqu'un la nuit et le jour mon mari partait pour aller la chercher, et en plus il avait pas encore de voiture ici, donc il fallait faire le voyage en bus ou en taxi, ça coûtait quand même beaucoup et ça prenait beaucoup de temps.

Elle indique que le retour à la maison a aussi été très complexe et que c'était énormément d'organisation. Selon elle, le fonctionnement du système de soins de santé au Québec est intéressant dans la mesure où toutes personnes peuvent obtenir des suivis, et ce, peu importe leur statut socioéconomique, même si les temps d'attente peuvent être importants. En Haïti, sa famille avait un médecin privé qu'elle pouvait appeler à toute heure du jour ou de la nuit.

Chaque grossesse et accouchement amène une expérience propre à la mère et au bébé. Comme nous avons pu le voir parmi les participantes, certaines expériences sont positives, d'autres sont plutôt négatives. Selon Larkin, Begley et Devane, l'expérience de l'accouchement et de la naissance sont définis comme étant un événement personnel marquant, qui inclut et interrelie des processus psychologiques subjectifs, le social, l'environnement ainsi que le contexte politique et organisationnel (2009). C'est donc une expérience sociale très personnelle et subjective.

#### **4.4 Médicalisation de la périnatalité**

La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement est un processus qui est en continuelle augmentation depuis le XXe siècle. Jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, aux États-Unis, l'accouchement était un événement social où les participantes étaient presque exclusivement des femmes. Entre le XVIII<sup>e</sup> et le XX<sup>e</sup> siècle, les développements de la biomédecine, exclusivement l'affaire des hommes, a commencé à s'instaurer dans le processus de l'accouchement. Ce processus a donc été retiré des mains des femmes pour devenir la propriété de la médecine et donc, par le fait même, des hommes. À travers cette appropriation, les hommes de science et les hommes spécialistes ont efficacement répandu la croyance que les femmes étaient dangereusement incompetentes en matière de périnatalité, de sorte que toute crédibilité et les connaissances acquises par les femmes ont été anéanties (St. Clair 2020; Gagnon 2017).

La médicalisation est un processus qui traite de certains phénomènes et processus comme des maladies et des pathologies, alors qu'ils n'en sont pas. Pour les populations marginalisées, cela ne

fait qu'augmenter le contrôle sur les corps : « Pour les femmes, ce mouvement historique de médicalisation est empreint d'un sexisme disciplinaire au sein duquel l'infériorité corporelle féminine est mise de l'avant, ce qui provoque notamment la pathologisation de l'enfantement. » (Landry 2019, 3) Le paternalisme et l'androcentrisme présent dans les développements de la biomédecine est des systèmes de soins de santé ont permis aux hommes de s'approprier les titres de spécialistes quant à l'accouchement, tout en contraignant les femmes à devenir des outils d'enfantement. La médicalisation de la périnatalité doit être analysée en lien avec les inégalités de genre, puisque l'instrumentalisation des corps des femmes est inhérente au processus.

Au Canada, l'histoire de l'accouchement est très similaire. Ce processus, maintenant principalement réalisé à l'hôpital à l'aide du personnel médical, est majoritairement perçu par la population comme un événement médical. Selon l'article de Fortin<sup>33</sup> et Le Gall<sup>34</sup>, en 2003, 99% des femmes donnent naissance à l'hôpital ou en centre de santé (2007). En centre hospitalier ou en centre de santé, les nouvelles technologies augmentent considérablement le nombre d'interventions, qui sont devenues avec le temps des examens et interventions de routine. Selon Gagnon, cette augmentation du nombre d'interventions imposées sans questionnement ou réflexion se manifeste parallèlement à l'augmentation d'une certaine culture de risque :

L'approche biomédicale contribue à cultiver les peurs par la construction sociale de l'accouchement comme un événement imprévisible et non contrôlable où l'accent est mis sur le risque. La logique du risque se fonde sur des probabilités en fonction du rapport établi entre des facteurs de risque et des complications que parfois même on ne peut expliquer. Suivant cette logique, la grossesse et l'accouchement sont vus comme potentiellement à risque, puisque certaines complications sont susceptibles de survenir. (Gagnon 2017, 26)

Cette inquiétude partagée au sein de la population permet de justifier cette hausse d'interventions. Bien entendu, plusieurs interventions peuvent s'avérer nécessaires et avoir des effets positifs pour la personne enceinte, tant par prévention que par utilité réelle. Toutefois, les interventions de routine qui ne sont pas réellement nécessaires peuvent entraîner des complications qui n'auraient pas eu lieu sans celles-ci. Par exemple, la césarienne est une intervention qui peut aller jusqu'à faire la différence entre la vie et la mort, tant pour la mère que pour le bébé. Par contre, si cette

---

<sup>33</sup> Sylvie Fortin est professeure titulaire au Département d'anthropologie de l'Université de Montréal.

<sup>34</sup> Josiane Le Gall est chercheuse au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montagne et professeure associée au Département d'anthropologie de l'Université de Montréal.

intervention est pratiquée sans que la nécessité s'en fasse ressentir, elle peut entraîner des complications qui auraient pu être évitées (*Ibid.*).

De plus, la médicalisation de l'accouchement et la grande préoccupation de la société face aux risques possibles engendrent plusieurs craintes et des peurs chez les personnes pouvant tomber enceintes : « le discours du risque semble omniprésent en périnatalité. » (Gagnon 2017, 12) L'attention du personnel médical et des futurs parents est mise sur les risques, les complications possibles et leur probabilité, plutôt que sur le processus de l'accouchement en soi. Toujours selon Gagnon, une étude canadienne indique qu'un total de 54% des Canadiennes ont une peur modérée face à l'accouchement et un total de 24% des Canadiennes ont une peur élevée. À titre de comparaison, les taux de peur modérée en Scandinavie et en Australie se situent entre 5 et 30%, tandis que le taux de peur élevé peut aller jusqu'à 10%. Tous types de peur confondus, les Canadiennes dépassent largement ces autres pays en matière de préoccupations des risques. « L'approche biomédicale contribue à cultiver les peurs par la construction sociale de l'accouchement comme un évènement imprévisible et non contrôlable où l'accent est mis sur le risque. » (*Ibid.*, 26).

La possibilité et le grand nombre de ces risques sont devenus, avec le temps, l'une des composantes centrales de la périnatalité, où l'accouchement peut être perçu comme dangereux en soi (Landry 2019). La surveillance accrue de la part du personnel médical envers les personnes enceintes est complètement normalisée. Tous les risques doivent être pris en considération par la personne enceinte, car celle-ci devient responsable de son bien-être et de celui du bébé. Puisque la médecine préventive proclame fournir tous les outils nécessaires à une grossesse et à un accouchement qui se termine bien, la responsabilité est portée en grande partie par la future mère. Ainsi, la prise de décision devient un terrain délicat. Les futures mères qui prennent des décisions qui vont à l'encontre de celles qui auraient été prises par les membres du personnel de soins de santé devront porter le blâme dans le cas où un problème surgit (*Ibid.*). Les relations de pouvoirs existantes entre l'institution de soins de santé et les femmes peuvent rendre l'action de prendre un choix personnel presque impossible :

Diverses études sur les questions de choix en rapport avec les désirs et l'accès des femmes à la connaissance de l'accouchement et les contraintes imposées par le personnel médical et les institutions ont été menées (Gregg, 1995; Lazarus, 1994, 1997; Malacrida, 2015). Dans les faits, les femmes ont peu de pouvoir

pour résister aux connaissances d'un médecin et de l'autorité. La capacité de choisir se trouve donc compromise dès le départ (Cadorette, 2006), car la pression ressentie ou subie pour « faire un bébé en santé » fait en sorte que le choix individuel n'est possible qu'à un certain degré. (Gagnon 2017, 31)

Alors que la médicalisation de l'accouchement mène à percevoir la naissance comme un évènement médical, la pathologisation de l'accouchement mène à voir la naissance comme une maladie qui doit être traitée. La pathologisation de l'accouchement et la médicalisation de l'accouchement sont donc essentiellement reliées. Selon Labrecque<sup>35</sup>, la pathologisation conduit à une altération d'un processus autrefois naturel (2018).

Certaines interventions démontrent la pathologisation de l'accouchement. Parmi celles-ci, on compte les « techniques de déclenchement et d'accélération du travail » (Labrecque 2018, 27) et l'excès de médication non justifiée. Percevoir l'accouchement comme une maladie permet une certaine forme de justification de ces traitements qui peuvent être vécus comme humiliant et irrespectueux, voir même comme des violences physiques et psychologiques (*Ibid.*). Tel que l'indique le Regroupement Naissance-Renaissance, les intentions du personnel médical derrière ces traitements n'ont peu ou pas d'importance lorsque la personne qui donne naissance considère avoir vécu des expériences violentes. « Le fait de nier ce vécu renforce encore plus le traumatisme et la violence vécue. » (Regroupement Naissance-Renaissance 2014g) Notons que cette pathologisation et ces traitements irrespectueux sont très présents dans les expériences de périnatalité des femmes noires :

[...] sont plus à risque d'endurer des traitements discriminatoires, d'avoir accès à des méthodes d'accouchement alternatives, d'être isolées et ignorées par le personnel médical, de ne pas être informées correctement du processus, de leurs droits et des procédures médicales, de voir leur accompagnateur ou conjoint être traité de manière irrespectueuse par le personnel médical et d'endurer du racisme dans l'établissement de soin. (Novello-Vautour 2021, 21)

---

<sup>35</sup> Labrecque présente son mémoire de maîtrise en service social en 2018. Cette recherche porte sur les mauvaises expériences d'accouchement en milieu hospitalier, soit les violences obstétricales, en rapportant des expériences vécues par huit femmes.

Les femmes noires vivent, en plus de tous les éléments qui ont été nommés, des formes de discriminations particulières qui peuvent rendre l'accouchement spécialement difficile (Landry 2019).

Au Canada, le contrôle de la périnatalité des personnes noires et des personnes autochtones a été utilisé comme outil d'assimilation. À ce jour, il existe une importante disparité entre la qualité des soins obstétricaux chez les personnes noires et les personnes blanches. Plusieurs chercheuses et groupes féministes catégorisent ces mauvais traitements comme des violences obstétricales, mais ces types de violences ne sont toujours pas officiellement reconnus par le gouvernement québécois et par les institutions de soins de santé (Bourrelier 2018; Fontaine *et al.* 2019; Grenier 2019; Labrecque 2018). Selon Novello-Vautour, il n'y a pas de statistique actuelle afin de savoir combien de victimes de ce type de violence existent au Canada, mais de nombreux témoignages soutiennent l'existence de ces violences (2021).

Selon l'article de Martin et Montagne sur la maternité des femmes noires aux États-Unis, plusieurs mères ou futures mères noires rapportent que leurs souffrances et leurs douleurs n'ont pas été prises au sérieux par le personnel médical (2017). L'une des raisons de ce phénomène serait rattachée à la croyance populaire que les personnes noires ont une tolérance plus haute à la douleur, croyance développée pendant l'esclavagisation des personnes noires (Pierre 2021). Cette croyance a été mainte fois démontrée comme étant erronée, mais reste présente en pratique. Par le fait même, plusieurs interventions inutiles sont exercées sur le corps de ces femmes, telles que les césariennes. En effet, les femmes noires reçoivent des césariennes beaucoup plus fréquemment que les femmes blanches aux États-Unis, entraînant des problèmes qui ne se seraient pas produits si la césarienne inutile n'avait pas été pratiquée (Martin et Montagne 2017; St. Clair 2020). Toujours selon Martin et Montagne, les femmes noires ont tendance à être classifiées de « mauvaises patientes » considérablement plus rapidement que les femmes blanches. Ainsi, il est plus difficile pour elles d'expliquer au personnel médical qu'elles ressentent de la douleur. Si une femme noire exprime qu'elle vit de grandes douleurs, le personnel médical va rapidement discréditer ses douleurs. Si elle se fâche ou revendique ses droits, elle est traitée comme une patiente agressive (Martin et Montagne 2017; St. Clair 2020).



La surveillance des femmes noires est souvent excessive et unique. Tandis que les femmes en général subissent un type de surveillance relié au genre, les personnes noires vont vivre un autre type de surveillance relié à la couleur de leur peau. Elles sont donc exposées à un stress plus grand tout au long de la grossesse les plaçant dans une position de vulnérabilité (Martin et Montagne 2017; Pierre 2021; Maynard 2018).

## 4.5 Vulnérabilité en périnatalité

La vulnérabilité [...] désigne l'exposition du corps, sa perpétuation ou son intégrité à une menace exogène et humaine à l'exclusion de la maladie, de l'accident et de l'ensemble des processus inhérents à la maturation ou à la dégénérescence des structures organiques. (Boehringer et Ferrarese 2015, 5)

Dans plusieurs institutions de droit en Occident, la vulnérabilité permet de distinguer certaines catégories de personnes plus à risque face à certains facteurs environnementaux et socioéconomiques pouvant affecter la qualité de vie, tant au niveau physique que psychologique (Boubaker, Negron-Poblete et Morales 2021). La vulnérabilité peut aussi provenir d'une forme de fragilité physique ou psychologique présumée. Ainsi, le concept de la vulnérabilité inclut une forme d'« évaluation morale » (Boehringer et Ferrarese 2015, 6) face à une certaine situation. Le niveau de vulnérabilité dépend du contexte et est relié à la situation géopolitique d'une personne (*Ibid.*; Brodiez-Dolino 2016).

En France, « Le Code pénal présente une liste limitative de six états de faiblesse physiques ou mentaux permettant de caractériser la vulnérabilité : l'âge, la maladie, l'infirmité, la déficience physique ou psychique et la grossesse. » (Brodiez-Dolino 2016, 2) La périnatalité peut donc être vécue comme une situation de vulnérabilité. La grossesse et l'accouchement, majoritairement vécu par les femmes, sont des éléments qui sont considérés comme des facteurs additionnels à une fragilité déjà existante. Tel que le mentionnent Boehringer<sup>36</sup> et Ferrarese<sup>37</sup>, toutes les formes de vulnérabilité imposées aux femmes sont les résultats des « structures hiérarchiques de la société » (2015, 12).

---

<sup>36</sup> Sandra Boehringer est maître de conférences en histoire grecque à l'université de Strasbourg.

<sup>37</sup> Estelle Ferrarese est professeure de philosophie morale et politique à l'Université de Picardie Jules Verne et chercheuse.

À travers le temps, les structures dominantes occidentales divisent les hommes et les femmes en deux catégories bien différentes. Les rapports de pouvoirs patriarcaux présents au sein d'une société permettent à cette dichotomie de désavantager les femmes de façon inhérente. Selon les stéréotypes établis, elles auraient moins de contrôle sur leurs émotions et n'auraient pas un sens de la moralité aussi développé que les hommes (Jordanova 1986). Il est donc nécessaire de préciser que dans les théories féministes, la vulnérabilité ne renvoie pas à cette idée de propension naturelle de faiblesse des femmes ni à la croyance selon laquelle elles seraient complètement impuissantes face à des événements environnementaux (Boehringer et Ferrarese 2015)

Comme nous avons pu le constater, la médicalisation de la périnatalité accentue les peurs concernant tout ce qui touche à la grossesse et à l'accouchement, découlant de cette culture du risque. Il est donc possible de comprendre comment la vulnérabilité rattachée aux personnes enceintes est, jusqu'à un certain point, imposée et reliée au contexte. Malgré tout, les risques peuvent être réels. Par exemple, une personne enceinte totalement alitée pour une période plus ou moins longue entraîne une situation de vulnérabilité physique (Lebrun 2015; Stekke 2019). Selon certain·es autrices et auteurs, la vulnérabilité de la périnatalité repose sur le fait que les risques sont multiples, car plusieurs facteurs sont incertains. Si la grossesse implique des risques physiques, la période de la périnatalité implique aussi des changements majeurs au niveau physiologique et psychologique (Stekke 2019; Aburto *et al.* 2020; Bottemanne et Joly 2021).

La période périnatale, comprenant la grossesse, la naissance et jusqu'à la première année du postpartum, est une période de forte vulnérabilité en termes de santé mentale. Ce risque est encore plus élevé chez les femmes qui connaissent une grossesse à haut risque médical, ou qui vivent dans des conditions socioéconomiques défavorisées. (Bottemanne et Joly 2021, 283)

La médecine de surveillance en périnatalité, interreliée à la gestion des risques, provoque un certain cercle vicieux. En soi, les interventions et la surveillance tentent de diminuer les risques, d'épauler les personnes à travers la périnatalité et de les protéger de cette forme de vulnérabilité. Toutefois, elle prend part à l'amplification de cette vulnérabilité, puisqu'elle intensifie les peurs et est un rappel constant des risques possibles (Gagnon 2017).

Selon Gagnon, il existe plusieurs facteurs qui peuvent atténuer les peurs et le stress relié à cette période. Tout d'abord, il est primordial que l'accouchement soit réalisé dans un environnement

satisfaisant afin que la personne qui accouche se sente en confiance et en contrôle. Toutes les décisions importantes doivent être prises à l'avance, dans la mesure du possible. Le processus est généralement décrit comme étant une belle expérience si la personne a accès à toutes les informations nécessaires, qu'elle a été active dans la prise de décision, que ses souhaits ont été respectés et qu'elle a obtenu le soutien nécessaire (2017).

La disponibilité du soutien nécessaire peut grandement varier pour les personnes migrantes. Alors que certains groupes de populations migrantes sont considérés comme étant dans des situations vulnérables pour des questions socioéconomiques, les ressources relationnelles peuvent aussi être insuffisantes (Fortin et Le Gall 2007). Pour la majorité des personnes enceintes, le réseau social est très important lors d'une grossesse. Elles peuvent demander conseil à des personnes qui ont eu des enfants, des informations supplémentaires ou encore les ressources disponibles dans un lieu donné. Ce réseau peut permettre une communication significative sur les vécus et les craintes partagées. Une personne qui arrive à Montréal seule ou avec un·e partenaire et qui n'a pas eu le temps de tisser des liens et créer des relations afin de partager cette expérience serait privée de ce type de ressource et de soutien (Fortin et Le Gall 2007; Cagnet 2004).

## **Conclusion**

La grossesse et l'accouchement sont des périodes qui peuvent être très stressantes et où l'état physique et psychologique peut être fragile. Depuis les années 1950, de grands changements dans les soins au sein du système de soins de santé ont été exécutés. Alors que les nouvelles technologies et les interventions répondent à un besoin en diminuant la mortalité infantile et maternelle, elles deviennent normalisées à un point où certaines interventions sont réalisées sans que le besoin ne se fasse ressentir. Ces changements ont aussi apporté des modifications quant aux perceptions de la périnatalité. La médicalisation et la pathologisation de la grossesse et de l'accouchement peuvent engendrer de nouveaux risques, car des complications peuvent survenir à la suite d'interventions inutiles.

Différents types de suivis de grossesse ont été abordés, ainsi que la nécessité de recevoir des suivis adéquats afin que l'expérience de la périnatalité soit perçue comme positive. En effet, la grossesse

et l'accouchement sont des expériences marquantes qui peuvent bouleverser la vie des nouveaux parents à tous les niveaux.

Il a été possible de constater que la culture du risque qui entoure la périnatalité peut avoir des conséquences sur l'expérience de celle-ci. Les rapports de pouvoirs entre le personnel médical ainsi que les futures mères peuvent aussi avoir des conséquences sur cette expérience et même placer ces dernières dans des situations de vulnérabilité. Plusieurs phénomènes et caractéristiques peuvent accentuer cette position de vulnérabilité. Les femmes noires sont sujettes à être dans ce type de situation, dû tant à leur couleur de peau que leur genre. C'est ce qu'il sera abordé plus en profondeur au prochain chapitre.

# Chapitre 5 : Le racisme et l'intersectionnalité

## Introduction

Le racisme est un phénomène social complexe qui s'exprime sous plusieurs formes et peut entraîner des conséquences diverses. Les relations de pouvoir qui découlent de ces formes de racisme prennent leurs racines dans l'esclavagisme, où le phénomène a longtemps été justifié par la théorie raciale.

La mémoire collective canadienne inclut rarement l'esclavagisme dans son histoire, alors qu'aux États-Unis, c'est un sujet plus ouvertement discuté. Pourtant, l'esclavagisme a bel et bien été pratiqué au Canada et au Québec. De façon contemporaine, plusieurs autrices et auteurs démontrent qu'il y a du racisme systémique dans la province. Dans ce chapitre, il sera plus précisément discuté des inégalités face à l'emploi, à l'éducation et au logement.

Une autre forme de racisme qui affecte grandement les personnes noires est le racisme interpersonnel. Plusieurs expériences de racisme interpersonnel de la part des participantes seront rapportées, ainsi que sur leurs impacts sur leur bien-être. Notons que les situations stressantes de rapports de pouvoirs peuvent avoir des effets sur la santé, tant mentale que physique. Finalement, comme il a été mentionné précédemment, la situation des femmes noires est particulière. Afin de comprendre la complexité des relations de pouvoir qui les affectent, plusieurs mythes et stéréotypes provenant de l'esclavagisme seront discutés. La caractéristique du genre et la caractéristique de la racialisation doivent être étudiées ensemble de façon simultanée.

## 5.1 Qu'est-ce que le racisme ?

Plusieurs définitions ont été développées à travers le temps pour essayer d'expliquer le phénomène dans son entièreté. Il n'y a pas de consensus absolu sur une définition du racisme (Pierre et Bosset 2021), mais la majorité des définitions proposées par plusieurs autrices et auteurs permettent de comprendre le phénomène. Garneau définit le racisme comme étant un « acte (parole, geste, comportement, pratique, politique publique, règlement) de manque de respect fondé sur un signe qui revêt les apparences de la permanence et qui active les inégalités raciales existantes à l'échelle macrosociologique » (Garneau 2019, 89). Le racisme peut prendre plusieurs formes et se manifeste

généralement sous la forme d'inégalités sociales basées sur le concept social de la racialisation (Garneau 2019, cité dans Katata 2021).

Rachel Cox, professeure au département des sciences juridiques à l'Université du Québec à Montréal, détermine le racisme comme étant une façon distinctive de considérer et de percevoir certains types de populations humaines, le tout s'appuyant sur la peur de l'altérité. Cette vision négative de la différence tend à réduire les individus aux stéréotypes qui sont rattachés à leur appartenance ethnique ou à leur couleur de peau. Cette réduction permet d'excuser et même de justifier les jeux de pouvoirs en place, où ceux-ci transparaissent par des inégalités de traitements à tous les niveaux et sphères de la vie (Cox 2020).

Toujours selon Cox, le racisme classique et le racisme moderne doivent être différenciés. En effet, le racisme moderne prend des tournures plus subtiles que le racisme classique, puisqu'il est de moins en moins toléré d'être ouvertement raciste, particulièrement en public (2020; T. Williams 2020). Dans le racisme classique, on inclut les « stéréotypes péjoratifs, surnoms, calomnies, caricatures, persécutions, agressions et discriminations » (Cox 2020, 105). Le racisme moderne, quant à lui, va souvent prendre la forme de microagressions. Les microagressions sont des insultes ou des blagues à l'intention des personnes racisées où les propos racistes sont plus subtils que ceux mentionnés pour le racisme classique (*Ibid.*; Pierre et Bosset 2021).

C'est en 1960 que le concept de microagression a été élaboré par Chester Pierce, psychiatre afro-américain ayant étudié à Harvard. Selon lui, les microagressions se caractérisent par des actes de dénigrement intentionnels ou non intentionnels de la part de personnes blanches envers des personnes noires. Cette définition s'est élargie à travers le temps pour y inclure d'autres populations qui vivent les relations de pouvoir qu'impose la suprématie blanche. Les microagressions sont considérées comme étant communes, bénignes ou même parfois insignifiantes, mais qui renforcent tout de même les inégalités existantes (T. Williams 2020). Les microagressions sont considérées comme étant très stressantes pour les personnes qui les vivent, car elles indiquent que le milieu n'est pas accueillant et peut même être dangereux. Les microagressions peuvent entraîner des conséquences négatives aussi importantes que le racisme classique (*Ibid.*).

T. Williams, chercheuse dans le domaine de la psychologie, décrit le racisme comme étant un système de croyances qui justifie des attitudes et des agissements dénigrants envers certains

groupes racisés ou envers une appartenance ethnique. Ces attitudes et agissements vont conduire à des inégalités de traitements et à des désavantages sur plusieurs facettes de la vie des personnes ou des groupes de personnes. L'auteur ajoute que si le racisme peut être réalisé sous la forme d'interactions interpersonnelles, il prend aussi la forme de structures et est omniprésent au sein des institutions, lois et politiques actuelles. Ces dernières bénéficient aux personnes blanches, au détriment des groupes touchés. Le racisme individuel ou interpersonnel coexiste donc avec le racisme systémique, où les formes de racisme peuvent être constamment ressenties (*Ibid.*). Comme le dit l'auteur Dany Laferrière : « Le raciste n'est pas uniquement un policier blanc qui tire sans sommation sur un jeune Noir, c'est aussi un honnête citoyen qui fait comprendre à ce jeune Noir qu'il n'est rien avant même de savoir ce qu'il sait faire. » (2021, 20) Le racisme antinoir découle d'une grande histoire d'esclavagisme qui affecte toujours les personnes noires à ce jour (Dryden et Nnorom 2021).

### **5.1.1 Théorie raciale**

Entre 1444 et 1880, ce sont 15 millions d'Africains qui ont été enlevés, capturés, vendus et réduits à l'esclavage (Maynard 2018). À travers le XIX<sup>e</sup> siècle, la théorie raciale apparaît, interprétée et expliquée par le développement des sciences naturelles. En effet, la catégorisation et la classification de la faune et de la flore a mené à une classification des êtres humains. Certains traits physiques ou langagiers étaient donc utilisés afin de déterminer « l'appartenance raciale » des groupes humains, où des compétences cognitives étaient rattachées à ces traits. L'objectif de cette classification était de prouver que certains groupes humains auraient été supérieurs à d'autres. Les scientifiques blancs, qui ont théorisé cette classification, se trouvaient tout en haut de la liste. Il est important de mentionner que cette classification a eu un rôle important lors de la colonisation, alors qu'elle aurait permis de « justifier » l'expansion de la « civilisation » de la part des colonisateurs blancs (Garneau et Giraud-Baujeu 2018).

Cette théorie raciale a perduré au cours des siècles. Rappelons que la classification des races était toujours enseignée dans les écoles du Québec jusque dans les années 1950 (Amnistie internationale 2020). À l'aide des avancées de la génétique et des sciences biologiques, nous savons aujourd'hui que tous les êtres humains font partie de la race humaine et que la classification utilisée était fondée uniquement sur des préjugés raciaux (Garneau et Giraud-Baujeu 2018). Aujourd'hui, le concept

de race « renvoie ainsi à des marqueurs visuels [...], à une position sociale (relative au pouvoir) et à une expérience subjective » (*Ibid.*, 10). L'histoire de la théorie raciale et de l'esclavagisme joue un rôle très important sur les enjeux actuels vécus par les personnes noires. Ces phénomènes ont eu des impacts importants sur la création des institutions actuelles, sur les mentalités et sur la création des politiques et des lois existantes (Garneau et Giraud-Baujeu 2018; Guissé 2020, cité dans Pierre et Bosset 2021).

## 5.2 Histoire du racisme au Québec et au Canada

De nombreuses études démontrent qu'au Québec et au Canada, toutes les formes de racisme existent, y compris le racisme systémique (Maynard 2018; Pierre 2021; Pierre et Bosset 2021). Le gouvernement du Québec actuel dirigé par François Legault nie la présence du racisme systémique, en dépit du rapport de la Coroner Kamel sur la mort tragique de Joyce Echaquan, qui recommande « Que le gouvernement québécois : Reconnaisse l'existence du racisme systémique au sein de nos institutions et prenne l'engagement de contribuer à son élimination. » (Kamel 2021). D'autres chercheuses et chercheurs ont démontré qu'il existe une résistance de la part des certain·es québécois·es à reconnaître cette forme de racisme au sein de la province (Dorais 2020). L'un des phénomènes pouvant expliquer cette résistance est le désir de se distancier de l'histoire esclavagiste des États-Unis. Selon certaines croyances grandement propagées à travers la province, le Canada aurait été épargné des formes les plus violentes du racisme, tel que l'esclavagisme, sur lesquelles se sont fondées les institutions États-Uniennes. Certains affirment que l'esclavagisme aurait bien existé au Canada, mais que les conditions des personnes esclavagisées étaient moins pires que celles observées aux États-Unis (Dorais 2020; Katata 2021).

Cette distanciation perçue entre l'histoire du Canada et des États-Unis permet à ces Québécois·es de se déculpabiliser et de se dire qu'en somme, la situation était et reste toujours bien pire ailleurs (Dorais 2020). Pourtant, l'esclavagisme au Québec a eu de grands impacts sur les institutions actuelles (Maynard 2018; Dryden et Nnorom 2021). Tel qu'Ines, 45 ans, le mentionne : « [Le racisme systémique,] c'est pas un concept américain<sup>38</sup>, parce que nous on le vit chaque jour. Si tu ne le vis pas, tu ne le sauras pas. »

---

<sup>38</sup> Américain ici est utilisé comme un synonyme pour États-Unien.



De nombreuses historiennes et historiens<sup>39</sup> soutiennent qu'autant sous le régime de la Nouvelle-France que sous l'Empire britannique, l'esclavagisation des personnes noires et des personnes autochtones existait avant même 1629, et ce, jusqu'à son abolition sur l'ensemble du territoire en 1834. En effet, la première personne noire réduite à l'esclavage arrive en Nouvelle-France en 1628 et se nomme Olivier Le Jeune, mais les personnes autochtones étaient déjà esclavagisées à l'époque (Pierre 2021; Maynard 2018). Les propriétaires de personnes esclavagisées proviennent de toutes les classes sociales, des plus riches aux moins bien nantis. Maynard rapporte même que certaines institutions possédaient des personnes esclavagisées, comme c'était le cas dans certains hôpitaux. Ces personnes étaient, comme aux États-Unis, considérées comme des biens meubles (Maynard 2018; Pierre 2021; Novello-Vautour 2021). Tout au long de la colonisation du Canada, la hiérarchie sociale et raciale se basait sur une suprématie blanche patriarcale, où les propriétaires de terres étaient exclusivement des hommes blancs. Ceux-ci détenaient tous les pouvoirs politiques, juridiques et sociaux. Les fondements de toute la société canadienne reposent donc sur des relations de pouvoir tant raciales que genrées (*Ibid.*).

L'esclavage au Canada prenait davantage des allures « domestiques » (Maynard 2018, 37) plutôt que commerciales, comme c'était le cas aux États-Unis, les violences n'en étaient pas moins présentes. En effet, Harvey Amani Whitfield, chercheur et spécialiste de l'histoire de l'esclavagisme au Canada, affirme que les violences étaient très présentes et particulières. L'esclavagisme domestique requérait une disponibilité constante, jour et nuit, et restait très éreintant. Par ailleurs, puisque les personnes esclavagisées dans les villages étaient peu nombreuses, la surveillance de la part des propriétaires et des personnes blanches était particulièrement accrue. Les violences, généralement prenant la forme de coups de chaînes et de coups de bâtons, étaient telles qu'un grand nombre des victimes mouraient avant d'avoir 20 ans. Les femmes esclavagisées, en plus d'être exposées à ces violences, subissaient de la violence sexuelle et même de la violence reproductive, puisqu'il arrivait qu'elles fussent forcées par les propriétaires d'avoir des enfants afin d'augmenter le nombre d'esclaves sur leurs terres. Les enfants de ces femmes étaient toujours considérés comme illégitimes et étaient considérés comme

---

<sup>39</sup> David Austin, Nathalie Batraverse, Adelle Blackett, Afua Cooper, Marilou Craft, Daniel Gay, Joana Joachim, Robyn Maynard, Délice Mugabo, Aly Ndiaye (alias Webster), Philippe NéméhNombré, Charmaine Nelson, Émilie Nicolas, Frantz Voltaire, Dorothy W. Williams, Rachel Zellars (Dorais 2020)

la propriété des Maîtres. De nombreuses tentatives d'évasion et de stratégies de fuites avaient lieu quotidiennement par les personnes esclavagisées au Canada (*Ibid.*).

Malgré cette différence de type d'esclavagisme, « l'infériorité intrinsèque attribuée aux Noir·es à cette époque conditionnera la manière dont ils seront traités pendant plusieurs siècles. » (Maynard 2018, 31) De surcroît, le travail forcé effectué par les personnes esclavagisées a permis une croissance économique importante dans la majorité des provinces de l'atlantique (*Ibid.*). Les richesses actuelles du Canada ont donc été cumulées en grande partie grâce au travail non rémunéré des esclaves noir·es et autochtones. Lorsque l'esclavagisme a été aboli en 1834, la ségrégation raciale fut imposée dans plusieurs provinces du Canada. Les quartiers résidentiels, les établissements scolaires, les lieux publics et les entreprises étaient séparés en fonction la couleur de la peau. Certain·es historien·nes baptisent cette ségrégation comme des « lois Jim Crow<sup>40</sup> canadiennes » (Maynard 2018, 48).

Certains hôpitaux refusaient d'octroyer des soins aux personnes noires. Les écoles pour personnes blanches étaient considérablement mieux financées que les écoles pour personnes noires. D'ailleurs, la dernière école ségrégationniste canadienne a mis fin à ses activités en 1983. Ces mesures ont permis de limiter l'accès à une éducation essentielle pour des emplois lucratifs, assujettissant les personnes noires à une subordination économique qui les affectent toujours aujourd'hui (*Ibid.*). Durant le 20<sup>e</sup> siècle, le terrorisme racial était très présent au Canada. En effet, vers la fin des années 1920, les sympathisants du Ku Klux Klan s'estimaient à 25 000 membres, et ce, seulement dans l'ouest du Canada. Les tactiques de terreur, telles que les croix enflammées, les menaces et les intimidations n'étaient pas explicitement interdites par les autorités. Notons aussi que : « Jusque dans les années 1980, la police de Montréal utilisait des photos de jeunes hommes noirs comme cibles dans ses entraînements au tir. » (*Ibid.*, 16)

Les mythes de la bienveillance et de l'innocence raciale<sup>41</sup> qui règnent au Québec et au Canada ont donc été démentis maintes et maintes fois par les historien·nes ; l'esclavagisme faisait partie intégrante de la société québécoise d'antan et a laissé des marques dans toutes les institutions

---

<sup>40</sup> À la suite de l'abolition de l'esclavagisme, les lois Jim Crow sont mises en place dès 1877 maintenir et assurer la ségrégation raciale aux États-Unis. Ces lois ont été abolies dans ce pays en 1964 (Fournier 2022).

<sup>41</sup> Ces mythes désignent le refus de certain·es québécois·es à reconnaître le racisme systémique et le passé esclavagiste du Québec (Dorais 2020).

actuelles. L'exclusion des personnes noires de l'histoire du Québec est d'ailleurs une preuve et une conséquence de ce passé (Dorais 2020; Pierre et Bosset 2021; Dryden et Nnorom 2021). Cette exclusion volontaire renforce l'idée de la bienveillance de la province et du pays, passant sous silence des événements qui ont formé le Canada actuel. Geneviève Dorais, professeure au département d'histoire à l'Université du Québec à Montréal, remarque que cette exclusion permet, entre autres, de « passer sous silence l'histoire de l'esclavage transatlantique au Mexique et au Canada » (2020, 137). D'après Maynard, à la suite du relâchement des restrictions raciales dans les années 1960, le Canada a réussi à instaurer une façade de fierté multiculturelle à travers le pays. Cette façade a complètement changé la perception qu'avaient ses habitants et le reste du monde sur celui-ci, répandant et concrétisant les mythes de l'innocence raciale et de la bienveillance (Maynard 2018). « [Les historien·nes] constatent l'importance du contre-exemple états-unien pour alimenter les célébrations de l'harmonie raciale dans laquelle s'imagine vivre la majorité blanche canadienne. » (Dorais 2020, 137)

Nombre d'historien·nes, militant·es, chercheuses et chercheurs<sup>42</sup> démontrent que l'histoire de la colonisation et de l'esclavagisme au Québec a laissé d'importantes traces sur les politiques et lois actuelles<sup>43</sup> (Maynard 2018). D'ailleurs, aucune forme de réparation n'a été attribuée aux personnes esclavagisées ou à leurs descendant·es. Dorais explique que l'exclusion des personnes noires de l'histoire du Québec permet de renforcer les mythes mentionnés plus haut, permettant de supposer que les personnes noires ne sont que des nouvelles et nouveaux arrivant·es, des immigrant·es et qu'elles n'ont pas d'enracinement dans l'histoire du Québec (2020). Aujourd'hui encore, l'histoire des personnes noires n'est qu'une simple parenthèse dans ce qui est enseigné dans les écoles. Cette parenthèse n'est parfois pas mentionnée et lorsqu'elle l'est, les femmes sont généralement omises de cette histoire (Maynard 2018).

La plus grande force de cette marginalisation provient justement du fait qu'elle refuse implicitement toute problématisation sérieuse de l'impact qu'ont eu les Afro-descendant.e.s dans l'évolution, au fil du temps, des structures

---

<sup>42</sup> Maynard relève les suivant·es : « Agnes Calliste, Barrington Walker, Charmaine A. Nelson, Rachel Zellars, Afua Cooper, Dionne Brand, Esmeralda Thornhill, Rinaldo Walcott, Cecil Foster, El Jones, Desmond Cole, Katherine McKittrick, Awad Ibrahim, Grace-Edward Galabuzi, George J. Sefa Dei, Tamari Kitossa, Wanda Thomas Bernard, Malinda Smith, Njoke Wane, Akua Benjamin, Carl James, Délice Mugabo, Akwasi Owusu-Bempah, Makeda Silvera, Dorothy Williams, Harvey Amani Whitfield, Sylvia Hamilton, Linda Carty, Adrienne Shadd, Peggy Bristow, Anthony Morgan [...] » (2018, 7)

<sup>43</sup> Ces traces seront abordées dans la section suivante.

économiques, politiques, sociales, culturelles et juridiques du Québec. Pourquoi mener une enquête historique sur un sujet qui n'existerait tout simplement pas ? Ainsi fonctionne la suprématie blanche au Québec [...] — par déni. (Dorais 2020, 138)

L'esclavagisme est perçu comme un petit accident ou une complication que l'on a su rectifier juste à temps. Dès 1865, le système d'éducation du Canada omet toute mention de l'histoire des personnes noires, dissimulant ainsi tous les effets de la colonisation, de l'esclavagisme et de la ségrégation, bien que la ségrégation soit toujours pratiquée dans plusieurs provinces à l'époque (Maynard 2018).

Selon Dorais et Maynard, ce déni par omission est illustré par les écrits de Louis-Joseph Papineau. Toutefois, celui-ci avait des visions extrêmement racistes qu'il partageait publiquement; il affichait une grande violence envers les personnes noires en leur niant toute humanité. L'histoire fait complètement abstraction des positions racistes de celui qui est considéré par beaucoup de Québécois comme étant un héros. Il serait donc possible de saisir pourquoi plusieurs personnes ne comprennent pas comment le passé esclavagiste du Québec a toujours des impacts sur notre société actuelle, lorsque toute mention de cette histoire est passée sous silence (Dorais 2020; Maynard 2018).

Selon Paul-Etienne Rainville, chercheur postdoctoral au département d'histoire de l'Université de Toronto, les débats entourant le racisme systémique ainsi que la discrimination raciale font surface en 2016 dans l'actualité québécoise, grâce à une pétition à l'Assemblée nationale du Québec. Cette pétition sollicite la création « d'une commission d'enquête publique sur ces enjeux » (Rainville 2020, 229). Les répercussions d'une telle demande exposent les divergences présentes dans population québécoise blanche (*Ibid.*).

[...] les activistes du Black Power ne disaient pas autre chose en affirmant que pour « décoloniser » les structures sociales, il fallait d'abord « décoloniser » les structures mentales: la reconnaissance des déterminismes sociaux pesant sur soi-même – la « prise de conscience » – est le premier acte, indispensable, bien qu'insuffisant, de toute entreprise d'émancipation individuelle et collective. (Martin-Breteau 2019, 77)

Notons que 63% de la population noire du Canada indique avoir été victime de discrimination depuis les huit dernières années (Statistique Canada 2022). Cox affirme que le racisme moderne

étant le plus répandu, il devient plus facile pour certaines personnes d'affirmer que les manifestations de racisme au quotidien sont non intentionnelles. Aussi, certaines personnes noires peuvent vivre des microagressions sans toutefois les catégoriser comme telles, parce qu'elles considèrent que l'acte n'était pas malintentionné (Cox 2020; Maynard 2018).

D'ailleurs, toutes les participantes de cette étude affirment avoir vécu du racisme. Par contre, les participantes n'ont pas toutes les mêmes réactions face aux différentes expériences de racisme et de discrimination. Par exemple, Maya, 39 ans, n'aime pas tirer des conclusions hâtives et préfère comprendre certaines situations plutôt comme des malentendus. Lana, 29 ans, et Sara, 35, ans indiquent que même si certaines situations peuvent être qualifiées d'interactions racistes, elles préfèrent ne pas trop se concentrer sur le négatif afin de passer à autre chose rapidement. Nina, 24 ans, attribue plutôt certains comportements à de la méchanceté individuelle plutôt qu'à du racisme.

Selon une étude menée aux États-Unis en 2020 auprès de femmes noires, le fait d'ignorer, d'accepter ou de ne pas répliquer à des paroles ou agissements racistes correspondrait à un mécanisme d'adaptation passif (*coping mechanism*) sous forme de réponse comportementale. Il peut être décrit comme une forme de déni individualisé (Garneau et Giraud-Baujeu 2018; T. Williams 2020). Les autres formes de mécanismes d'adaptation sont plus actives, soit sous forme d'émotion, telles que la rage, le stress ou la tristesse, soit sous forme de réponse comportementale. Un exemple de cette réponse comportementale serait de travailler plus fort que les autres pour se démarquer, afin de prouver que les racistes ont tort. Toujours selon cette étude, alors que le racisme a des impacts négatifs sur la santé, les mécanismes d'adaptation actifs auraient tendance à réduire ces impacts, tandis que les réponses passives accentueraient ces impacts. Le stress vécu par le racisme ne serait donc pas réduit par l'approche passive (T. Williams 2020; Mehra *et al.* 2020). Toutefois, les participantes indiquent qu'elles vont généralement choisir leurs batailles et apprendre à laisser aller certaines choses.

Selon Pierre et Bosset, environ 55% de la population canadienne considère que « la discrimination raciale est chose du passé » (2021, 28). Pour pouvoir discuter du racisme sous toutes ses formes, il est nécessaire d'admettre son existence (*Ibid.*). L'Organisation des Nations Unies affirme en 2017 que la présence du racisme systémique à travers les institutions canadiennes affecte les droits de la personne des personnes noires (Dryden et Nnorom 2021). Il reste donc encore beaucoup à

faire tant pour faire reconnaître ces formes de racismes existantes au Canada et au Québec, et encore plus pour réformer ou reconstruire les systèmes. Il est primordial d'écouter ce que les personnes noires ont à dire sur ces sujets.

### **5.3 Racisme systémique : un héritage colonial**

La majorité des pays du Nord ont été des colonisateurs, à un moment ou à un autre de leur histoire. Le racisme systémique est présent partout à travers le monde, sous des relations de pouvoirs relativement similaires (Pierre et Bosset 2021; Hamisultane 2020). Le racisme systémique « prend racine dans les institutions et les systèmes » (Léger 2021) puisque celles et ceux-ci ont été fondés sur une suprématie blanche, justifiée par la théorie raciale. Cette dernière affecte toujours les personnes noires par l'entremise de mythes et de stéréotypes toujours véhiculés par la population blanche, réitérant une marginalisation constante (Dryden et Nnorom 2021).

Les effets directs de ce type de racisme se traduisent en inégalités face à l'éducation, la santé, l'emploi, l'accès au logement, ainsi qu'à une surveillance accrue de la part de l'État et du corps policier, occasionnant une surreprésentation dans le système carcéral (Maynard 2018). Le racisme systémique se différencie du racisme interpersonnel par son caractère omniprésent et non tangible. Il peut être plus difficile à percevoir, mais renforce continuellement les relations de pouvoirs en place (Amnistie internationale 2020).

Le racisme systémique est donc plus complexe que les interactions sociales racistes; il s'agit d'un « ensemble de structures, d'actions et de croyances économiques, politiques et culturelles qui systématisent et perpétuent la répartition inégale des privilèges, des ressources et du pouvoir entre les personnes blanches et les personnes de couleur (racisées) » (Hilliard 1992 cité dans Rainville 2020, 232). Utiliser le filtre du racisme systémique pour comprendre les relations de pouvoir permet de ne pas minimiser le racisme à certaines interactions circonscrites entre certains individus (Rainville 2020).

Toutefois, même si le racisme systémique prend des envergures beaucoup plus larges que les interactions interpersonnelles, Goyer indique que ces discriminations ne peuvent se mettre en œuvre seules. Le racisme systémique se perpétue aussi à travers les relations et les interactions sociales où une dynamique de pouvoir existe, qu'elles soient effectuées de façon consciente ou non (2020). De plus, le racisme systémique se différencie du racisme institutionnel, car il peut se

produire à tous les niveaux. Le racisme institutionnel se produit au niveau des institutions, tandis que le racisme systémique est un système complexe qui se reproduit à tous les échelons, incluant les interactions sociales (Katata 2021).

Léa, 34 ans, indique que le racisme systémique est « à la base même des structures ». Elle affirme que malgré le fait qu'un certain travail soit effectué afin de réduire les inégalités et iniquités envers les personnes noires au Canada, « c'est pas quelque chose qui va arrêter du jour au lendemain », et que le racisme est « quelque chose qui est imprégné en nous » :

Il y aura toujours ce concept de race supérieure, de relation maître-esclave. Et souvent les esclaves, c'était qui? Des noirs. Des Africains. Des Haïtiens. Et ils étaient victimes de toutes sortes de maltraitances. [...] J'espère qu'un jour ça va finir, le racisme, toutes les sortes de racisme [...]. Parce que vivre le racisme dans la vie de tous les jours, c'est vraiment pas de tout repos. Tu fais attention à tout ce que tu dis, tu fais attention à où tu marches... Tu sais même plus où te mettre. (Léa, 34 ans)

Rose, 24 ans, explique que le racisme systémique cause un sentiment de frustration constant. Il s'agit d'une réalité omniprésente pour les personnes noires, autant par la surveillance démesurée de la police dans certains quartiers que par le déni de ce phénomène de la part des personnes blanches. Son père lui a expliqué, quand elle était jeune, qu'elle devra travailler beaucoup plus fort que les autres toute sa vie pour être traitée comme une égale. Aya, 30 ans, quant à elle, indique qu'elle était très découragée lors de sa recherche d'emploi à la suite de son diplôme d'études professionnel :

J'ai vraiment vu des inégalités, puis c'est ça qui fait que ça repousse les personnes. Comme par exemple, si moi j'avais baissé les bras, j'aurais pas cherché à travailler. Je serai peut-être retournée au Walmart aujourd'hui. Mon premier emploi j'ai travaillé à [une compagnie de transport] [...]. À ma première journée, l'homme m'a dit « normalement, on n'engage pas des gens comme toi ».

Elle explique que la recherche d'emploi, entre autres, est beaucoup plus ardue quand on est une personne noire. Elsa, 25 ans, indique qu'elle trouve le terme de racisme systémique très intéressant. Bien qu'il y ait une problématique de racisme au niveau des individus, le racisme systémique permet de comprendre que le phénomène va bien au-delà de la responsabilité individuelle : « le

poids [est mis] sur les institutions et sur l'histoire à la place de le mettre directement sur les individus ».

Ines, 45 ans, explique que le racisme systémique est toujours existant, car il n'y a peu ou pas de processus en place pour restreindre ou réprimander les actions qui y contribuent. Les relations de pouvoirs sont si bien ancrées dans les institutions que les personnes qui ne vivent pas ces inégalités peuvent difficilement les percevoir, et donc très peu d'action sont prise pour y remédier. Tel que l'indique Martin-Breteau :

Ni la Révolution américaine, ni le mouvement abolitionniste, ni la guerre de Sécession et l'abolition de l'esclavage, ni le Mouvement pour les droits civiques, ni les élections historiques de Barack Obama en 2008 et 2012 ne permirent d'éliminer les préjugés raciaux. (2019, 74)

En effet, même si ces luttes et mouvements ont permis plusieurs avancements vers l'égalité, ils n'ont pas permis de réformer ou de reconstruire le système qui est lui-même fondé sur une suprématie blanche (St. Clair 2020). Des inégalités persistent dans l'ensemble des sphères de la vie, et sont particulièrement notables en emploi, en éducation et lors de la recherche d'un logement.

### **5.3.1 Emploi**

Plusieurs études démontrent que la discrimination à l'emploi existe au Québec et affecte grandement les personnes noires. La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse conclut en 2020 que les personnes autochtones, racisées et noires, nées au Canada ou à l'extérieur, vivent toujours de la discrimination à l'emploi (Pierre et Bosset 2021). Cette discrimination est telle que l'on parle de racialisation de la pauvreté. En effet, les inégalités d'accès à l'emploi et l'iniquité entre les salaires perçus jouent un rôle crucial dans ce concept de racialisation de la pauvreté. À diplôme égal et à maîtrise linguistique égale, les personnes noires font face à des taux de chômage bien plus élevés et à des salaires inférieurs que le reste de la population. Un recensement effectué entre 1996 et 2006 révèle que le taux de chômage, à Montréal, pour les personnes noires diplômées d'études supérieures, était similaire au taux de chômage des personnes blanches n'ayant pas terminé leurs études secondaires (Dryden et Nnorom 2021; Maynard 2018; Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse 2019).



Par exemple, le taux de chômage des femmes noires au Canada atteint les 11% en 2017, ce qui équivaut à plus du double de la moyenne du pays. De plus, ces femmes gagnent, pour un dollar réalisé par un homme blanc, un total de 63 sous. Pour les femmes blanches, c'est 85 sous. La disparité entre les hommes blancs et les femmes blanches existent, mais sont exacerbées pour les femmes noires (Pierre et Bosset 2021). Une sage-femme travaillant à l'organisme Aide Naissance explique que plusieurs femmes haïtiennes qui viennent les consulter travaillent dans l'industrie agroalimentaire :

[...] on en a beaucoup qui travaillent en usine. C'est des travaux difficiles avec des horaires difficiles. Elles font beaucoup affaire avec des agences qui n'ont pas beaucoup à cœur la conciliation travail-famille. C'est des situations de se réveiller très tôt le matin pour aller prendre l'autobus et on revient très tard, c'est un travail très physique, les deux parents travaillent parce que les logements sont dispendieux.

Une médecin de famille du même organisme renchérit : « Au niveau de l'emploi, ça n'a pas de bon sens. Elles sont enceintes jusqu'aux oreilles puis elles travaillent dans l'usine à poulet, puis ils leur permettent même pas de s'asseoir. » Hamisultane, professeure adjointe à l'École de travail social de l'Université de Montréal, argumente que le travail précaire et difficile a remplacé l'esclavagisme, permettant une nouvelle forme d'exploitation des travailleuses et travailleurs (2020).

Les pratiques discriminatoires à l'emploi résident tant dans la recherche d'un emploi qu'au sein d'un emploi. Une personne noire pourrait se faire refuser un emploi alors qu'elle est plus qualifiée que la personne blanche choisie, tout comme elle pourrait être choisie et vivre du harcèlement racial au travail. Les discriminations résident donc à tous les niveaux (Cox 2020), soit aux « pratiques de recrutement, de sélection, de promotion et d'accès à l'égalité en emploi d'entreprises ainsi que les attitudes des répondants » (Triki-Yamani 2020, 38). Les études démontrent qu'il n'y a eu pratiquement aucune amélioration en cette matière depuis les 25 dernières années (*Ibid.*).

Une participante raconte qu'elle a constaté de grandes différences entre les entrevues passées pour les candidat·es blanc·hes et les candidat·es noir·es pour un emploi auquel elle a postulé. En premier lieu, elle indique que l'équipe était majoritairement formée de Québécois·es blanc·hes. Ensuite, elle remarque que les entrevues étaient beaucoup plus longues et complexes pour les personnes racisées :

J'ai remarqué que quand j'avais fait l'entrevue, moi, et d'autres gens d'autres cultures, de la façon qu'elle faisait les entrevues avec nous, et de ceux qu'ils étaient québécois, c'était vraiment pas pareil. C'est comme si elle cherchait toutes les bibites pour nous exclure, alors qu'avec celles qui sont québécoises elle facilitait beaucoup l'entrevue. (Jade, 33 ans)

L'inégalité d'accès à l'emploi fait partie intégrante du racisme systémique, tout comme le harcèlement vécu au travail par les personnes noires. Ce harcèlement peut prendre plusieurs formes : le refus d'une promotion (Triki-Yamani 2020), la dépréciation ou la dévalorisation de compétences ou d'accomplissements, des plaisanteries ou du sarcasme (Armony 2020), de la violence et des assauts physiques (Cox 2020). « La personne qui harcèle, par son attitude hostile et agressive, crée un climat de travail malsain qui affecte intensément celles qui sont concernées et qui rejaillit sur l'ensemble du personnel. » (Pierre-Pierre 2017, 8) Très souvent, le blâme est mis sur la victime. Par exemple, on accuse celle-ci de ne pas avoir fait assez d'effort pour s'inclure dans l'équipe (Maynard 2018).

Les préjugés raciaux étant fréquents dans les lieux de travail, les personnes noires peuvent être perçues comme moins efficaces ou moins intelligentes; ce qui entrainera des conséquences sur la perception de leur travail, sans qu'il n'y ait de preuve ou de fondement à ces accusations (*Ibid.*). Sara, 35 ans, explique que dans un ancien emploi où la majorité du personnel était blanc, la compagnie a dû faire des mises à pied. Les deux personnes qui se sont fait renvoyer étaient deux femmes noires, dont Sara. Elle indique que les raisons données ne faisaient pas vraiment de sens et qu'aucune raison spécifique ne lui avait été donnée. Sara indique qu'elle a préféré ne pas trop se concentrer là-dessus et passer à autre chose, principalement parce qu'elle n'avait aucune preuve concrète qu'il aurait pu s'agir de racisme.

Cela nous amène à discuter comment le système actuel n'a pas été créé pour que ce genre de plainte soit mené à terme. En effet, les plaintes pour du harcèlement racial ou de la discrimination sont très rarement réellement prises en considération (Garneau et Giraud-Baujeu 2018). Cox expose un incident qui serait arrivé à un homme noir en milieu de travail. L'homme se serait fait insulter par un supérieur avant qu'il n'y ait collision entre lui et l'autre parti, où l'homme noir a été propulsé contre le mur. Bien que la police ait pris en compte la plainte pour voies de fait, la juge qui s'occupe du dossier conclut qu'il n'y a pas eu d'atteinte à la dignité et qu'on ne peut qualifier l'évènement comme du harcèlement racial ou psychologique. La juge prononce que la situation n'a pas soulevé

de relation de pouvoir entre les deux personnes. Tel que l'indique l'auteurice, la juge a délibérément fait abstraction de toutes les relations de pouvoir en œuvre. En effet, l'homme noir était non seulement un salarié en position d'infériorité face à son supérieur, mais est aussi un migrant en situation précaire (Cox 2020).

D'autres situations révèlent que certain·es juges blâment les victimes pour ne pas avoir porté plainte dès la première forme de harcèlement ou de discrimination (*Ibid.*). Toutefois, les personnes victimes de harcèlement racial ne vont que très rarement porter plainte dès la première expérience, car cela peut être perçu « comme la transgression d'une norme culturelle implicite du milieu de travail. » (Cox 2020, 116)

En rejetant les plaintes sous prétexte que le ou la plaignante n'a pas déposé de plainte plus tôt ou encore dès la première expérience de harcèlement, le cadre juridique assume que la victime a un certain pouvoir d'agir, alors que la réalité peut en être toute autre (*Ibid.*).

### **5.3.2 Éducation**

Le système d'éducation est parfois la première exposition au racisme et aux relations de pouvoirs qui vont être vécus par les enfants noir·es. En effet, plusieurs études démontrent que de nombreux mécanismes de discrimination œuvrent à travers ce système dans l'accessibilité, la qualité de l'enseignement, le harcèlement, jusqu'à des formes de violences à l'égard des élèves noir·es, racisé·es ou autochtones (Garneau et Giraud-Baujeu 2018).

Lola, 23 ans, explique une situation à laquelle elle a fait face au secondaire. Lorsque des conseillères et conseillers en orientation venaient les visiter, elle indique que jamais personne ne lui a parlé de devenir avocate, par exemple. On lui disait plutôt que devenir infirmière devrait lui convenir. La conseillère en orientation qui a proposé le travail d'infirmière à Lola n'était probablement pas mal intentionnée, mais a tout de même participé au manque d'options et au déséquilibre entre les propositions de carrière entre les élèves blanc·hes et les élèves noir·es. Les conseillères et conseillers en orientation peuvent établir des barrières symboliques à plusieurs types de métiers déjà très tôt dans la vie des jeunes personnes noires. Cette expérience dénote une forme de discrimination, tant en éducation que dans le milieu du travail (Pierre 2021; Garneau et Giraud-Baujeu 2018; Valade 2020; Maynard 2018).

Pierre ajoute qu'à travers le parcours éducationnel, les enfants noir·es ne reçoivent que rarement des soins appropriés pour certains besoins spéciaux, que ce soit en lien avec un handicap ou encore en lien avec des difficultés d'apprentissage. De plus, les expériences de discrimination sont fréquentes et sont régulièrement banalisées par les enseignant·es ou le personnel administratif (Pierre 2021; Valade 2020).

Pierre relève le témoignage d'Alejandra, une militante racisée, qui rapporte ce que certain·es professeur·es disent aux élèves lors de leur parcours scolaire à Montréal-Nord. Une professeure dit à l'une de ses amies qu'il ne sert à rien d'espérer de continuer ses études en médecine, puisque cette filière n'est pas faite pour elle. Par « pour elle », la professeure n'implique pas ses compétences cognitives individuelles, mais plutôt toutes ses caractéristiques où sont en œuvre plusieurs relations de pouvoir. Son commentaire se dirige donc vers elle, ainsi qu'envers toutes les personnes comme elle. Ces commentaires de la part du personnel enseignant ont des impacts immenses sur ces jeunes, car ils sont affirmés comme étant des vérités et des certitudes (2021).

Lola, 23 ans, explique qu'à mesure qu'elle avance dans ses études, le nombre de personnes racisées diminue. Au secondaire, puisque la majorité des personnes de son école n'étaient pas blanches, elle dit en riant que c'étaient plutôt les personnes blanches qui constituaient une minorité visible. Toutefois, dès le cégep, elle dit : « j'ai compris pourquoi c'était nous qu'on appelait la minorité visible. J'étais genre, *so many white people, this is crazy*. [...] Plus tu montes, plus ça diminue en minorité visible. » Zoé, 22 ans, explique que la simple création d'une association d'étudiant·es noir·es en droit du Canada de son université a soulevé des protestations. Elle indique que les personnes blanches ne comprenaient pas pourquoi une telle association était nécessaire. Elle signale que ses collègues de classe tiennent parfois des propos qui tendent vers le racisme et que les microagressions sont récurrentes. Tous les membres du corps professoral sont blancs, et la grande majorité des étudiant·es le sont aussi.

Léa, quant à elle, indique qu'elle vit de la discrimination au cégep tous les jours: « À chaque jour que je partais pour l'école, je m'attendais à quelque chose qui va mal se passer. » Elle étudie en sciences infirmières et est la seule personne noire du groupe. Elle explique une situation où elle considère qu'une décision injuste aurait été prise à cause de sa couleur de peau. Pendant son stage, elle oublie de donner des ibuprofènes à un patient. Pour cela, son maître de stage l'a fait couler. Presque en même temps, l'une de ses collègues blanches commet une erreur aussi : elle donne le

mauvais médicament à un patient. Le maître de stage ne fait pas couler cette collègue. « Elle a été jugée d'une façon et moi j'ai été jugée d'une autre façon. Elle continue le stage, moi je suis en échec. On peut même dire que mon erreur était moins pire que la sienne. J'ai eu un petit oubli pas très grave, et elle a donné le mauvais médicament. » Il va sans dire que les discriminations sont fréquentes au travers du système de l'éducation, et ce, du primaire à l'université. Le racisme systémique agit tant au niveau de l'accessibilité à l'éducation qu'à travers les interactions sociales avec les autres étudiant·es, avec le corps professoral ainsi qu'avec le personnel administratif.

### **5.3.3 Logement**

L'accès au logement est une autre problématique importante reliée au racisme systémique. Le logement est un besoin essentiel pour toutes et tous. Selon Renaud Goyer, chercheur postdoctoral au département des études urbaines et touristiques de l'École des sciences de la gestion de l'Université du Québec à Montréal, le logement ou l'habitation est un « bien complexe, à multiples dimensions » (2020, 146). Un logement permet à un individu d'avoir un espace à soi-même, s'enracine dans l'identité d'une personne et crée un lien d'appartenance à un lieu et un voisinage. Avoir de la difficulté à trouver un logement ou subir une certaine instabilité à ce niveau peut avoir des impacts négatifs sur le bien-être d'une personne. L'instabilité financière, le manque d'accès aux logements de qualité, les problèmes de salubrité et de mauvaises relations avec les voisins et propriétaires sont des éléments qui peuvent fragiliser cette base fondamentale (*Ibid.*).

En effet, le manque d'accès aux logements pour les personnes noires s'articule tant par le manque de logement abordable et salubre que par le refus fréquent des propriétaires. Comme nous avons pu l'observer, ces populations sont surreprésentées dans les statistiques de chômage et de revenu faible. Les biais racistes des propriétaires vont rendre l'accès au logement plus difficile pour ces personnes (*Ibid.*), soit par simple refus de louer une habitation à des personnes qui ne sont pas blanches (Pierre 2021; Goyer 2020), ou par peur que celles-ci ne puissent payer le loyer quand celui-ci est dû. Les stéréotypes qui entrent en jeu dans ces interactions entraînent des conséquences énormes pour les personnes racisées, noires et autochtones. À la suite de nombreux refus, plusieurs personnes vont se retrouver dans des appartements insalubres, ayant des impacts négatifs importants sur la santé.

Puisque les propriétaires ont la possibilité de refuser ou d'accepter les locataires, la discrimination raciale et la discrimination en fonction des revenus sont chose courante. Il en résulte que ces familles n'ont pas réellement de choix au niveau du logement, car elles devront prendre le logement où celles-ci seront acceptées, peu importe la qualité du logement (Goyer 2020). C'est d'ailleurs ce que rapporte Pierre concernant le quartier de Montréal-Nord. Cette population « continue de subir un long processus de marginalisation sociale, politique et économique qui touche de plein fouet les femmes » (Pierre 2021, 170). En effet, environ la moitié de cette population est racisée, et le revenu moyen par personne est moins de 20 000\$ par année chez presque la moitié de ses habitants. De plus, l'accès aux services de soins de santé et à la nourriture saine et à bon prix est plus difficile dans ce quartier qu'ailleurs dans Montréal (*Ibid.*).

Cette marginalisation géographique est donc une conséquence du racisme systémique. Une femme voilée dans l'étude de Goyer raconte comment plusieurs propriétaires lui ont fait faux bond lors de sa recherche de logement en 2001. Au téléphone, puisque sa langue première est le français, tous les propriétaires l'ont invité à venir visiter leur logement. Toutefois, une fois qu'elle se rendait sur place, tous les logements étaient soudainement loués et n'étaient plus disponibles selon ceux-ci (Goyer 2020). Lola, 23 ans, raconte qu'il y a quelques années, ses parents souhaitaient acheter une maison. Lors de la visite d'une maison, elle indique que les courtiers immobiliers présents les suivaient en les surveillant, pour s'assurer que sa famille n'allait rien voler.

Ça, ça a vraiment affecté ma mère et mon père. En plus, on a fait une offre d'achat pour la maison, on a donné beaucoup plus que l'autre personne et on l'a pas eu. Et on se disait, on le sait pourquoi on l'a pas eu. [...] Puis on se disait, c'est pas correct on devrait le signaler, mais le processus en soi est très long et c'est très dur de prouver ce genre de chose aussi. Si j'en parle à mes ami·es de minorité ils vont se dire, oui clairement c'est [de la discrimination/du racisme], mais si j'en parle aux autres, ils vont dire « Peut-être qu'il y avait une autre raison, peut-être que si, peut-être que ça », et tu te sens pas validé.

Les discriminations vécues par la famille de Lola ont avantagé les personnes blanches qui ont eu la maison, même en ayant fait une offre moins importante. Elle mentionne aussi que les personnes présentes lors de la visite les surveillaient. Alors que le racisme systémique inclut le harcèlement policier et la surveillance de la part de l'État (Maynard 2018), il inclut aussi une forme de surveillance de la part des personnes blanches dans la vie de tous les jours. Le racisme systémique

se retrouve donc à l'intérieur de ces interactions sociales, est omniprésent et affecte grandement les personnes qui le vivent (*Ibid.*).

## 5.4 Racisme interpersonnel

Le racisme interpersonnel ou individuel est « inscrit dans la psychologie et les interactions sociales concrètes des individus » (Rainville 2020, 232). Elles prennent la forme d'insultes, de préjugés, d'actes de violences (Pierre 2017) et de microagressions. Que ces actes soient consciemment racistes ou non, volontaires ou involontaires, ces paroles et comportements permettent de continuellement réaffirmer les relations de pouvoirs en place (T. Williams 2020). L'interaction avec le policier qui fait une intervention non justifiée, l'interaction avec un·e collègue qui fait une blague de mauvais goût ou encore l'interaction avec un vendeur qui donne moins d'attention à une personne noire sont toutes des formes de discrimination raciale, à différent degré. En effet, les conséquences de ces agissements peuvent avoir des effets importants tant sur le bien-être physique que psychologique de la personne (Armony 2020).

Avant de poursuivre sur les formes plus subtiles du racisme interpersonnel actuel, rappelons que les insultes racistes violentes peuvent toujours être vécues par les personnes noires, même si c'est de moins en moins accepté par la population en général (T. Williams 2020). Rose, 24 ans, raconte qu'elle marchait dans la rue avec sa sœur et une amie blanche il y a plusieurs années, alors qu'elle avait environ huit ou neuf ans :

Y'a un monsieur qui est passé devant nous, puis il a dit quelque chose, mais moi je comprenais pas ce que ça voulait dire, car je comprenais pas ce mot-là, mais [ma sœur et mon amie], elles étaient toute choquées : « Oh mon Dieu! » « Oh mon Dieu! ». Puis là, je suis allée voir ma mère et je lui ai répété le mot [...], j'ai compris que la personne avait dit « Esti de n\*\*\*\* »<sup>44</sup>. [...] c'est à ce moment-là que j'ai compris qu'il y avait des différences entre chaque personne et c'est à ce moment-là que j'ai été réveillée au monde.

Ainsi, bien que cette section discute majoritairement des microagressions, notons que de nombreux actes racistes violents sont toujours réalisés actuellement.

---

<sup>44</sup> Même si les propos ont été rapportés par une femme noire, je ne me sens pas à l'aise en tant que femme blanche d'utiliser ce mot dans ce mémoire. La censure est donc choisie ici.

Selon T. Williams, les microagressions raciales sont des actes de racisme qui renforcent les stéréotypes négatifs et qui maintiennent le statu quo. Les microagressions peuvent être effectuées par une personne blanche sans qu'elle en soit consciente. Toutefois, que l'acte soit réalisé de façon consciente ou non, cette dernière contribue à ce que la personne noire sache qu'elle ne pourra jamais être traitée et considérée comme une égale (2020). La définition de violence présentée dans la section 1.3.1 permet de qualifier les microagressions comme étant des actes violents, puisqu'elles nuisent au bien-être mental et physique des personnes noires sur le long terme (*Ibid.*). T. Williams relève un système de classification des microagressions qui comporte neuf catégories. La classification provient des États-Unis. La première catégorie est la résistance à considérer une personne noire ou racisée comme un·e vrai·e Américain·e. Cette catégorie peut tout à fait être utilisée dans le contexte québécois. La deuxième catégorie est d'assumer que les personnes noires ont une intelligence moins importante que les personnes blanches.

Ensuite, une personne blanche qui affirme ne pas voir la couleur de peau lors d'interactions ou encore de minimiser l'importance de la couleur de peau dans la vie de tous les jours est une forme de microagressions, car cela peut invalider les expériences de racisme. Le fait d'assumer ou d'impliquer qu'une personne noire est dangereuse ou criminelle en est une autre forme. La promotion du mythe de la méritocratie, qui lie le travail acharné avec des récompenses, constitue aussi une forme de microagression. Par la suite, l'on retrouve les suppositions qu'un bagage culturel ou langagier provenant de certains pays est moins prestigieux que la culture occidentale blanche. L'avant dernière catégorie soulève les expériences où les personnes se font traiter comme des citoyens de seconde classe, et finalement la dernière comprend les messages environnementaux qui laissent savoir que la présence de la personne noire ou racisée n'est pas voulue ou encore dévaluée (Sue *et al.* 2007 cité dans T. Williams 2020). Il est à noter que les microagressions dépendent du contexte. Deux actes similaires peuvent être perçus différemment selon le contexte et la personne qui la vit (*Ibid.*; Garneau et Giraud-Baujeu 2018).

L'étude d'Essed de 1991 explique comment le racisme est omniprésent et se pratique à travers la routine quotidienne, où les microagressions apparaissent comme une normalité pour le groupe dominant. Cela permet de normaliser ces microagressions et de les rendre difficiles à exposer, permettant à la majorité des microagressions de passer sous silence et d'ignorer les problématiques qui y sont reliées. Aussi, les microagressions peuvent être difficiles à percevoir par les personnes



blanches, puisque ces dernières n'ont pas à percevoir les inégalités raciales pour leurs propres survies. Ainsi, une personne blanche dénoncée d'avoir commis une microagression pourrait sincèrement croire que le geste est innocent en soi et minimiser ou invalider le dommage causé (T. Williams 2020; Hamisultane 2020).

La première catégorie, soit de ne pas être considéré comme un·e vrai·e Américain·e ou dans ce cas-ci, québécois·e, est rapportée par la majorité des participantes. Ce qui revient le plus souvent dans leur expérience est la question « Tu viens d'où ? », alors que la plupart des participantes sont nées au Québec. Certaines vont mentionner qu'elles vont s'identifier différemment en fonction du contexte. Par exemple, lorsque Lola et Sara partent en voyage, elles vont dire aux personnes qu'elles rencontrent qu'elles sont Canadiennes. En revanche, au Québec, elles vont dire qu'elles sont haïtiennes. Elles savent que si elles indiquent qu'elles sont québécoises, les personnes blanches ne seront pas satisfaites de leur réponse. Plusieurs relèvent l'impossibilité de s'identifier comme québécoises, car les québécois·es blanc·hes leur rappellent constamment que parce qu'elles sont noires, elles n'ont pas leurs places en tant que Québécoises. C'est ce qu'affirme Rose, 24 ans : « Par exemple, quand on me voit, on va pas me dire « Ah t'es Québécoise ! », on va me demander « Tu viens d'où ? » parce que je suis noire, donc c'est tous ces petits trucs-là qui font en sorte que c'est plus difficile de s'identifier comme Québécoise ». Aya, 30 ans, rapporte une situation similaire : « C'est des affaires qu'on vit tout le temps. On n'est pas à l'abri de ça et des commentaires. Par exemple une fois moi j'ai sacré, et on m'a dit « Waouh t'es devenu Québécoise ? » Mais allô je suis née ici! C'est vraiment lourd. » Les participantes qui sont nées en Haïti vont généralement dire qu'elles sont originaires d'Haïti.

Pour continuer, Aya a vécu son lot de microagressions et même d'actes racistes violents. Elle raconte que ça ne lui arrive pas personnellement chaque jour, mais que collectivement, les microagressions affectent constamment les personnes noires. Elle raconte s'être fait crier dessus par un garagiste qui ne voyait pas son rendez-vous dans son système informatique. Le garagiste l'accusait de ne pas avoir pris de rendez-vous. Aya indique que cette interaction ne se serait jamais produite si elle avait été blanche. Une fois, elle et son amie se sont fait cracher dessus par un homme blanc qui les harcelait sur la route. Alors que son amie, qui est aussi noire, conduisait, l'homme au volant devant elles n'a pas avancé lorsque la lumière est devenue verte. Son amie a fait un petit coup de klaxon pour l'avertir que la lumière était verte, et après être reparti, l'homme

a commencé à faire plusieurs manœuvres dangereuses pour les obliger à s'arrêter sur le bord de la route. Alors que son amie essayait de calmer la situation, l'homme leur a craché au visage.

Au sein de son emploi, alors qu'elle travaillait comme adjointe administrative, il manquait un total de 250\$ dans sa caisse. Lorsqu'elle a averti les responsables, ces personnes ont immédiatement mis tout le blâme sur elle et l'ont directement accusé d'avoir volé l'argent, sans faire les vérifications nécessaires. Une fois les vérifications faites, les 250\$ ont été trouvés. Aya n'a eu le droit à aucune excuse. Aya s'est fait traiter comme une citoyenne de seconde classe et accusé de comportement criminel, sans fondement.

Ces situations se seraient probablement produites très différemment si elle avait été blanche. Elle explique avoir fait une dépression après la situation d'accusation de vol. « Ça affecte ta journée, ça affecte ton mois [...]. Des situations comme ça, ça arrive tout le temps, c'est notre quotidien, on apprend à vivre un peu là-dedans. C'est notre réalité. » Tel qu'il a été mentionné plus tôt, l'association entre les personnes noires et la criminalité ou encore personnes noires et danger remontent à la période d'esclavagisme et affecte toujours les personnes noires (Katata 2021; Maynard 2018).

Lola, 23 ans, raconte que lorsqu'elle attendait l'autobus pour revenir du cégep, une étudiante blanche l'a approchée et elles ont commencé à discuter. Après un moment, cette étudiante lui a demandé d'où elle vient. Lola lui indique qu'elle est née en Haïti, où l'interlocutrice lui a répondu : « Ah! Mais t'es vraiment moins sauvage que les autres ».

Jade, 33 ans, s'est fait toucher les cheveux sans son consentement par la directrice blanche de son emploi : « Je suis pas un animal. Tu viens pas me toucher comme ça, je me sentais mal à l'aise ». Maya, 39 ans, explique qu'il est courant de ne pas se faire accueillir dans un magasin par les employé·es, mais aussitôt qu'une personne blanche entre, « là c'est bonjour, comment ça va, blah blah blah ». Ines, 45 ans, vit une situation similaire, mais c'est elle qui est à l'accueil. Lorsqu'elle est attitrée à l'accueil de son emploi, les client·es qui entrent l'ignorent complètement et préfèrent parler à d'autres employé·es, même si Ines est généralement la plus compétente de l'endroit. Pendant les entrevues, plusieurs autres situations ont été relevées. Ces situations peuvent toutes s'inscrire parmi les catégories de microagression qui ont été énoncées plus haut.

Pour continuer, les blagues racistes sont une forme de microagressions qui ont été mentionnées plusieurs fois durant les entrevues. Parce qu'elle est réalisée sous la forme d'une blague, la personne qui commet la microagression pense qu'elle peut se défaire de toute responsabilité. Selon Bourdieu, l'humour peut renforcer les hiérarchies sociales sous la forme d'une violence symbolique. Concernant le contexte de la discrimination raciale, cette forme de violence discrète est « un moyen de verbaliser, de reproduire et de renforcer des relations et des inégalités sociales existantes » (Franczek 2018, 17).

Certaines autrices et auteurs vont indiquer que les blagues et les plaisanteries racistes sont des formes de racisme dissimulées et subtiles qui peuvent s'avérer aussi déconcertantes que les insultes racistes directes. En effet, les victimes de ces blagues ne peuvent que difficilement se défendre ou intervenir, puisqu'il est compliqué de prouver une intention raciste derrière une blague (Garneau et Giraudo-Baujeu 2018; T. Williams 2020). Le racisme est ainsi « banalisé par la blague » (Hamisultane 2020, 173) et très difficile à débattre, car les personnes qui commettent ce type de microagression peuvent toujours se déresponsabiliser en affirmant qu'il s'agit simplement d'une blague.

Aya a rapporté deux situations de ce genre, qu'elle qualifie de « blagues pas drôles ». Le lendemain de l'Halloween, en 2015, l'une de ses collègues blanches raconte que la soirée d'avant, elle a vu trois personnes noires se promener avec des enfants et qu'elles n'étaient pas déguisées. Une autre personne rétorque « Ah, mais non, ils étaient déguisés en Ebola, Malaria pis Sida ». Aya raconte que l'autre collègue s'est mise à rire. Alors qu'Aya indique que ce n'est pas drôle du tout, la collègue réplique qu'elle n'est pas raciste, car elle a déjà été en couple avec un homme noir. Le blâme est donc mis sur la victime, puisque celle-ci est considérée comme trop susceptible (Maynard 2018). Dans une autre situation, elle travaille pour un organisme et elle est la seule personne noire ou racisée du groupe. Lors d'une réunion, la directrice émet un discours dans lequel elle indique qu'elle aime tous ses employé·es et qu'elle les considère comme ses enfants. Un employé pointe Aya et répond « Ouais, sauf qu'elle, elle est adoptée! ». Elle raconte qu'elle a senti que sa présence dérangeait et qu'elle n'était pas incluse de la même façon que les autres au groupe.

Lola raconte que plus d'une fois, lorsque les lumières étaient éteintes dans une salle de classe, des élèves s'exclamaient qu'on ne pouvait plus la voir. Celle-ci rétorque que ce n'est « pas drôle, c'est

pas original. » Éva, 45 ans, explique que son mari fait souvent des blagues à son égard. Son mari est blanc, et lorsqu'elle s'emporte en parlant de racisme et de discrimination : « là mon mari dit, « je le vois hein, t'es en train de dire que t'as vécu ça parce que t'es noire, hein c'est ça? » ». Ces blagues vont perpétuer ou accentuer les relations de pouvoir dans la mesure où la personne noire ou racisée se voit contrainte au silence, tout en comprenant que sa présence n'est pas valorisée.

À travers le concept de racisme interpersonnel, l'on retrouve aussi le préjugé racial, qui peut être à la base de microagression. Le préjugé racial, selon Kelly Miller, sociologue noir, serait la raison principale de la ségrégation raciale. En effet, le préjugé racial est devenu un fait social qui permet d'entretenir l'animosité, le plus souvent, des populations blanches envers les populations noires. Aujourd'hui, bien que le préjugé soit perçu comme un sentiment infondé et déraisonnable, il est toujours « [ancré] dans la conscience individuelle et collective » (Martin-Breteau 2019, 72). C'est une forme de jugement hâtif qui ne se fonde sur aucune base réelle et qui peut conduire à la peur, à l'hostilité et à des comportements agressifs (*Ibid.*). Fanon expose deux des préjugés raciaux les plus importants. Le premier est l'idée préconçue d'une intelligence inférieure. Dans son texte de 1952, Fanon indique ses observations où les personnes blanches s'adressent aux personnes noires comme un adulte s'adresse à un enfant. L'imaginaire collectif blanc tient pour acquis que les personnes noires sont moins intelligentes, et qu'il faut donc leur adresser la parole de façon différente. Le deuxième est l'idée d'un bagage culturel moins prestigieux qu'un bagage culturel occidental et blanc :

Je rencontre un Allemand ou un Russe parlant mal le français. Par gestes, j'essaie de lui donner le renseignement qu'il réclame, mais ce faisant je n'ai garde d'oublier qu'il a une langue propre, un pays, et qu'il est peut-être avocat ou ingénieur dans sa culture. En tout cas, il est étranger à mon groupe, et ses normes doivent être différentes. Dans le cas du Noir, rien de pareil. Il n'a pas de culture, pas de civilisation, pas ce « long passé d'histoire ». (Fanon 1952, 31)

Encore aujourd'hui, comme nous avons pu le constater à travers les expériences des participantes, les personnes blanches s'adressent toujours de façon différente aux personnes noires et peuvent tenir pour acquises plusieurs idées dégradantes sur leur bagage culturel. Par exemple, Flora, 22 ans, raconte que la superviseuse de son premier stage avait explicitement indiqué qu'elle avait des doutes sur ses capacités: « Parce qu'elle pensait que j'étais d'une autre culture, que j'allais avoir beaucoup de difficultés à être efficace et compétente dans mon travail ». À la fin du stage, la

superviseure était très impressionnée du travail de Flora; ses préjugés se sont avérés totalement faux.

Toutes les expériences énoncées sont des situations qui ont pu générer un grand stress chez les participantes. Que ce soient des insultes, des préjugés ou des blagues, les participantes ont généralement rapporté que ces événements leur permettaient de ressentir les relations de pouvoirs en place. L'omniprésence du racisme, sous la forme systémique ou interpersonnelle, engendre une situation de stress constante, pouvant entraîner des conséquences énormes sur la santé.

## **5.5 Impacts sur la santé**

Le racisme a des impacts multiples sur la santé, directs et indirects, et ces impacts peuvent être notés dans le temps. Notamment, Dr Sims, considéré comme le père de la gynécologie moderne, a utilisé le corps des femmes noires pour ses propres gains. Durant le 19<sup>e</sup> siècle, celui-ci a expérimenté et développé des instruments et des savoir-faire à l'aide du corps des femmes esclavagisées, généralement sans aucune forme d'anesthésie et sans aucune forme de consentement (Landry 2019). La croyance était que les personnes noires ne ressentaient pas la douleur comme les personnes blanches, ce qui permettait de justifier plusieurs méthodes cruelles durant la période esclavagiste. Cette croyance affecte toujours la médecine actuelle. Selon une étude réalisée aux États-Unis, plusieurs femmes noires expliquent comment le personnel soignant des hôpitaux n'a pas pris leurs douleurs au sérieux. Ce manque de considération et d'empathie de la part des médecins et infirmières est un phénomène qui a été relevé chez des patient·es ayant des problèmes de santé divers. Les futures mamans noires sont particulièrement affectées par cette négligence, tout comme les personnes noires atteintes d'une appendicite ou encore d'un cancer peuvent l'être. Elles vont se faire ignorer, ne se feront pas donner toutes les informations nécessaires à un soin, et vont se faire questionner sur la réalité de leur douleur (Martin et Montagne 2017).

De plus, lorsque les femmes noires défendent leurs droits ou essaient d'exprimer leur inconfort, elles sont immédiatement considérées comme des patientes problématiques (*Ibid.*). Une étude réalisée en Nouvelle-Écosse portant sur l'accouchement des femmes noires vers la fin des années 1990 démontre que ces dernières vivent beaucoup plus de mauvais traitements que les femmes

blanches. « Si des complications survenaient durant la grossesse ou l'accouchement, les femmes Noires étaient souvent blâmées pour ce qui leur arrivait sans que le corps médical ne prenne en compte les facteurs environnementaux et sociaux dans lesquels elles vivaient. » (Novello-Vautour 2021, 12).

Selon Novello-Vautour, si l'histoire des femmes noires au Canada est très peu documentée, la question de la santé l'est encore moins. Comme nous l'avons vu précédemment, la question de l'histoire des personnes noires est souvent rayée du curriculum dans les écoles et dans la population en général. De la même façon, l'histoire des femmes noires n'a pas été prise en compte dans l'histoire des femmes blanches au Canada. Ainsi, encore aujourd'hui, la question de la santé des femmes noires n'est pas une priorité (2021).

Cette maltraitance va donc générer un stress important qui va accompagner les femmes dans toutes leurs visites médicales. Cette situation peut affecter les femmes noires, peu importe leur statut socioéconomique. En effet, les femmes noires ayant des études supérieures ou étant assez aisées financièrement peuvent aussi vivre ces mauvais traitements. Si certains membres du personnel médical changent d'attitude lorsque la patiente révèle son statut socioéconomique considéré comme supérieur, le stress résultant de ces interactions n'en diminue pas. Les femmes noires doivent constamment tenter de prouver qu'elles ont le droit au respect (*Ibid.*). Notons que les femmes noires qui n'ont pas d'éducation supérieure ou encore qui ne sont pas aisées financièrement ont aussi le droit à des soins de santé de qualité (Vissandjée *et al.* 2013).

De la même façon, les microagressions affectent aussi la santé. Selon T. Williams, la littérature sur le sujet évoque un lien concluant entre les discriminations quotidiennes et une détérioration de la santé mentale et physique (2020). Le stress, la dépression, le trouble du stress post-traumatique, une faible estime de soi, un trouble obsessionnel compulsif, l'abus de substance illicite, l'alcoolisme, une grande détresse psychologique ainsi que le suicide sont des conséquences possibles de discriminations quotidiennes, de racisme interpersonnel et de microagressions. Les réactions possibles à ces types de situations peuvent varier selon la personne, mais résultent généralement en sentiments de confusion, de rage, d'anxiété, de sentiment d'impuissance, de peur et de paranoïa (*Ibid.*; Dryden et Nnorom 2021).

Le sentiment d'exclusion et de marginalisation peut aussi grandement affecter la santé mentale. Une étude réalisée par A. Tortelli *et al.* en 2009 établit un lien entre les psychoses et la schizophrénie avec la marginalisation vécue par les personnes racisées. En effet, dans plusieurs pays européens tels qu'au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Allemagne, en Suède, au Danemark et en Belgique, les taux de schizophrénie sont considérablement plus haut pour la population noire que dans la population blanche. Les taux peuvent être 1,8 fois plus élevés chez les populations migrantes. Toutefois, la migration n'est pas la cause de ces taux plus élevés, car les taux de psychoses et de schizophrénie sont encore plus haut chez la deuxième génération : l'on parle d'un taux 4,5 fois plus élevé pour celle-ci que dans la population blanche. La situation familiale, la génétique et la migration sélective ne peuvent pas expliquer les écarts marquants de ces taux. En bref, ce serait la marginalisation et l'exclusion qui causeraient ces taux alarmants de psychoses et schizophrénie (A. Tortelli *et al.* 2009).

Du côté de la santé physique, le stress chronique peut conduire à des problèmes de santé importants, tels que l'hypertension, des problèmes cardiovasculaires et un système immunitaire plus faible. Il est donc nécessaire de comprendre les effets du racisme sur la santé comme étant directs et indirects, car ces effets ne proviennent pas d'une réponse individuelle ou génétique chez certaines personnes; il s'agit d'effets connus et documentés (T. Williams; Dryden et Nnorom 2021).

Le racisme crée un cercle vicieux où les conséquences s'entrecroisent. Léa, 34 ans, affirme qu'il ne faut pas regarder bien loin pour voir les effets du racisme sur la santé et comme cause de mort : « On peut regarder ce qui est arrivé à Joliette avec la femme autochtone<sup>45</sup>. J'aurais pu vivre le même type de situation. Quand tu travailles dans le domaine de la santé, tu peux pas décider de qui tu prends soin, tu prends soin de tout le monde. »

Une infirmière d'Aide Naissance affirme que l'accès aux soins de santé est définitivement plus difficile pour certaines femmes, et l'accès est généralement plus difficile selon le statut socioéconomique de celles-ci. Elle remarque que le temps nécessaire pour obtenir un suivi auprès des autres institutions de soins de santé est toujours plus long pour les femmes ayant un statut précaire. La médecin de famille du même organisme ajoute qu'elle remarque que les femmes

---

<sup>45</sup> La participante fait référence à la mort de Joyce Echaquan.

haïtiennes ne sont pas traitées comme les autres en système de soins de santé. Elles font face à des délais plus longs, elles ne sont pas toujours référées à la bonne place, les résultats de laboratoire sont souvent mal identifiés et ne sont pas reçus par l'organisme dans les temps. Selon cette médecin, ces genres de situations sont définitivement plus fréquentes lorsque les patientes sont Haïtiennes.

De façon encore plus directe, la brutalité policière envers les personnes noires peut entraîner des blessures physiques graves et même la mort. À la suite du meurtre de George Floyd, plusieurs unités de santé publique du Canada, notamment le conseil de santé de Toronto, proclament que le racisme systémique cause une crise de santé publique. Le stress omniprésent qu'occasionne la surveillance et le harcèlement policier entre dans les conséquences perçues sur la santé mentale et physique des personnes noires (Dryden et Nnorom 2021; Pierre 2021; Maynard 2018).

En bref, les inégalités, iniquités, discriminations, exclusions et barrières existent donc à tous les niveaux et ont des conséquences énormes sur la santé tant physique que mentale, ainsi que sur l'accès aux soins de santé. Tous ces éléments peuvent être aggravés lorsque de multiples caractéristiques se croisent. En effet, les femmes noires vont simultanément vivre des inégalités de genre, en plus des inégalités reliées à leur couleur de peau.

## **5.6 Question de genre**

L'enjeu du racisme est encore plus complexe pour les femmes noires, car la misogynie est intrinsèque au racisme que vivent ces dernières. Les deux caractéristiques, soit d'être femme et d'être noire, ne font pas que s'accumuler. Ces caractéristiques créent une situation singulière qui ne peut être comparée à d'autres formes d'oppression. Tel que l'indique bell hooks, les femmes noires ont longtemps été marginalisées dans les luttes pour leurs droits. Elles devaient choisir entre lutter contre les discriminations raciales ou contre les discriminations sexistes. On ne leur permettait pas de lutter pour les deux en même temps (2015). Le féminisme intersectionnel permet de prendre en compte toutes les caractéristiques qui peuvent exposer les individus à des discriminations.

D'ailleurs, la Misogynoir est un terme développé par Moya Bailey, universitaire noire, féministe et queer. Ce terme permet de définir plus précisément les formes de discriminations vécues par les



femmes noires, car il s'agit d'une misogynie vécue spécifiquement par ces femmes, fusionnée au racisme antinoir·es auquel elles font face (Melyon-Reinette 2018; Maynard 2018). Il est donc important de souligner comment les facteurs d'oppressions sont particulier à cette population, et que d'autres caractéristiques peuvent entrer en jeu et agir simultanément, telles que la classe, l'orientation sexuelle ou les handicaps, par exemple.

Par exemple, Maynard relève le procès de Jonathan George, un homme noir, qui aurait été accusé et condamné à la pendaison en 1867 pour une agression sexuelle contre Hannah Brown, une femme noire. Suite à cette condamnation, une pétition circule parmi l'élite blanche afin de revendiquer un allègement de la sentence. La pétition ne signalait pas que le jugement était incorrect, mais plutôt qu'il était injuste. En effet, le viol d'une femme noire n'était pas perçu comme crime d'importance (Maynard 2021). Rappelons que dans ces années, si un homme noir posait son regard sur une femme blanche, celle-ci, à la suite d'un seul signalement, pouvait réunir un quartier et le mettre à la poursuite de cet homme pour le lyncher (Laferrière 2021). Par ailleurs, les agressions sexuelles réalisées par les hommes blancs envers toutes les femmes ne causaient pas de polémique comme celle du procès de George. Le viol était donc un instrument de justification de l'oppression et de surveillance des hommes noirs; et les femmes noires n'avaient, en soi, aucune valeur dans ce contexte (Maynard 2018).

Pour entretenir ce manque de considération pour la valeur des femmes noires, plusieurs mythes ont vu le jour à travers le temps afin de les catégoriser. Le mythe du matriarcat noir a été très dommageable pour l'image des femmes noires, car elles ont été catégorisées comme étant masculines, agressives et autoritaires. Leur force physique, développée généralement par le travail acharné qui leur était imposé lors de l'esclavagisme, a été caractérisée d'inhumaine et sauvage. Leur sexualité a aussi été déshumanisée, jusqu'à ce que l'imaginaire populaire perçoive les femmes noires comme des bêtes (Maynard 2018). Rappelons que Lola s'est fait dire par une autre étudiante qu'elle semblait moins sauvage que « les autres ».

Tous les stéréotypes auxquels les femmes noires font face trouvent leurs racines « dans la mythologie misogyne », qui peut être comprise à travers le concept de la misogynie. Tel que l'indique hooks, les stéréotypes sont si forts dans l'imaginaire collectif que plusieurs ont de la difficulté à percevoir les femmes noires comme des personnes dignes de droits. Cette dévalorisation affecte grandement la perception de soi de plusieurs femmes noires (hooks 2015),

et ce, toujours aujourd'hui. Elsa, 25 ans, exprime comment ces stéréotypes l'affectent quotidiennement dans ses interactions sociales. Elle modifie ses comportements en conséquence, afin d'éviter de se faire catégoriser selon l'un de ces stéréotypes:

La manière que je suis traitée, je sais que je suis traitée en tant que femme noire qui est dans la société. Je crois qu'il y a beaucoup de préjugés dont on essaie de se défaire, ce qui fait en sorte qu'on va agir d'une certaine manière. Mais c'est pas nécessairement parce que quelqu'un m'a traité de cette façon-là; mais c'est parce que je sais qu'il y a le risque qu'on me traite de cette manière-là, donc j'ai agi d'une certaine manière.

Plusieurs stéréotypes et mythes persistent toujours aujourd'hui. L'image caricaturale de la femme noire autoritaire, bruyante, grossière et presque primitive est toujours présente dans l'imaginaire populaire, perpétuant ainsi une forme de marginalisation. Dans plusieurs contextes, peu importe le comportement de ces femmes, elles pourront être perçues comme arrogantes et se faire sanctionner pour ces comportements imaginés (Katata 2021).

Pierre rapporte que les jeunes filles noires sont constamment surveillées. On leur applique les stéréotypes mentionnés plus haut très tôt dans leurs vies, où leur simple existence peut rapidement être considérée comme inappropriée. Leurs corps, leurs cheveux ou leurs vêtements sont l'objet d'une surveillance constante, de sanctions et de corrections (2021). Par exemple, une jeune fille noire de 12 ans s'est violemment fait expulser d'un autobus à Montréal par des policiers parce qu'elle aurait été arrogante alors qu'elle posait une question au chauffeur (Maynard 2018). Zoé, 22 ans, raconte que lorsqu'elle travaillait comme vendeuse dans un milieu majoritairement masculin, tous ses collègues s'attendaient d'elle à ce qu'elle passe le balai ou encore qu'elle replace les accessoires dans le magasin. Elle explique qu'il est arrivé plusieurs fois que certains clients demandent plutôt à discuter avec un homme. Anna, 28 ans, raconte qu'elle a vécu du harcèlement au sein de l'un de ses emplois. L'homme était très insistant et l'a même suivi jusqu'à chez elle. Elle a porté plainte à ses supérieurs, mais il n'y a eu aucun suivi ou sanction.

Il est important de comprendre que toutes les expériences qui ont été rapportées dans ce chapitre sont attribuables tant à la couleur de peau qu'au genre. En effet, la situation des participantes crée un tout, unique à chacune, où les oppressions transcendent les caractéristiques individuelles (Labrecque 2018). Contrairement aux hommes noirs qui profitent du patriarcat et des femmes

blanches qui profitent de la suprématie blanche, les femmes noires ne profitent d'aucun privilège au sein du système actuel (Maynard 2018).

## **Conclusion**

Toutes les formes de racisme vécues par les personnes noires ont d'importants impacts sur toutes les sphères de leurs vies. Elles se traduisent généralement par des inégalités sociales et des barrières qui ont été mises en place lors de la période esclavagiste. Afin de justifier la colonisation et l'esclavagisme, la théorie raciale de la classification des êtres humains a été développée par les scientifiques blancs. Cette théorie est depuis longtemps démentie, mais ses conséquences sont toujours à l'œuvre aujourd'hui. En effet, de nombreux préjugés raciaux toujours enracinés dans la conscience collective proviennent de cette théorie.

La présence de l'esclavagisme au Canada a eu de nombreuses répercussions sur les rapports de pouvoirs actuels, où ceux-ci sont ancrés dans les institutions canadiennes. Le racisme systémique impose toujours des barrières à l'emploi, à l'éducation et au logement, pour ne nommer que celles-ci. Le racisme interpersonnel est toujours présent dans la société actuelle sous plusieurs formes. Le préjugé racial, les blagues racistes et les microagressions sont des interactions qui renforcent les rapports de pouvoir en place, créant un environnement hostile pour les personnes noires. Ces interactions peuvent entraîner de grandes situations de stress et de détresse, causant des conséquences sur la santé physique et mentale.

Ce chapitre s'intéresse particulièrement au concept du racisme, mais prend aussi en compte que toutes les situations relevées par les participantes doivent être analysées à l'aide des rapports de pouvoirs genrés. De nombreux stéréotypes et mythes envers les femmes noires ont vu le jour lors de l'esclavagisme, affectant toujours celles-ci à plusieurs niveaux et en les plaçant dans une position singulière. Cette position peut les mettre à risques de violences spécifiques, et les mettre très sûrement particulièrement à risque de violences obstétricales.

# Chapitre 6 : Surveillance et les violences obstétricales

## Introduction

Les liens entre le racisme et la santé reproductive s'articulent, entre autres, par la surveillance accrue de l'État. Rappelons que la justice reproductive réunit trois piliers principaux. Le premier, soit le contrôle de sa fertilité, a été discuté sous la section des méthodes de contraception. Le deuxième et le troisième, soit le droit d'avoir des enfants et de les élever dans la dignité, seront discutés dans ce chapitre.

Le racisme systémique et la surveillance constante de l'État vont entraîner plusieurs conséquences. Parmi celles-ci, l'on retrouve la criminalisation des personnes noires, menant à une pression constante et des ajustements de comportements. Si les personnes noires, en particulier les femmes noires, ne procèdent pas à ces modifications de comportements, les conséquences peuvent être aussi graves que de se faire retirer leurs enfants par le système de protection de la jeunesse. Dans plusieurs cas, l'enlèvement de ces enfants s'effectue sur des bases racistes, et non pas sur des besoins réels (Maynard 2018).

Autrement, en périnatalité, cette surveillance affecte aussi grandement les femmes noires. Elles font face à plus de mauvais traitements en soins de santé et plusieurs éléments portent à croire qu'elles subissent plus d'interventions inutiles. Contrairement à la maternité des femmes blanches, la maternité des femmes noires est souvent perçue comme nocive, car elle est une menace à la suprématie blanche<sup>46</sup>. Pour tenter de contraindre ce phénomène, la population dominante va exercer un contrôle de population en stérilisant les populations marginalisées. Ces stérilisations vont être forcées, soit parce que les femmes vont être contraintes à l'accepter, ou encore la procédure sera réalisée sans que les femmes ne soient mises au courant.

## 6.1 Surveillance et pression constante

Comme nous l'avons vu dans le précédent chapitre, toutes les formes de racisme ainsi que la surveillance d'État ont des impacts énormes sur la santé des personnes noires. Afin d'entamer cette section sur les violences obstétricales, il est nécessaire d'approfondir davantage la question de la

---

<sup>46</sup> Par exemple, le cas *Baker c. Canada* démontre bien comment la maternité noire peut être perçue de façon négative. Ce cas sera approfondi à la page 129.

surveillance. Le contrôle des populations noires s'est modifié à travers le temps. Alors que le contrôle des corps était réalisé par l'entremise de l'esclavagisme pendant plus de deux siècles, la population dominante a transformé ce contrôle à la suite de l'abolition de l'esclavagisme en 1834. Ce contrôle s'est donc rapidement instauré à travers le système de justice pénale du Canada (Maynard 2018).

La police, les prisons, mais aussi les tribunaux et les commissions de libération conditionnelle jouant un rôle croissant dans l'encadrement des populations noires du Canada, tenues ici, comme partout ailleurs, pour inutiles et jetables. Les noirs sont soumis à une surveillance policière si étroite qu'ils peinent à exister dans l'espace public. (*Ibid.*, 115)

Cette surveillance est donc toujours existante, mais prend maintenant des formes différentes (Laferrière 2021). Léa raconte que dans le cadre de son emploi comme préposée aux bénéficiaires, ses collègues blanc·hes lui donnent des ordres alors que celles-ci sont au même niveau qu'elle. Tel qu'il a été mentionné plus tôt, elle indique : « T'es toujours sous surveillance, c'est comme l'histoire du maître et de l'esclave. » L'image forte de la comparaison de Léa démontre comment cette surveillance est perçue par celle-ci. Bien que les formes de surveillance soient différentes, elles restent toujours bien similaires à la surveillance pratiquée pendant la période esclavagiste.

Tel que nous l'avons énoncé, l'association entre personnes noires, crime et danger remonte aussi à cette période. Cette association s'est bien ancrée dans l'imaginaire collectif nord-américain, ce qui permet de justifier cette surveillance accrue, sans qu'aucune preuve n'appuie cette association (Maynard 2018). Bien que les taux de crimes soient très similaires chez toutes populations, les taux d'incarcération sont énormes chez les personnes noires, majoritairement à cause de cette surveillance injustifiée. En effet, cette surveillance accrue permettrait d'expliquer jusqu'à 60% la surreprésentation des personnes noires dans le système de justice pénale (*Ibid.*; Pierre et Bosset 2021; Guay 2020). Nina, 24 ans, raconte que lors d'une fête avec plusieurs invités, une jeune fille noire a été la seule à se faire arrêter lorsque la police est intervenue. Elle indique qu'ils ont tout fait pour trouver une raison de l'incarcérer, mais faute de motifs, ils ont dû la relâcher.

Elle aussi elle a vraiment une conduite irréprochable si je peux dire. Je peux même pas dire qu'elle était pas au bon endroit au bon moment, pour être honnête, parce que c'était une fête et n'importe quel jeune aurait pu faire une fête, puis la police débarque, puis ça n'aurait pas été comme ça.

Zoé, 22 ans, a vécu un autre type d'intervention. Elle conduisait sa voiture et était à un feu rouge, quand deux policiers dans leur voiture sont venus se placer à côté d'elle. La police du côté passager, de sa voiture, demande à Zoé de descendre sa vitre. Elle refuse, car elle considère que si les policiers veulent l'arrêter, ils ne doivent pas le faire à un feu rouge, puisque cela pourrait entraîner une situation dangereuse. Le policier du côté passager descend de la voiture de police, toujours devant la lumière rouge, et vient ouvrir la porte de la voiture de Zoé, côté conducteur. Elle a eu très peur. Après une brève observation de l'intérieur de l'auto, le policier ferme la porte et est retourné à sa voiture. Zoé a pu continuer son chemin. Elle pense qu'il regardait pour voir si elle était sur son téléphone cellulaire, ce qui n'était pas le cas.

Ça, c'était vraiment dangereux. J'ai pas fait de plainte, mais je pense vraiment pas que ça, ça fait partie de leur manœuvre. Je pense pas qu'ils ont le droit de faire ça, j'avais rien, j'étais juste dans mon véhicule, j'ai pas voulu descendre ma fenêtre parce que... arrêtez-moi normalement!

La majorité des participantes ont une histoire en lien avec une arrestation de ce genre, que l'histoire leur soit arrivée à elle-même ou à un proche. La plupart du temps, les policiers vont seulement vérifier des papiers.

### **6.1.1 Ajustement de comportements**

Pour pallier à cette surveillance et à ce contrôle constant, les femmes noires auront tendance à modifier leurs comportements et apparence pour sembler plus « convenable » selon les normes instaurées par le patriarcat et la suprématie blanche. Elles vont modifier leurs habillements, leur langage et leurs cheveux (St. Clair 2020). 13 participantes sur 16 affirment qu'elles ressentent une forte pression d'être constamment au meilleur d'elles-mêmes, par peur de représailles si elles ne font « pas assez d'effort ». Cette pression peut provenir de l'État et des personnes blanches, des membres de leur communauté, de leur famille ou encore d'elles-mêmes. Plusieurs indiquent que si elles font une erreur, aussi minime soit-elle, les conséquences peuvent être extrêmement dommageables; pas juste pour elles-mêmes, mais pour l'ensemble de leur communauté : « À l'intérieur de cette politique de la représentation, la subjectivité noire existe d'abord comme un signifiant sociopolitique – et non comme un marqueur de l'individualité humaine d'une personne noire » (Quashie 2018, 148). En effet, les personnes noires et racisées se font souvent refuser leur

individualité. Par exemple, Lana, 29 ans, explique comment elle ressent représenter toute sa communauté, et pas seulement elle-même, au sein d'un emploi :

Quand tu travailles quelque part, c'est comme si tu représentes toute ta nation, toute ta race, alors qu'il n'y a pas nécessairement cette pression sur les autres personnes [blanches]. J'ai déjà entendu « On va pas embaucher une Haïtienne parce qu'on a déjà eu une Haïtienne et voilà ce qu'elle avait fait ». OK, mais c'est elle, c'est pas moi. Donc du coup quand c'est à notre tour, quand on est dans une organisation, on essaie de donner le meilleur de soi-même pour qu'on ne ferme pas la porte à un autre compatriote. Et on nous exige plus, pas toujours, mais on nous exige souvent plus d'efforts par rapport à d'autres qui peuvent l'avoir plus facilement. C'est pas pour me plaindre, mais c'est une réalité.

Lisa, 23 ans, exprime aussi qu'une seule erreur au sein d'un emploi pourrait avoir un impact sur le prochain processus de recrutement. Elle indique que cette pression était particulièrement forte à son école secondaire privée. Elle était première de classe et obtenais toujours plusieurs méritas. « Il fallait que je sois bonne pour prouver que je méritais ma place ici dans une école privée, que j'étais à ma place, que j'étais pas une fille du ghetto, des affaires comme ça ».

D'une autre façon, Elsa, 25 ans, explique qu'à chaque fois qu'elle a une entrevue pour un emploi, elle ressent une certaine pression au niveau de la façon dont elle doit se présenter. Elle s'arrange en fonction de comment elle pourrait être perçue par les personnes qui vont réaliser l'entrevue. Elle indique s'être présentée à des entrevues en étant habillée beaucoup trop chic, puisqu'elle souhaitait mettre toutes les chances de son côté afin d'être prise au sérieux. Elle réalise qu'il y a une possibilité qu'elle soit la seule personne noire à se présenter aux entrevues, donc cela lui met une pression supplémentaire. Flora, 22 ans, explique qu'elle tente toujours de se démarquer de façon positive, de peur de se faire rattacher à des stéréotypes négatifs reliés à sa culture.

C'est ce qu'on m'a toujours dit, si t'es dans un endroit public tu agis hyper bien, pour éviter les commentaires comme, « Ah elle est tellement bruyante parce qu'elle est noire » [...]. On me dit, tu fais tout ce que tu peux pour pas avoir des étiquettes qui vont te ruiner, ou qui vont avoir des répercussions négatives sur la communauté ou sur la famille.

Léa, 34 ans, indique qu'elle ressent un stress constant, car la moindre erreur peut être considérée comme « la fin du monde ». Rappelons l'erreur qui a mis fin à son stage, alors que sa collègue de classe n'avait pas été mise en échec. Aya, 30 ans, explique que cette pression l'empêche de vivre ses émotions et sa vie à fond. Elle pense en permanence à l'image qu'elle projette, car il ne s'agit

pas seulement de sa propre image, mais de celle de toute sa communauté en général : « Il faut apprendre à voir le juste milieu, et à se dire dépendamment dans quel endroit tu es, tu t'adaptes rapidement à savoir quelles caractéristiques tu mets de l'avant, [...] le masque change dépendamment de où tu es. » Des faits similaires sont rapportés par Sara, 35 ans, qui relève que cette pression provient particulièrement de sa propre communauté. Elle souhaite seulement être elle-même, mais elle doit constamment donner son « 110% » d'effort, et même cela ne peut être pas suffisant. Elle explique que cela la fatigue, et qu'elle se sent souvent exténuée.

Zoé indique que le fait d'être femme rajoute une surveillance supplémentaire.

Imagine être une femme et en plus être une femme noire, déjà que t'es une femme on va dire des trucs, on va te dire des préjugés. T'es noire, on va te rajouter des préjugés [...]. Quand tu vois un policier passer à côté de toi, tu sais que tout est correct, tu sais que tout est payé, mais tu regardes encore, tu t'assures que tout est bon, parce que ça se peut qu'on va pas juste te donner un ticket, on va te mettre par terre et on va mettre un pied sur ton cou.

Anna, 28 ans, ressent aussi que les pressions proviennent d'être une femme et d'être noire. Elle explique même s'être empêchée de réaliser certains projets personnels, car elle ressentait ne pas être à la hauteur : « Des fois, l'enthousiasme que la personne a de me parler au téléphone est complètement différente une fois qu'elle me voit, même si j'ai les compétences, et même si je suis surqualifiée pour le poste, et on ne me prend quand même pas. » Ines, 45 ans, exprime que le seul temps qu'elle se sent reposée est quand elle est à l'intérieur de sa maison. Dès qu'elle met le pied dehors, la pression remonte. Pendant un certain temps, elle pensait être la seule à ressentir cette pression. Toutefois, lorsqu'elle a commencé à en parler à ses ami·es, elle a réalisé que c'était très répandu au sein de la communauté noire. Il est donc évident que la surveillance constante de la part de l'État, de la population blanche ou encore de leur propre communauté engendre un stress énorme et constant<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> Rappelons que le stress chronique peut entraîner des problèmes cardiovasculaires, de l'hypertension, une diminution de l'efficacité du système immunitaire (T. Williams, 18; Dryden et Nnorom 2021) et que le stress peut mener à certaines problématiques reliées à la grossesse et à la naissance, telles qu'une naissance prématurée ou de naissance de faible poids, entre autres (Bessaïh et Melaku 2017).



### 6.1.2 Criminalisation et protection de l'enfance

Tel qu'il a été mentionné, toutes les participantes ont une histoire en lien avec une arrestation policière. Cette arrestation peut s'être produite directement envers les participantes, ou à un proche. Ainsi, non seulement la surveillance très élevée est vécue et ressentie, mais les conséquences de cette surveillance peuvent être destructrices. Actuellement, en moyenne, le taux d'incarcération des personnes noires au Canada est quatre fois plus élevé que pour les personnes blanches (Guay 2020).

La criminalisation des personnes noires, en l'occurrence des femmes noires, les affecte à plusieurs niveaux. L'un des piliers de la justice reproductive est le droit d'élever ses enfants, et de le faire dans la dignité (Price 2010). Toutefois, le système de protection de la jeunesse est, lui aussi, fondé sur des bases racistes et mêmes eugénistes. Au Canada, le service fédéral de protection de l'enfance voit le jour en 1920, en tant que sous-division du ministère de la Santé. Helen MacMurchy sera à la tête de ce service, alors qu'elle est ouvertement raciste et prône la stérilisation de ce qu'à l'époque on appelait les « faibles d'esprit » (Maynard 2018, 253). Cette catégorie regroupait alors les personnes racisées, les personnes sous le seuil de la pauvreté, les personnes avec des problèmes mentaux, en bref, toutes les personnes qui s'éloignent trop de la Norme. La surveillance accrue à laquelle les femmes noires sont exposées les places donc dans une situation de vulnérabilité face au retrait de leurs enfants, car ce service a des pouvoirs similaires à ceux des forces de l'ordre (*Ibid.*).

En effet, non seulement les femmes noires sont plus visées par le service de protection de l'enfance, elles se font plus souvent dénoncer par des voisins ou des personnes de leur entourage. De plus, on leur fait porter le blâme de leur situation socioéconomique. Comme nous avons pu le constater, la situation socioéconomique des personnes noires au Canada n'est pas une question de responsabilité individuelle. Toutes les institutions et le système actuel ont activement contribué à une racialisation de la pauvreté (*Ibid.*). Notons qu'il existe d'ailleurs le concept de la féminisation de la pauvreté, alors que les iniquités de salaires touchent aussi les femmes blanches. Ainsi, les femmes noires sont donc doublement touchées par la pauvreté (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse 2019). Malgré tout, elles seront tenues responsables de leur manque de moyens, et si elles tentent de se défendre, elles seront perçues comme agressives. Le cas échéant, et le retrait des enfants est presque garanti. Par exemple, au Québec, les familles

haïtiennes seront le plus souvent perçues comme des dossiers prioritaires et les jeunes seront rapidement retirés de leur famille. Ces jeunes auront deux fois moins de chance de retourner dans leurs familles, seront le plus souvent placés en maison de jeunes ou en famille d'accueil et les dossiers seront fréquemment judiciairisés (*Ibid.*; Katata 2021).

Une autre conséquence de cet enlèvement massif d'enfants noirs·es à leurs parents est la précarisation « des liens familiaux et communautaires » (Maynard 2018, 251). Les communautés noires sont fragilisées par ces séparations forcées, et cette déstabilisation les maintient dans une position de subordination face à l'État. De plus, les jeunes placés·es en institution d'État ou en famille d'accueil feront face à des situations de traumatismes, à de l'isolement et à plusieurs situations nuisibles à leur bien-être et à leur développement.

Au regard de l'extrême disproportion des retraits des enfants et adolescent·es noirs·es, le système de protection de la jeunesse doit incontestablement être considéré comme un lieu de violence étatique raciste à l'égard des familles et d'une manière plus générale, des collectivités noires. (Maynard 2018, 251)

Le racisme du système de protection de la jeunesse permet de conclure que l'État considère que les personnes noires et les mères noires ne sont pas en mesure d'élever leurs enfants convenablement. Cette surveillance s'inscrit donc dans la croyance que les personnes noires ont besoin de l'encadrement de la population blanche, dans ce cas-ci, afin d'être en mesure d'élever leurs enfants correctement. Notons premièrement que cette notion est très subjective et deuxièmement, qu'elle permet de renforcer la suprématie blanche (*Ibid.*).

Lisa travaille comme intervenante à la protection de la jeunesse. Tout d'abord, elle indique que travailler dans cet emploi atteint souvent ses valeurs et que parfois, elle se sent les oublier. Elle remarque qu'en centre jeunesse, il y a beaucoup de migrant·es et de jeunes racisé·es. Elle explique que puisque les comportements des parents migrants diffèrent des comportements parentaux des Québécois blancs, leurs enfants leur seront souvent retirés. Alors qu'elle a travaillé dans une unité de délinquance adolescente, elle indique que la majorité des jeunes étaient racisé·es :

Ce sont des enfants qui ne se sentent pas appréciés par la société québécoise, et qui ne se sentent pas à leur place, qui sont en conflits entre une identité parentale et leur identité qu'ils essaient de développer, et une société qui ne les accepte pas nécessairement. Quand ils sont adolescents, on voit beaucoup plus les enfants immigrants à cause de cet enjeu identitaire et culturel. Ils essaient de se trouver,

parce qu'à plusieurs reprises ils ont vécu des choses qui leur rappellent que c'est pas chez eux.

Les enjeux d'identité et de sentiment d'appartenance jouent un rôle important dans le développement des enfants. Ce manque de cohérence et d'appartenance va avoir des conséquences sur ces jeunes, et par le fait même, sur leur communauté en entier. Le système de protection de la jeunesse est une institution raciste qui atteint l'un des piliers de la justice reproductive, soit le droit des femmes d'élever leurs enfants et de le faire dans la dignité. La surveillance accrue à laquelle les femmes noires font face va entraîner d'autres enjeux concernant leur santé reproductive.

## **6.2 Surveillance et violence en périnatalité**

Victime de violences sexuelles et violences reproductives pendant l'ère esclavagiste, la maternité des femmes noires a « été exploitée et utilisée à travers l'histoire comme instrument de contrôle et d'assimilation. » (Novello-Vautour 2021, 1) Alors que la maternité blanche (de classe moyenne) est pratiquement toujours perçue comme positive, la maternité noire peut rapidement être perçue de façon négative. Dans certains cas, la maternité des femmes noires peut même être vue comme une menace : une menace envers la suprématie blanche.

En effet, Maynard rapporte le cas *Baker c. Canada*, en 1999, qui expose bien comment la maternité des femmes noires est exposée comme une « menace pour la sécurité publique » (2018, 245). Mavis Baker travaillait comme domestique depuis son arrivée au Canada. Toutefois, n'étant plus en mesure de travailler après son dernier accouchement, elle demande l'aide sociale, ce qui attire l'œil des services de l'immigration. Ceux-ci veulent la renvoyer chez elle. Baker demande de recevoir sa résidence permanente pour pouvoir s'occuper de ses deux enfants nés ici. Deux autres enfants vivent avec le père, et ses quatre autres enfants vivent dans son pays d'origine, la Jamaïque.

Lors de l'analyse de son cas, l'agent d'immigration attiré à son dossier va porter toute l'attention du cas sur le fait que celle-ci a huit enfants, et qu'elle risque d'être un fardeau pour le Canada pour le restant de ses jours. Il quémante donc un avis d'expulsion. La Cour suprême rejette et invalide ce jugement, car il est considéré comme préjudiciable. Bien que Baker soit parvenue à faire annuler l'avis d'expulsion, l'opinion publique était très favorable à l'expulsion. Vers les années 1960, la Gendarmerie royale du Canada déclarait ouvertement que les femmes noires étaient « prolifiques », où plusieurs préjugés, notamment ceux sur l'hypersexualité des femmes noires, entrent en jeu.

C'est dans cette optique que l'opinion publique allait en ce sens : « On imagine mal qu'une blanche de la classe moyenne mère de nombreux enfants puisse être considérée comme une menace pour le pays ou la société. » (Maynard 2018, 245)

Notons que le terme de menace est très puissant pour simplement parler d'enfants racisé·es. L'opinion publique, en parallèle avec la conscience collective, perçoit la maternité noire comme quelque chose de répréhensible. Cette croyance populaire peut entraîner des mauvais traitements en système de soins de santé envers les femmes noires en période périnatale. Ces mauvais traitements peuvent prendre la forme de violence, que l'on nomme dans ce contexte, des violences obstétricales.

### **6.3 Les violences obstétricales**

Les violences obstétricales sont un enjeu primordial au sein de la santé reproductive. Tout d'abord, ce type de violence est principalement réalisé par l'ensemble du système de soins de santé (par les membres du corps médical ou par son fonctionnement) ou par un·e professionnel·le de façon individuelle. Les violences peuvent se faire ressentir durant toutes les étapes de la périnatalité, soit pendant la grossesse, durant l'accouchement, dans les suivis suivant l'accouchement ou bien durant un avortement (Franeczek 2018).

Les violences obstétricales sont des violences orientées vers un certain genre. Bien que les femmes ne soient pas les seules à donner naissance<sup>48</sup>, elles forment la grande majorité des personnes requérant des soins obstétricaux lorsqu'elles deviennent enceintes. Il s'agit donc d'un type de violence genré encadré par les pratiques patriarcales du système de soins de santé (Bourrelier 2018; Fontaine *et al.* 2019; Grenier 2019). Rappelons que la pathologisation du corps des femmes s'explique par ses différences avec le corps des hommes, établie comme la Norme (Jewkes et Penn-Kekana 2015; Gagnon 2017). Par le fait même, des stéréotypes sexistes, le harcèlement sexuel, le non-respect des choix personnels et des violences sexistes peuvent mener à des formes de violences obstétricales.

---

<sup>48</sup> Tel qu'indiqué à la section 1.3.3, les personnes non binaires et les hommes transgenres ayant un utérus peuvent donner naissance.

Par exemple, les professionnel·les de la santé peuvent considérer les femmes comme étant trop émotives, irrationnelles et manquant d'objectivité pour prendre toutes formes de décisions qui les concernent en termes de soins. La primauté du savoir médical dévalorise les expériences individuelles et subjectives des femmes et affecte grandement leur vécu en système de soins de santé. Puisque les violences obstétricales ne sont pas reconnues par l'État, les perpétrateur·trices de ces violences feront rarement l'objet de réprimande, réduisant le pouvoir d'agir des victimes, tout en normalisant les comportements. Plusieurs femmes sont alors réduites au silence et n'osent pas porter plainte (Bourrelier 2018; Fontaine *et al.* 2019; Grenier 2019; Labrecque 2018; Fonquerne 2020).

Les violences obstétricales peuvent être réalisées sous la forme de violence verbale, physique ou sexuelle. Parmi ces formes de violences, l'on retrouve aussi la pratique d'intervention non justifiée, engendrée par la médicalisation des soins obstétricaux. Elles peuvent aussi se traduire par de la négligence dans les soins, un manque d'empathie de la part du personnel de soins de santé envers les patientes et leurs douleurs, de la discrimination ou encore de la coercition. Les violences obstétricales constituent une violation des droits de la personne et « peut avoir pour conséquence une atteinte à l'intégrité physique et/ ou psychique des femmes. » (Franeczek 2018, 9) Le gouvernement du Québec et ses institutions de soins de santé peinent à reconnaître l'existence de ces violences. Ainsi, très peu de données sont recueillies au Canada concernant ce type de violence, encore moins envers les personnes racisées. Malgré tout, les multiples déclarations et témoignages existants démontrent qu'elles existent et sont répandues à travers le pays (*Ibid.*; Landry 2019).

Les violences obstétricales peuvent entraîner des conséquences directes sur le corps physique, soit par la mutilation du corps lors de césariennes superflues, par des points de suture excessifs suite à l'accouchement (appelé au Québec le « point du mari ») et par toutes les procédures abusives réalisées sans le consentement libre et éclairé de la patiente. D'un autre côté, la déshumanisation entraînée par ces violences a des répercussions considérables sur la santé mentale des victimes (Novello-Vautour 2021; Fontaine *et al.* 2019). Parmi les conséquences recensées, l'on recueille « la présence d'un stress post-traumatique, d'une perte d'estime de soi, du développement de troubles dépressifs ou anxieux, de difficultés à développer un lien avec le nouveau-né et d'une perte de confiance envers le corps médical après l'accouchement » (Novello-Vautour 2021, 7). Dans ce contexte, la déshumanisation se traduit par le manque de considération pour la patiente,

pour sa dignité et ses choix, et par le manque de sensibilité et de reconnaissance des émotions, craintes et douleurs de celle-ci (*Ibid.*).

Cette déshumanisation est le produit d'un système de santé surchargé où les membres du personnel de soins de santé doivent établir certaines barrières entre eux-mêmes et les patient·es afin de maintenir une forme d'objectivité. Aussi, ces barrières leur permettent de se protéger de la charge mentale qui entoure le travail en soins de santé. Bien que ces barrières et leurs mises en place soient compréhensibles, la déshumanisation qui en découle entraîne une désindividualisation qui réduit les personnes à « leur sexe, leur race, leur pathologie, etc. » (Novello-Vautour 2021, 54). En omettant les particularités de chaque personne, des complications peuvent surgir et affecter tant la patiente que son enfant. Cette déshumanisation peut donc avoir de grands impacts sur la santé reproductive de la patiente (*Ibid.*).

À partir de toutes les informations qui ont été recueillies jusqu'à présent, il est possible d'émettre l'hypothèse que les femmes noires seraient plus à risque de vivre des violences obstétricales. Tout au long des chapitres précédents de ce mémoire, il est possible d'observer que le racisme aurait des effets considérables sur la santé reproductive. Comme l'indique Novello-Vautour, il subsiste toujours de grandes disparités entre la santé, l'accès aux soins de santé, ainsi que les soins reliés à l'obstétrique entre les personnes blanches, autochtones et noires. De plus, de nombreuses études<sup>49</sup> évoquent la possibilité de traitements inadéquats et de violences particulières envers ces deux derniers groupes de personnes. Bien que les violences obstétricales puissent affecter toutes les femmes et toutes les personnes pouvant donner naissance (2021), les violences auxquelles les femmes racisées font face sont spécifiques à leurs caractéristiques.

La surveillance accrue à laquelle font face les femmes est justifiée en système de soins de santé en raison du nombre élevé de risques possibles lors de la périnatalité (Grenier 2019). Si très peu de documentation existe à propos des violences obstétricales et à propos de la surveillance en ce milieu concernant les femmes noires, il est possible de croire que ces phénomènes sont exacerbés chez cette population. Léa, 34 ans, nous raconte qu'à la suite de son premier accouchement au Québec, elle a ressenti que les infirmières s'occupaient particulièrement des autres nouvelles mères en comparaison à elle-même. À la suite de son accouchement, elles étaient quatre nouvelles mères

---

<sup>49</sup> « Mitchell & Herbert, 2014; Patychuk, 2011; Enang, 1999; Clarke, 2021; Stote, 2015; Ryan, Ali & Shawana, 2021 » (Novello-Vautour 2021, 1)

dans une chambre à l'hôpital. Léa était la seule femme noire, les autres étaient blanches. Lorsqu'elle sonnait la sonnette pour appeler les infirmières, les délais étaient très longs, pouvant atteindre facilement les 30 minutes. Léa précise que lorsque les autres mamans sonnaient, elles recevaient des soins dans les dix minutes. Lorsqu'elle a demandé aux infirmières pourquoi elle devait attendre aussi longtemps, celles-ci répondaient qu'elles étaient très occupées. Léa savait qu'elle passait en dernier à cause de sa couleur de peau. Cette forme d'invisibilisation est un mauvais traitement qui pourrait être qualifié de violence obstétricale (Landry 2019). En effet, la situation semblait avoir laissé de grandes répercussions sur la santé mentale de Léa. Si quelque chose de grave était arrivé à son nouveau-né, les conséquences auraient pu être désastreuses.

Il serait possible de dire qu'Ines aurait vécu une forme de violence obstétricale lors des suivis de périnatalité avec le médecin « farfelu ». Elle déclarait que les suivis pouvaient être assez stressants puisque les sautes d'humeur du médecin étaient imprévisibles. Rappelons que celui-ci a été radié pour attouchements peu après les suivis d'Ines. Toutefois, celle-ci a indiqué qu'elle n'avait pas vécu de violences sexuelles lors de ces suivis.

Aya raconte quant à elle l'histoire de l'une de ses amies haïtiennes qui était enceinte. À la suite de plusieurs complications, elle a dû se faire avorter, ce qui l'a affecté énormément. Aya indique que son amie est le genre de personne perfectionniste qui a pris, dès le tout début, toutes les mesures possibles afin que sa grossesse se déroule bien. Malheureusement, son état de santé ne lui a pas permis garder le bébé. Un membre du personnel de soins de santé lui a donné une pilule afin qu'elle procède à l'avortement de chez elle, puisque la grossesse n'était pas avancée. Pour certaines raisons, elle a décidé de retourner à l'hôpital afin d'être accompagnée dans son processus. Lorsqu'elle attendait dans la salle d'attente, une femme s'est exclamée « Sortez là! Amenez-là quelque part d'autre, je veux pas qu'elle avorte son bébé devant tout le monde! ». Le récit ne dit pas si cette femme était une infirmière ou une autre patiente en attente. Par la suite, le personnel l'a amenée dans une chambre fermée, mais personne n'est revenu la voir avant un long moment. Du sang commençait à lui couler sur les jambes et débordait sur la chaise. La situation devenait critique. Lorsqu'elle réussit à attirer l'attention d'un infirmier, celui-ci s'est écrié en dehors de la chambre : « Il y a quelqu'un qui capote dans salle 3 ».

On lui a conseillé de porter plainte et tout, mais je sais que ça n'allait pas aboutir à grand-chose, même si elle faisait tous les processus, et c'était des longs

processus. Elle a juste pas porté plainte alors que c'était vraiment affreux ce qu'elle a vécu.

Cette femme a vécu de la violence extrême en soins hospitaliers lors de son avortement. Même si toutes les femmes peuvent vivre de mauvais traitements en soins obstétricaux, il est possible de croire que la couleur de peau de cette femme a joué un grand rôle dans cette expérience. Labrecque indique les deux notions qui ressortent le plus souvent lorsque les femmes parlent de leur expérience d'accouchement négativement. Tout d'abord, il y a l'attitude du personnel de soins de santé : « la communication avec le personnel médical est reconnue comme un des facteurs essentiels pour vivre une expérience positive d'accouchement. » (Labrecque 2018, 83) La deuxième notion revient à l'invisibilisation et le manque d'empathie. Bien qu'il s'agisse ici d'un avortement, la nécessité d'une communication plus fréquente et plus rassurante aurait été nécessaire pour que cette femme vive une meilleure expérience. Aussi, le manque d'empathie et de soutien est un élément fondamental à la mauvaise expérience qu'elle a vécue (*Ibid.*).

Lisa, 23 ans, explique qu'elle a probablement déjà vécu une expérience où sa santé reproductive aurait été affectée par le racisme. Toutefois, au moment de l'entrevue, rien ne lui vient en tête. Lola, 23 ans, énonce qu'elle ne se souvient pas avoir vécu de telles situations elle-même, mais que pour plusieurs membres de son entourage, l'accès aux soins est souvent complexe : « Ils se font pas prendre au sérieux, il y a ce mythe que les noires tolèrent mieux la douleur que les autres. »

Zoé, 22 ans, indique qu'elle n'a pas vécu de situation où le racisme aurait pu affecter sa santé reproductive. Toutefois, elle indique que les possibilités sont fortes : « Je dirais pas que ça peut pas arriver, mais j'ai pas d'exemple concret. Mais avec tout ce que je sais sur ça, et avec ce que je vis, je serais vraiment pas étonné que ça [m'arrive]. » Finalement, Ines explique que même si tout c'est assez bien déroulé à son accouchement, les risques étaient présents : « C'est possible qu'à ton accouchement, tu rentres, mais tu sors pas, ou que ton bébé... donc j'ai peut-être été chanceuse. »

En bref, la majorité des participantes s'entendent pour dire que les risques que leur santé reproductive soit affectée par le racisme sont très présents. Certaines ont vécu des situations concrètes, et celles qui n'en ont pas vécu n'excluent pas la possibilité qu'une telle chose leur arrive. Les violences obstétricales affectent particulièrement les femmes, et affectent probablement encore plus particulièrement les femmes noires. Cependant, les données manquent pour affirmer



un tel phénomène. Nous ne pouvons que le supposer à l'aide de toutes les informations récoltées jusqu'à présent. Une étude exhaustive et même comparative sur les violences obstétricales chez les femmes noires et les femmes blanches reste toujours à être réalisée.

## **6.4 Consentement libre et éclairé**

L'un des éléments qui peut faire la différence entre une expérience positive ou une expérience négative lors de la période périnatale est le consentement libre et éclairé. Le consentement libre et éclairé est un principe fondamental, tant en recherche qu'en interventions médicales et soins de santé.

Au Québec, la définition juridique du consentement aux soins et son encadrement s'effectuent par le biais du Code civil : nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer. (Code civil, chapitre 64, article 11) (Grenier 2019, 20)

Pour toutes situations de soins, les médecins doivent obtenir le consentement libre et éclairé des patient·es ou de la personne qui porte le titre de représentant légal. Pour obtenir un consentement éclairé, les médecins doivent impérativement fournir toutes informations et explications nécessaires et doivent s'assurer que les patient·es comprennent et connaissent l'objectif, les méthodes et les résultats éventuels d'une intervention ou d'un soin. Les médecins doivent s'engager à respecter la décision des patient·es. Pour obtenir un consentement libre, la décision doit être prise par la ou le patient sans aucune contrainte ou coercition. Le consentement est également requis pour tous les soins reliés à la Société des gynécologues et obstétriciens du Canada. La seule exception concerne les urgences (*Ibid.*).

Avec la culture du risque qui entoure la périnatalité, la situation d'urgence peut facilement être évoquée afin d'assujéttir une femme à une intervention.

Souvent habité d'un sentiment d'urgence, il arrive que le personnel médical ne prenne pas le temps d'informer et d'obtenir le consentement, ou pire qu'un refus de soin soit ignoré : "On m'a fait signer plusieurs formulaires à mon arrivée à l'hôpital sans expliquer leur contenu. Étant en contraction, je n'ai pas lu les fameux formulaires. Alors qu'on roulait ma civière jusqu'en salle opératoire – pour une césarienne non justifiée, je hurlais ne pas vouloir de césarienne. On m'a fait une anesthésie générale et mon dossier indique que je suis une patiente non collaborative".

[...] Finalement, même en situation d'urgence, si la personne majeure et apte refuse le traitement, son refus doit être respecté même s'il en résulte la mort ou la perte de son fœtus. (Regroupement Naissance-Renaissance 2014d)

Le consentement libre et éclairé lors de l'accouchement devient donc presque une zone grise. Lors des contractions, l'attention de la personne qui accouche est centrée sur son expérience physique et psychique. Rappelons que Maya s'est fait raconter son accouchement par son mari, car elle était trop fatiguée pour porter attention à ce qui se passait autour d'elle. Toutefois, ceci n'est pas une raison pour que ces situations soient traitées différemment que pour toute autre forme d'interventions ou de traitements. Trop souvent, le consentement est une notion qui est complètement mise de côté lors d'un accouchement, pour cause de pragmatisme, de sentiment d'urgence et de volume élevé de cas à traiter (*Ibid.*).

Le consentement n'a pas toujours été nécessaire afin qu'un médecin effectue un soin. En effet, cette notion s'est instaurée dans notre système de soins de santé à la suite de l'enracinement du concept de l'autonomie ou de l'autodétermination de la personne dans les sociétés occidentales. Antérieurement, les médecins, majoritairement ou exclusivement des hommes, pouvaient prendre toutes décisions reliées aux interventions, examens et soins, sans devoir obligatoirement en informer les patient·es. En effet, les médecins considéraient qu'ils savaient ce qui était bon pour les patient·es. Aujourd'hui, il est plus fréquent de considérer que les patient·es savent généralement ce qui vaut le mieux pour elles-mêmes et pour eux-mêmes, une fois que toute l'information nécessaire a été transmise (Grenier 2019).

Notons que bien que la biomédecine soit d'une grande prédominance en Amérique du Nord, la remise en question des savoirs considérés comme objectifs est primordiale en soins obstétricaux (Labrecque 2018). Comme nous l'avons démontré précédemment, une grande partie des interventions réalisées dans les soins reliés à la périnatalité ne sont que de routine. Celles-ci

peuvent entraîner plus de conséquences négatives que positives lorsqu'elles sont exécutées sans fondement réel.

Tel que l'indique le Regroupement Naissance-Renaissance, le vécu des futures mères en institutions de soins de santé est souvent teinté d'irrespect, de manque d'empathie et d'abus. Une personne qui ne se sent pas à l'aise de refuser un traitement, face à des membres de personnel pressés et antipathiques, ne peut considérer avoir pris une décision libre et éclairée (*Ibid.*). Il peut donc être très compliqué de faire valoir ses droits en plein accouchement. Malgré le refus de la femme en travail, les membres du personnel de soins de santé lui ont administré un calmant et ont procédé à la césarienne. Ce manque de respect pour le désir de cette femme peut être compris dans le cadre de cette culture du risque qui entoure l'accouchement et est une conséquence directe de la médicalisation de la périnatalité. De plus, les personnes enceintes sont généralement très peu au courant de leurs droits. Les accompagnateurs·trices, généralement aussi peu à l'affût de ces droits, ne peuvent venir en aide à la personne qui accouche. Il peut être encore plus difficile de faire valoir ses droits si les membres du personnel exercent des menaces, de la violence verbale ou de la coercition pour la contraindre à un soin. Une fois que l'accouchement est terminé, l'on dit à la nouvelle mère d'être simplement reconnaissante que le bébé soit en santé ou vivant (*Ibid.*; Landry 2019).

Tel qu'indiqué par Fontaine *et al.*, le manque de consentement libre et éclairé compose une notion fondamentale et principale de l'expérience des violences obstétricales. Ce manque de consentement prend parfois des formes plus subtiles, lorsque les femmes n'ont pas reçu toute l'information nécessaire à la prise de décision libre et éclairée (2019). Souvent, les risques des interventions obstétriques de routine sont généralement omis préalablement et durant leur performance (Gagnon 2017). Parfois, le manque de consentement libre et éclairé prend des formes plus violentes, où les membres du personnel de soins de santé vont exécuter une intervention sans même mettre la personne impliquée au courant (Fontaine *et al.* 2019). Dans tous les cas, il s'agit d'une violation des droits de la femme enceinte, tel qu'affirmé par le Ministère de la Justice du Québec (Landry 2019).

Par contre, s'il est difficile de faire valoir ses droits durant l'accouchement, il n'est pas plus aisé de porter plainte à la suite de l'accouchement.

Lorsque les femmes elles-mêmes expriment le besoin de faire des démarches de plaintes ou de dénonciations, les intervenantes communautaires ont souligné la pénurie d'organismes tant au Québec qu'ailleurs au Canada qui traite directement de ce sujet. L'ajout de ressources pour accompagner les femmes et les couples pendant la période périnatale répondrait à des besoins réels. (Fontaine *et al.* 2019, 73)

Un autre élément à prendre en considération est le manque de discussion ouverte au sujet des violences obstétricales. Puisqu'elles ne sont pas reconnues par le Canada, les femmes qui les vivent peuvent ne pas reconnaître les signes de violences obstétricales. Parfois, un certain délai peut être nécessaire afin que les femmes réalisent qu'elles en ont fait l'expérience. Ce délai peut aller de plusieurs jours jusqu'à plusieurs années plus tard (*Ibid.*). Il est possible de faire un lien avec l'expérience de Jade, 33 ans. Son expérience a été évoquée plus haut, où une infirmière lui mettait beaucoup de pression pour qu'elle prenne une méthode de contraception. Jade mentionnait qu'elle ressentait que l'infirmière ne voulait plus qu'elle ait des enfants. Elle explique que sur le moment, elle ne comprenait pas trop ce qui se passait. C'est en participant à cette étude et en lisant le formulaire de consentement, où une explication des inégalités en santé reproductive était indiquée, qu'elle réalisa qu'elle avait vécu une forme de violence lors de cette consultation. En reconnaissant et en parlant ouvertement des violences obstétricales et de tous les enjeux qui y sont reliés, il serait possible de distinguer et d'identifier ces enjeux, et ainsi de faire valoir ses droits.

Novello-Vautour rapporte plusieurs études qui démontrent qu'afin de contribuer à une meilleure expérience d'accouchement, les femmes noires devraient être en mesure de choisir un·e médecin noir·e, d'avoir l'accompagnement d'une accompagnante à la naissance noire, et ce, tout au long de la grossesse et lors de l'accouchement, et d'être entourées de personnes de confiance qui pourraient défendre leurs droits lors de la naissance de l'enfant (2021). Le Regroupement Naissance-Renaissance réitère ces deux derniers points, où l'accompagnante à la naissance organise un plan de naissance avec la future mère. Cette accompagnante permet aussi de notifier la femme enceinte de ses droits, et de renseigner la famille ou les personnes qui seront présentes lors de l'accouchement de ces mêmes droits, afin de s'assurer que les choix de la femme enceinte soient respectés tout au long du processus (2014d).

Certaines femmes vont opter pour les maisons de naissance pour les suivis de grossesse, plutôt que d'aller à l'hôpital. Cette option permet à celles-ci de tisser des liens importants et avec le personnel

de la maison de naissance, tout au long de la grossesse. Les liens de confiance créés avec l'accompagnante ou la sage-femme permettent de réduire les éléments stressants que la femme enceinte pourrait éprouver lors de l'accouchement (Lachapelle 2005). Certaines femmes vont prendre la décision d'accoucher à la maison, avec l'aide d'une accompagnante à la naissance.

Une étude menée par Borquez et Wieggers, en 2006, a démontré que les femmes ayant accouché à la maison avaient perçu moins de douleur, désiré moins d'analgésiques et évaluaient de manière supérieure leur lieu de naissance comparativement à celles ayant accouché en centre hospitalier, elles aussi, avec des sages-femmes. (Gagnon 2017, 30-31)

En bref, il est évident que la personne qui accouche aura une meilleure expérience si elle se sent respectée, que sa dignité est préservée et que ses désirs ainsi que son plan d'accouchement sont réalisés. Une personne qui ne fait pas face à de la violence verbale, à un manque d'empathie, à de la coercition ainsi qu'à des interventions non souhaitées aura une bien meilleure expérience d'accouchement. Le consentement libre et éclairé doit être respecté en système de soins de santé tant pour l'accouchement que pour toute autre forme de soins.

## **6.5 Procédures inutiles ou forcées**

Les procédures inutiles ou forcées peuvent grandement réduire le niveau d'appréciation de l'expérience d'accouchement des femmes. Les procédures inutiles sont souvent réalisées sans le consentement explicite des personnes concernées, puisqu'elles sont effectuées par souci d'accoutumance ou de désir d'efficacité, comme cela peut être le cas lors des césariennes. Ainsi, l'information complète et claire est souvent omise lors de la réalisation de ces interventions. Toutefois, les personnes enceintes peuvent donner leur consentement libre et éclairé à ce type de procédures, même si elles peuvent être perçues comme inutiles (Gagnon 2017; Regroupement Naissance-Renaissance 2014d).

Les procédures forcées, quant à elles, vont fréquemment être effectuées sans même que la personne soit mise au courant. Dans le cas d'interventions réalisées à la suite de coercition, il n'est pas possible de dire que la personne a donné son consentement libre et éclairé pour la procédure. Rappelons que selon le Code civil, le consentement libre et éclairé doit obligatoirement être reçu afin qu'un·e spécialiste procède à une intervention (Fournier 2021; Grenier 2019). Ces deux formes de procédures seront approfondies dans les prochaines sections.

### 6.5.1 La césarienne

Malgré les tentatives d'humanisation des naissances durant les années 1960, le Regroupement Naissance-Renaissance observait en 2014 que les méthodes utilisées tant à l'accouchement que pendant la grossesse restaient presque inchangées depuis les trente dernières années (2014g). Aujourd'hui, les spécialistes les plus fréquemment consultés pour les suivis de grossesse sont les gynécologues-obstétriciens. Toutefois, l'expertise de ce type de spécialiste s'oriente vers les grossesses à risque. Ainsi, ces médecins se spécialisent dans l'identification de maladie ou de problématique de santé, dans le but de les soigner. Dans le cas de la périnatalité, les besoins sont tout autre. Une grossesse et un accouchement ne devraient pas être traités comme étant pathologiques jusqu'à preuve du contraire. La culture du risque actuelle ne permet pas de laisser libre court à un accouchement naturel dans le milieu hospitalier : « La plupart des jeunes médecins finissants n'ont jamais vu d'accouchement naturel, c'est-à-dire sans intervention parce qu'ils n'ont pas appris comment ne pas intervenir. » (Regroupement Naissance-Renaissance 2014c)

À l'hôpital, ce sont les gynécologues-obstétriciens qui effectuent les césariennes. Alors que l'OMS préconise un taux de césarienne d'environ 10 à 15% des naissances par année (OMS 2014), en 2009, ce taux atteint 23,2% au Québec. En 2022, ce taux atteint les 30%. Puisque ce type de médecin reçoit généralement un achalandage très élevé, ils n'ont pas le temps de discuter longuement avec les femmes qui vont accoucher. Rapidement, ceux-ci peuvent réclamer le besoin d'une césarienne à la première anomalie (Regroupement Naissance-Renaissance 2014c; Hamann 2022). Ce phénomène peut être expliqué par « par des politiques de gestion des lits et de réduction des coûts » (Gagnon 2017, 46).

De plus, plusieurs expert·es québécois·es affirment que le nombre élevé d'interventions de routine pourraient augmenter les risques de césariennes. Ainsi, les interventions non nécessaires lors d'un accouchement, jusque-là considéré comme normal, pourraient mener à nécessiter une césarienne. La banalisation de la césarienne par les professionnel·les de la santé dissimule les effets néfastes de cette procédure, alors qu'elle ne mène pas forcément à une naissance sans maux, ni même à de meilleurs résultats, à moins qu'elle soit totalement nécessaire (*Ibid.*). Des complications telles que des risques d'infection, de caillots de sang et d'hémorragie peuvent survenir à la suite de l'intervention chirurgicale qu'est la césarienne. Cette intervention peut aussi augmenter les risques de problèmes respiratoires et de maladies chroniques chez le bébé. De plus, la césarienne peut

entraîner des problèmes pour les prochaines grossesses, telles que le développement anormal du placenta (Équipe Naître et grandir 2016).

Selon Martin et Montagne et le ministère de la Santé et des Services sociaux, les taux de complications seraient plus élevés pour les césariennes que pour l'accouchement vaginal (Martin et Montagne 2017; Équipe Naître et grandir 2016). De plus, les césariennes seraient lourdes de conséquences émotionnelles pour les femmes, que la procédure soit planifiée ou non. D'ailleurs, des études tendent à démontrer que l'accouchement vaginal permet aux bébés de traverser une colonisation bactérienne permettant la croissance de son système immunitaire. L'absence de ce contact pourrait ainsi engendrer certaines maladies et avoir des effets néfastes à long terme pour l'enfant (*Ibid.*; van Best *et al.* 2022).

Aux États-Unis, les femmes noires ont des taux de césariennes beaucoup plus élevés que les femmes blanches et vivent par le fait même beaucoup plus de complications suite à leur accouchement. Les femmes noires ont deux fois plus de chances de devoir retourner à l'hôpital à la suite de complications dans le mois suivant l'accouchement que les femmes blanches (Martin et Montagne 2017). Bien que ces statistiques soient indisponibles au Canada, une étude démontre qu'en 2018, les femmes autochtones subissaient 4% plus de césariennes en comparaison avec les naissances de la population en général du Canada (Landry 2019). Elsa, 25 ans, nous explique que sa mère a eu deux césariennes pour la naissance de ses deux filles.

J'ai entendu dernièrement que c'est quand même assez commun et que [la césarienne] fait partie des violences obstétriques, que souvent les femmes noires ont des césariennes beaucoup plus, [...] donc c'est quand même assez commun dans ma famille. C'est quelqu'un qui m'avait fait réaliser ça, une autrice noire qui parlait que beaucoup de personnes dans sa famille, c'était des accouchements par césarienne. J'ai réalisé que moi aussi dans ma famille c'était comme ça, et en parlant à mes amis qui viennent d'autres cultures, il n'y a pas autant de césariennes. Nous, c'est comme une personne sur deux et c'est la norme. Mais c'est pas normal en fait, j'ai appris.

Il serait tout à fait plausible de croire que les taux de césariennes seraient, comme aux États-Unis, plus haut pour les femmes noires au Canada et au Québec. Rappelons l'histoire de Jade, 33 ans, mentionnée plus tôt. Celle-ci nous explique qu'elle a dû avoir une césarienne pour la naissance de son premier enfant. La césarienne aurait été nécessaire, car le bébé manquait d'air. Par la suite, les spécialistes qu'elle a rencontrés pour les suivis de sa deuxième grossesse lui ont indiqué qu'elle

aurait automatiquement une césarienne pour la naissance de son deuxième enfant. Une seule personne lui aurait dit qu'elle aurait des chances de pouvoir accoucher de façon vaginale. Puisque la cause de la césarienne à son premier accouchement n'était qu'une question de situation bien précise, elle a décidé de tenter l'expérience d'un accouchement vaginal contre les indications des autres spécialistes. Son deuxième accouchement s'est très bien déroulé, elle n'a pas eu à avoir de césarienne, et Jade était bien contente du résultat. Si elle avait décidé d'écouter la multitude de spécialistes qui lui indiquaient qu'une deuxième césarienne était inévitable, elle aurait pu directement choisir cette option.

Bien qu'il ne soit pas possible de savoir si les femmes noires ont un taux de césarienne plus haut que celui du reste de la population au Canada, il serait possible de croire que c'est le cas, comme aux États-Unis. En effet, sur les six participantes à cette étude qui ont eu des enfants, deux ont eu au moins une césarienne. Deux participantes précisent qu'elles-mêmes et leurs sœurs sont nées par césarienne et Elsa explique que la majorité des naissances dans sa famille sont réalisées par césarienne. Le nombre restreint de participantes ne permettent pas de créer un pourcentage représentatif d'un taux plus élevé de césariennes chez les femmes noires, mais permet de démontrer que la césarienne est une pratique courante selon les participantes.

Selon les données exposées par Villarosa, les accouchements réalisés accompagnés d'une accompagnante à la naissance réduiraient les chances de devoir subir une césarienne de 39% aux États-Unis. De surcroît, les femmes qui ont été accompagnées et qui ont reçu du support tout au long de la grossesse donnent généralement naissance à des bébés en meilleure santé (Villarosa 2018). Au Québec, alors que la majorité des femmes accouche à l'hôpital, très peu ont accès à une accompagnante à la naissance.

[En 2018,] la province souhaitait assurer l'offre de services sages-femmes dans toutes les régions du Québec afin qu'elles puissent offrir un suivi à 10 % des femmes enceintes. Or, seulement 4.2 % des naissances étaient accompagnées d'une sage-femme au Québec en 2016-2017 [...]. (Landry 2019, 8)

Les procédures inutiles peuvent prendre des formes violentes et ainsi prendre la forme de violence obstétricale. Les césariennes non justifiées peuvent avoir des impacts lourds pour les femmes qui les vivent, tant physiquement que mentalement.



### 6.5.2 Les stérilisations forcées

Si les procédures inutiles peuvent être réalisées avec le consentement libre et éclairé de la personne qui accouche, les procédures forcées sont, par définition, effectuées sans forme de consentement. Parmi les procédures forcées, l'une des plus violentes est la stérilisation forcée. La ligature des trompes de Fallope est une procédure qui stérilise définitivement les personnes ayant un utérus (Zimmermann 2021). Comme nous l'avons démontré, plusieurs stéréotypes négatifs affectent toujours les femmes noires dans le milieu de la santé. Ces images préconçues peuvent altérer la relation entre le personnel soignant et les femmes noires qui requièrent certains soins, affectant par le fait même la qualité des soins reçus (Martin et Montagne 2017).

Encore aujourd'hui, la ligature des trompes est fortement recommandée aux personnes noires et aux personnes autochtones. Selon Mehra *et al.*, la recommandation par défaut de cette procédure aux populations marginalisées s'inscrit dans l'histoire du contrôle des corps des femmes noires que l'on retrouve depuis le début de l'esclavagisme. Les stéréotypes négatifs qui entourent les mères noires vont pousser le personnel de soins de santé à fermement conseiller ou contraindre à accepter une ligature des trompes à la suite d'un accouchement. Dans certains cas, la ligature des trompes sera réalisée sans même que les femmes ne soient mises au courant. Ce manque de respect pour l'autonomie des femmes noires résulte d'un eugénisme intrinsèque au contrôle des corps noirs (Mehra *et al* 2020; Novello-Vautour 2021).

Le consentement libre et éclairé doit être obtenu pour la réalisation de toutes formes de soins, d'intervention ou d'examen, sauf en cas d'urgence. La ligature des trompes n'entre pas dans la catégorie d'urgence (Fournier 2021). Un bref entretien informel avec une médecin qui a réalisé des naissances pendant plus de 20 ans indique que la ligature des trompes ne peut être réalisée dans les procédures d'urgences, puisque le consentement libre et éclairé de la personne est requis et ne peut être obtenu dans ce contexte. Il s'agirait donc de mauvaises pratiques que de procéder ainsi. En aucun cas, le personnel de soins de santé ne peut se permettre de réaliser une ligature des trompes sans le consentement libre et éclairé de la personne. Cela constitue une transgression du Code civil du Québec. Malgré tout, plusieurs cas récents peuvent être soulevés. Si l'eugénisme joue un rôle important dans la prise de décision de la réalisation de la procédure sans le consentement de la personne, l'infantilisation des personnes noires ainsi que le paternalisme du système de santé sont aussi des notions à prendre en compte (*Ibid.*).

Fournier détaille, dans son article paru en 2021, l'expérience d'une femme haïtienne de 44 ans qui doit recevoir une césarienne d'urgence pour son septième enfant, en octobre 2018, dans un hôpital de Montréal. L'obstétricienne, juste avant de procéder à la césarienne, propose de procéder à la ligature des trompes de Fallope simultanément. La femme, nommée Maria dans l'article, ne sait pas ce que cette procédure implique. Rappelons qu'elle est sur le point de recevoir une césarienne d'urgence, et n'est pas en état de prendre une décision libre et éclairée. Maria refuse l'intervention et aucun formulaire de consentement ne se trouve à son dossier. Deux mois plus tard, elle apprend par son médecin de famille que la ligature a été effectuée. L'obstétricienne est allée à l'encontre des désirs de Maria, parce qu'elle a décidé qu'elle savait mieux que Maria ce qui était bon pour elle. La spécialiste a refusé son autonomie à sa patiente, en faisant preuve de grands jugements de valeur. La consultante et accompagnante périnatale qui épaula Maria, Ariane Métellus, ne pense pas qu'il s'agisse d'un malentendu (Fournier 2021). Bien qu'il puisse exister une barrière linguistique à la transmission d'informations concernant les soins (F. Chery 2010), les racines des stérilisations forcées sont bien plus larges.

Une autre situation soulevée concerne une femme autochtone, qui refuse une intervention de stérilisation à Val-d'Or, mais la procédure est tout de même réalisée. Cet événement s'est produit vers le milieu des années 2000, et la femme est toujours grandement choquée et traumatisée par son expérience. Vers le début des années 2000, une autre femme autochtone s'est fait stériliser sans son consentement. Dans sa situation, on ne lui aurait même pas posé la question, les spécialistes ont simplement procédé à la ligature, sans l'informer. Lorsqu'elle apprend ce qui lui est arrivé, elle développe une dépression. « Des stérilisations sans consentement libre et éclairé seraient survenues à La Tuque, Val-d'Or, Sept-Îles, Québec et Montréal. Les cas s'étalent sur une période de presque 40 ans, des années 80 jusqu'à tout récemment. » (Fournier 2021)

Un recours collectif est mis sur pied contre un hôpital en Saskatchewan, en 2018. En effet, au moins 16 femmes autochtones se seraient fait stériliser contre leur gré entre 2008 et 2012. Pierre explique que les membres du personnel médical de ces hôpitaux ne vont pas fournir toute l'information nécessaire à la procédure ou encore vont partager des informations mensongères afin de les persuader d'accepter la procédure. Dans certains cas, le personnel va utiliser la coercition afin de leur imposer la stérilisation. En effet, certaines femmes rapportent avoir été détenues à l'hôpital jusqu'à ce qu'elles acceptent l'opération, ou encore on leur refuse de voir leur nouveau-

né tant qu'elles n'auront pas accepté cette dernière (Pierre 2021). Le président du Collège des médecins affirme que l'accouchement est une période stressante et forte en émotion, et n'est pas une période où une décision aussi sérieuse peut être prise. Ce type de question doit être posé par anticipation, dans des conditions favorables à la prise de décision libre et éclairée (Fournier 2021; Pierre 2021).

Le racisme et le colonialisme médical sont les fondements de ces pratiques. En effet, selon le Dr Shaheen-Hussain, la stérilisation forcée était pratiquée chez les populations autochtones lors de la colonisation du Canada, afin que les colons blancs puissent s'appropriier les terres et les richesses. L'objectif était, principalement, de contrôler et de se débarrasser de ces populations (Fournier 2021). Les stérilisations forcées ont toujours cet objectif de contrôle.

L'ONU a recommandé l'adoption rapide de mesures pour prévenir la pratique, rendre imputables les personnes responsables et pour réparer le tort causé aux survivantes. En réponse, le gouvernement canadien a mis sur pied un comité de travail sur la question. Le Québec a pour sa part refusé d'y prendre part, au motif que la santé est de compétence provinciale. [...] Le refus du Québec est une dangereuse décision, selon le pédiatre urgentiste Samir Shaheen-Hussain. Le Québec recule, dit-il, et nie l'existence d'une pratique qui entraîne une véritable souffrance. (*Ibid.*)

L'article de Fournier relève plusieurs situations de stérilisations forcées. Parmi les participantes, Rose, 24 ans, explique que sa mère a presque été la victime d'une telle stérilisation. Après sa naissance, le médecin propose une ligature des trompes à sa mère, qui venait tout juste d'accoucher. Sa mère ne connaissait pas cette procédure et ne savait pas ce qu'elle impliquait, mais s'est dit que si le médecin le proposait, c'est que cela devait être la bonne chose à faire. Elle a donc accepté. Le médecin ne s'est jamais assuré que la procédure avait bien été comprise. La mère de Rose a été maintenue dans l'ignorance, de façon consciente ou inconsciente de la part du médecin, et ne pouvait donc pas donner son consentement libre et éclairé. Toutefois, certaines complications sont apparues à la suite de son accouchement, et la ligature n'a pas eu lieu. « En nous racontant ça, on dirait qu'elle a réalisé que si elle l'avait faite sans le comprendre, ça aurait été une erreur, surtout avec ses valeurs. » Le racisme systémique entraîne donc des conséquences immenses sur l'intégrité physique et le bien-être mental des femmes noires en périnatalité.

## Conclusion

Il a été possible de voir, à travers tous les chapitres, comment la position des femmes noires est particulière. En effet, elles ne bénéficient d'aucun privilège sous le système actuel, qui avantage les hommes et les personnes blanches. La criminalisation des personnes noires affecte grandement les femmes noires. Presque toutes les participantes ont mentionné être affectées par cette surveillance, leur imposant une pression constante dans toutes les sphères de leur vie.

Cette surveillance et cette criminalisation affectent aussi la santé reproductive et la justice reproductive, car les enfants des femmes noires peuvent leur être enlevés à tout moment par le service de protection de la jeunesse. Étant grandement plus surveillées, les femmes noires se font dénoncer par leur voisin et leur entourage au moindre faux pas. De plus, elles se font responsabiliser pour leur situation socioéconomique, alors qu'elles sont les victimes de multiples inégalités et que cette situation leur est très souvent imposée.

Cette surveillance peut aussi les placer dans une situation propice aux violences obstétricales. Ce concept n'étant pas reconnu par le Canada et les données recueillies en système de soins de santé ne prenant pas compte de la couleur de peau ou de l'appartenance ethnique de la personne, il n'est pas possible de prouver que les femmes noires vivent plus de violences obstétricales que les femmes blanches. Cependant, il est tout à fait plausible de le croire. Tel que l'indique une participante, la majorité de sa famille ou de ses amies noires ont reçu ou sont nées par césariennes, alors que ce n'est pas le cas pour ses amies blanches. De nombreuses expériences de stérilisations forcées ont été rapportées par des femmes noires et autochtones, et la mère d'une participante en a presque été victime. Ainsi, de plusieurs façons, le racisme affecte la santé reproductive des femmes noires et des femmes ayant des origines haïtiennes à Montréal.

# Conclusion

## Retour sur la problématique de recherche

Cette étude a été réalisée auprès de 19 personnes, dont 16 femmes ayant des origines haïtiennes. Sur ces 16 femmes, de multiples situations de violences ont été rapportées, tant en soins de santé que dans la vie de tous les jours. Il est donc important de souligner que toutes les situations exposées ont été racontées par 16 femmes sélectionnées sur un groupe Facebook, lors de la collecte de données. Lors de la sélection des participantes, aucune question sur leur passé médical ne leur avait été posée. Elles n'ont donc pas été choisies en fonction de leurs mauvaises expériences ou de la violence qu'elles auraient vécues. Les histoires qui ont été rapportées ici sont des histoires vécues par des femmes victimes du système actuel, où la majorité des femmes noires peuvent avoir fait face à des expériences de violence de toutes sortes.

À l'aide de ces faits, je souhaite ici mettre en évidence l'étendue des liens entre la santé reproductive et le racisme. De nombreuses expériences rapportées par les participantes permettent d'établir que le racisme affecte la santé reproductive et la périnatalité des femmes de la communauté haïtienne et de toutes les femmes noires, tant à Montréal que partout à travers le Canada. Les expériences exposées à travers ce mémoire, en dehors de la littérature sur le sujet, ne proviennent que de 16 femmes. Imaginons ce qu'un travail de plus grande envergure permettrait d'exposer.

La santé reproductive est un concept qui réunit plusieurs aspects. Les aspects des méthodes de contraception, les suivis de grossesses, la grossesse, l'accouchement, les procédures inutiles ou forcées et élever ses enfants dans la dignité. Pour explorer tous ces aspects, les concepts de la santé maternelle, de la justice reproductive, de l'intersectionnalité, du droit à la santé, du biopouvoir ainsi que du racisme systémique ont été utilisés à des fins d'analyse. Pour une santé reproductive saine, le bien-être complet, tant au niveau mental que physique et même social doit être atteint; et ce concernant « tous les aspects du système reproductif » (UNFPA 2022). Comme il a été possible d'observer à travers le mémoire, de nombreuses inégalités et rapports de pouvoirs empiètent sur le bien-être des femmes noires, à un ou plusieurs niveaux.

Dès les premières décisions que les femmes, noires ou blanches, doivent prendre concernant leur santé reproductive, des rapports de pouvoirs peuvent s’immiscer dans ces décisions. Les premières décisions concernent généralement le choix d’une méthode de contraception. Tout d’abord, la majorité des femmes n’ont pas accès à l’ensemble de l’information nécessaire pour effectuer un choix de méthode de contraception qui leur convient. La pathologisation des menstruations va souvent mener les professionnel·les de santé à prescrire la pilule contraceptive sans présenter les autres options possibles. Le racisme sous toutes ses formes va engendrer des rapports de pouvoirs additionnels quant au choix de méthode de contraception des femmes noires. En effet, celles-ci peuvent se sentir contraintes à utiliser une méthode de contraception. Cette coercition est exercée sur le corps des femmes noires dans l’objectif de contrôler ceux-ci. Il est possible d’observer ce contrôle social dans les pays du Sud grâce à plusieurs exemples concrets, mais ces techniques d’oppression peuvent aussi affecter les femmes noires des pays du Nord (Gagnon 2017; Quiroz 2020; Novello-Vautour 2021; Bourrelrier 2018; Grenier 2019; Landry 2019; Regroupement Naissance-Renaissance 2014d; Pierre 2021; Fontaine *et al.* 2019; Portner 2019; Cormier-Beaugrand 2017; Fonquerne 2020; Winckler 2001; Grino 2014; Bérengère 2002; Smith 2005)

Les prochains choix à effectuer concernant sa santé reproductive s’effectueront généralement lorsque la personne tombe enceinte. Le premier choix important est de savoir si la personne souhaite poursuivre la grossesse ou non. Si celle-ci décide de la poursuivre, une multitude de choix devront être pris. Le type du suivi de grossesse en est un. Dû la médicalisation de la périnatalité, la majorité des futures mères vont opter pour des suivis à l’aide de gynécologue-obstétricien·ne. Puisque ces médecins se spécialisent dans les grossesses à risque, la grossesse sera perçue au sein de ces suivis comme un évènement médical. Le bon déroulement de ces suivis est très important pour le bien-être de la future mère. Celle-ci doit se sentir confortable et en confiance. Toutefois, les relations de pouvoirs entre le personnel médical et les femmes, notamment les femmes noires, peuvent rendre ces suivis insatisfaisants, désagréables ou traumatisants. Notons que la nécessité de ces suivis peut particulièrement être essentielle pour les femmes noires, puisque celles-ci sont à risque de vivre davantage de problématiques de santé, telles que les fibromes utérins, les embolies et les hémorragies (Gagnon 2017; Rivard 2014; Valentini 2004; Vadeboncoeur 2005; Chouinard 2019; Landry 2019; Labrecque 2018; Regroupement Naissance-Renaissance 2014a; Regroupement Naissance-Renaissance 2014d; Fortin et Le Gall 2007; Martin et Montagne 2017; Novello-Vautour 2021; St. Clair 2020; Berg *et al.* 2003)

L'accouchement est une épreuve particulièrement marquante, où l'identité de la personne passe de femme à mère. Toutefois, lors de l'accouchement, de nombreuses inégalités peuvent se faire ressentir chez les femmes noires. Ces dernières sont plus à risque de donner naissance à des bébés de petits poids, de donner naissance prématurément, et les risques de mortalité infantile et maternelle sont considérablement plus haut. Les données des États-Unis sur ces phénomènes sont particulièrement poignantes. Bien que la majorité de ces données ne soient pas disponibles de la même façon au Canada, plusieurs sources permettent de démontrer que des problématiques similaires se retrouvent partout à travers le pays. Des inégalités d'accès aux soins de santé existent. Simultanément, les femmes noires sont encore plus susceptibles de vivre des mauvais traitements à l'hôpital ou des soins de piètre qualité que les femmes blanches. De grandes situations de stress ou de détresse peuvent en découler. Notons que le stress vécu tout au long de la vie peut entraîner des conséquences importantes sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement (Conrad et Waggoner 2014; Lachapelle 2005; Gagnon 2017; F. Chery 2010; Karlsen et Y. Nazroo 2005; Mehra 2020; St. Clair 2020; Martin et Montagne 2017; Hummer 1996; Villarosa 2018 ; Novello-Vautour 202; Bessaïh et Melaku 2017).

Toutes les problématiques énoncées précédemment peuvent avoir des liens directs ou indirects avec le racisme systémique. Le racisme, sous toutes ses formes, se manifeste par des inégalités sociales, oppression et rapports de pouvoir. Le racisme antinoir trouve ses fondements dans l'esclavagisme et se perpétue à travers le temps, entre autres, avec la théorie raciale entrée dans la conscience collective en Amérique du Nord. Le racisme affecte toujours les personnes noires actuellement, et se traduit notamment par des inégalités à l'accès à l'emploi, à l'éducation et au logement. Ces inégalités peuvent créer une situation particulièrement précaire pour les personnes noires, où les femmes noires sont principalement touchées. En effet, leurs situations les empêchent de profiter de privilèges dans une société patriarcale et où règne la suprématie blanche. Ainsi, les inégalités raciales et genrées doivent être perçues comme simultanées et doivent être considérées pour l'analyse d'une problématique concernant les femmes noires. La surveillance accrue à laquelle sont soumises les femmes noires va affecter leur droit à la santé (Pierre et Bosset 2021; T. Williams 2020; Cox 2020; Dryden et Nnorom 2021; Maynard 2018; Garneau et Giraud-Baujeu 2018; Amnistie internationale 2020; Dorais 2020; Katata 2021; Pierre 2021; Mehra *et al.* 2020; Goyer 2020; Hamisultane 2020; Triki-Yamani 2020; Rainville 2020; Martin-Breteau 2019; hooks 2015).

Le contrôle des corps est l'une des conséquences de cette surveillance accrue. Ce contrôle peut s'exprimer sous la forme de retrait des enfants, de criminalisation des personnes noires, et sous la forme de violence obstétricales. Les rapports de pouvoir qui sont en place dans le système de soins de santé vont rendre difficile la possibilité de faire valoir ses droits. En conséquence, les femmes se font déshumaniser et perdent leur autonomie, pouvant entraîner des problèmes de santé mentale et même atteindre l'intégrité physique des personnes. Puisque le consentement libre et éclairé n'est pas obligatoire en situation d'urgence, la culture du risque qui entoure la périnatalité et plus particulièrement l'accouchement tend à placer les femmes dans une situation de grande vulnérabilité face à la maltraitance. Les données sur les violences obstétricales ne sont pas disponibles au Canada, puisque le pays peine à reconnaître l'existence de telles violences, et encore moins envers les femmes noires. Malgré tout, à l'aide de toute la littérature qui a été exposée préalablement, il est tout à fait possible de croire que les femmes noires seraient particulièrement exposées aux procédures inutiles ou forcées. Des expériences de femmes ont été rapportées, mais très peu d'écrits académiques existent sur le sujet actuellement (Maynard 2018; St. Clair 2020; Price 2010; Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse 2019; Katata 2021; Novello-Vautour 2021; Franeczek 2018; Bourrelrier 2018; Fontaine *et al.* 2019; Grenier 2019; Fonquerne 2020; Landry 2019; Regroupement Naissance-Renaissance 2014d; Gagnon 2017; Fournier 2021; Martin et Montagne 2017)

En bref, il est tout à fait possible de dire que le racisme entraîne des conséquences multiples sur la santé reproductive des femmes de la communauté haïtienne de Montréal. De nombreuses preuves ont été exposées, et de nombreux constats permettent de croire que même si les données sont inexistantes, le racisme a des effets sur la santé reproductive de ces femmes. Bien que la littérature trouvée sur le sujet porte généralement sur les femmes noires en général, il a été possible de constater que les femmes ayant des origines haïtiennes vivent ces inégalités.

## **Retour sur les démarches, limites de la recherche, autres questions à être approfondies**

Le travail de terrain pour cette recherche a été limité aux entretiens à la suite de l'arrivée de la pandémie. Cette modification de la méthodologie a entraîné plusieurs changements. Les résultats de cette recherche auraient pu être différents si de l'observation participante avait été réalisée.



Notons que si de l'observation participante avait été effectuée, les participantes auraient été des femmes fréquentant des organismes communautaires. Il est possible de croire que ces femmes auraient eu un passé et une position sociale probablement bien différente des femmes qui ont bel et bien participé à cette recherche. Bien qu'aucune question sur le revenu n'ait été posée en entrevue, toutes les participantes à la recherche semblaient avoir une situation stable. Rappelons que 15 participantes sur 16 ont réalisé des études universitaires, et quatre ont réalisé des études de cycles supérieurs.

Comme il a été possible de le constater à travers ce travail de recherche, la position socioéconomique ne peut pas à elle seule expliquer les inégalités de santé et d'accès aux soins de santé que l'on retrouve entre différentes populations. Le racisme a des conséquences sur la santé physique et mentale des personnes noires, et sur l'accès aux soins de santé (Hummer 1996).

Je crois que le fait de réaliser des entrevues auprès de femmes ayant un statut socioéconomique qui est considéré par la société comme étant assez élevé a apporté une certaine richesse à ce travail de recherche. En effet, toutes les expériences vécues par les participantes ne peuvent pas être attribuées à des inégalités de classe. Les participantes à cette recherche ont permis de confirmer que le racisme est un indicateur important dans l'étude de la santé en général et dans l'étude de la santé reproductive.

Toutefois, si l'observation participante avait pu être réalisée, de nombreuses expériences d'inégalités auraient aussi été soulevées. Ces inégalités, en lien avec le statut socioéconomique ou non, doivent être adressées. Comme il a été mentionné dans le mémoire, les femmes noires qui sont dans des situations plus précaires ont aussi le droit à des soins de santé de qualité.

Un élément qui aurait grandement permis d'améliorer cette recherche aurait été de réaliser deux entrevues avec plusieurs participantes. Je suis persuadée que plusieurs d'entre elles, après avoir terminé l'entrevue, ont continué à réfléchir à mes questions et ont pensé à d'autres expériences qu'elles auraient pu raconter. Malheureusement, dû à une contrainte de temps, cela n'a pas été possible.

Les limites de la recherche sont assez importantes. Tout d'abord, puisqu'il s'agit d'une recherche exploratoire, l'indisponibilité de plusieurs types de données a été plutôt contraignante. L'institution de soins de santé du Canada doit reconnaître l'existence des violences obstétricales

et recueillir certaines données personnelles chez les patient·es, telles que la couleur de peau. La contrainte de temps a aussi été une limite à la recherche, puisque deux entrevues auraient pu être nécessaires pour plusieurs participantes. La limite du terrain est aussi à prendre en considération. En effet, les données qui auraient pu être recueillies lors de l'observation participante auraient apporté de nouvelles notions auxquelles je n'ai pas réfléchi.

Plusieurs questions supplémentaires auraient pu être approfondies lors de cette recherche. Il aurait été pertinent d'analyser si les expériences variaient entre les femmes qui sont nées en Haïti et celles qui sont nées au Québec. Ainsi, le statut de migrante aurait pu être pris en compte lors de l'analyse des données. La santé sexuelle est aussi un sujet qui n'a pas été grandement abordé lors de ce mémoire. L'orientation sexuelle des participantes n'a pas été abordée, mais il aurait aussi été intéressant d'aborder cette question.

## Références bibliographiques

- Aburto, Paola, Élisabeth Darchis, Audrey Diaz, Marie-Luce Nauleau, Perrine Sablayrolles et Marie-Laure Royer. 2020. « La vulnérabilité familiale en périnatalité, sa nécessité et ses aléas ». *Le Divan familial*, vol. 45, no. 2 : 73-88. <https://doi.org/10.3917/difa.045.0073>
- Adrien, Alix, Marie-Pierre Markon et Vicky Springmann. 2020. *Populations racisées*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, gouvernement du Québec. [http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9\\_des\\_Montr%C3%A9alais/D%C3%A9terminants/conditions\\_sociales/Populations\\_racis%C3%A9es/Populations-Racisees-Covid-19\\_26\\_ao%C3%BBt\\_2020.pdf](http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9_des_Montr%C3%A9alais/D%C3%A9terminants/conditions_sociales/Populations_racis%C3%A9es/Populations-Racisees-Covid-19_26_ao%C3%BBt_2020.pdf)
- Albaret, Mélanie. 2022. « Quand le terrain s'invite à domicile ». *Socio-anthropologie*, vol 45 : 47-60. 10.4000/socio-anthropologie.11075
- Alcoff, Linda M. 1991-1992. « The Problem of Speaking for Others » *Cultural Critique*, no 20 : 5-32. <https://doi.org/10.2307/1354221>
- Ambrosi, Sophie. 2005. « Identité ethnique et identité érotique: le cas de lesbiennes d'origine haïtienne ». Mémoire de M.Sc. en anthropologie, Université de Montréal. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/16890/Ambrosi\\_Sophie\\_2005\\_memoire.pdf?sequence=1](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/16890/Ambrosi_Sophie_2005_memoire.pdf?sequence=1)
- Amnistie internationale. 2020. « Le racisme systémique ». Amnistie internationale. <https://amnistie.ca/campagnes/racisme-systemique>
- Armony, Victor. 2020. « Quand toutes les voix ne sont pas pareilles : le défi particulier que posent les consultations sur le racisme et la discrimination systémique ». *Éthique publique*, vol. 22, no 1 : 1-23. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.5162>
- Association québécoise des organismes de coopération internationale. 2017. « Ressources sur les droits des femmes et l'égalité des genres : La santé maternelle ». Association québécoise des organismes de coopération internationale. <https://aqoci.qc.ca/la-sante-maternelle/>
- Augé, Marc et Jean-Paul Colleyn. 2009. *Le terrain*. Marc Augé éd., *L'anthropologie*. Presses Universitaires de France, 79-92. <https://www.cairn.info/l-anthropologie--9782130574279-page-79.htm>
- BBC News. 2020. « George Floyd: What happened in the final moments of his life ». *BBC News*, 16 juillet 2020. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-52861726>
- Beaud, Stéphane et Florence Weber. 2010. *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La Découverte.
- Bélanger, Jean-François. 2020. « Un virus qui amplifie les inégalités liées au racisme ». *Radio-Canada*, 11 avril 2020. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1692998/covid-19-noirs-etats-unis-racisme-afro-americains>

- Bellerose, Patrick. 2021. « 599 jours d'attente pour avoir son médecin de famille au Québec ». *Le Journal de Québec*, 2 août 2021. <https://www.journaldequebec.com/2021/08/02/599-jours-dattente-pour-avoir-son-medecin-de-famille>
- Bellier, Irène. 2022. « Du lointain au proche : Réflexions sur le passage d'un terrain exotique au terrain des institutions politiques ». Dans *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive : nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. Sous la direction de Christian Ghasarian, 1-15. Paris : Armand Colin. halshs-00934519
- Benelli, Natalie et Marianne Modak. 2010. « Analyser un objet invisible : le travail de care ». *Revue française de sociologie*, vol. 51, no. 1 : 39-60. <https://doi.org/10.3917/rfs.511.0039>
- Benjamin, Frantz. 2012. *Le Saint-Michel des Haïtiens*. Montréal : CIDIHCA.
- Bérengrère, Marques Pereira et Florence Raes. 2002. « Trois décennies de mobilisations féminines et féministes en Amérique latine ». *Cahiers des Amériques latines*, vol. 39. 10.4000/cal.6673
- Berg, Cynthia J., Jeani Chang, William M Callaghan et Sara J. Whitehead. 2003. « Pregnancy-Related Mortality in the United States, 1991–1997 ». *Obstetrics & Gynecology*, vol. 101, no 2 : 289-296. 10.1016/s0029-7844(02)02587-5
- Bernard, H. Russell. 1995. *Research Methods in Anthropology*. Walnut Creek: AltaMira Press.
- Bessaïh, Nesrine, et Hirut Melaku. 2017. « Racisme systémique et périnatalité ? ». *A babord!*, no 72. <https://www.ababord.org/Racisme-systemique-et-perinatalite>
- Bilge, Sirma. 2009. « Théorisations féministes de l'intersectionnalité ». *Diogène*, vol. 225, no 1 : 70-88. <https://doi.org/10.3917/dio.225.0070>
- Boehringer, Sandra et Estelle Ferrarese. 2015. « Féminisme et vulnérabilité. Introduction ». *Cahiers du Genre*, vol. 1, no 58 : 5-19. 10.3917/cdge.058.0005.
- Bottemanne, Hugo et Lucie Joly. 2021. « Santé mentale périnatale en période de pandémie COVID-19 : protéger, dépister, accompagner ». *La Presse Médicale Formation*, vol. 2, no 3 : 282–290. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8223027/pdf/main.pdf>
- Boubaker, Rana, Paula Negron-Poblete, et Ernesto Morales. 2021. « Déménager dans une résidence pour aînés au Québec : une stratégie pour faire face à la vulnérabilité ». *Retraite et société*, vol. 86, no. 2 : 183-203. 10.3917/rs1.086.0184
- Bourrelier, Camille. 2018. « « Violences obstétricales » Histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale ». Mémoire de M. Sc. A, Université de Tours. <https://afar.info/biblio/detail.php?lang=en&id=3151#:~:text=Les%20%C2%AB%20violences%20obst%C3%A9triques%20et%20gyn%C3%A9cologiques,dans%20la%20soci%C3%A9t%C3%A9%20jusqu'alors.>
- Brodiez-Dolino, Axelle. 2016. « Le concept de la vulnérabilité ». *La vie des idées*, 11 février 2016. [https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20160211\\_vulnérable-2.pdf](https://laviedesidees.fr/IMG/pdf/20160211_vulnérable-2.pdf)

- Cabot, Cyrielle. 2021. « Découverte de corps d'enfants autochtones : comme si le Canada "se réveillait d'une longue amnésie" ». *France24*, 28 juin 2021. <https://www.france24.com/fr/am%C3%A9riques/20210628-d%C3%A9couverte-de-corps-d-enfants-autochtones-comme-si-le-pays-se-r%C3%A9veillait-d-une-longue-amn%C3%A9sie>
- Centre hospitalier universitaire mère-enfant Sainte-Justine. 2021. « Humanisation des soins ». Centre hospitalier universitaire mère-enfant Sainte-Justine, 14 juin 2021. <https://www.chusj.org/fr/a-propos/qui-sommes-nous/Humanisation-des-soins>
- Chouinard, Mélanie. 2019. « Portrait des grossesse ectopiques au Québec et leurs retombées sur la santé reproductive ». Mémoire de M. Sc. en santé publique, Université de Montréal. <http://hdl.handle.net/1866/22872>
- Claude, Gaspard. 2019. « L'enquête de terrain : définition, méthodes, conseils et exemple ». *Scribbr*, 19 décembre 2019. <https://www.scribbr.fr/methodologie/enquete-de-terrain/>
- Cognet, Marguerite. 2004. « La vulnérabilité des immigrants: analyse d'une construction sociale ». F. Saillant, M. Clément et C. Gaucher (dir.), *Identités, vulnérabilités, communautés*. Québec : Nota Bene
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. 2019. « Mémoire à l'office de consultation publique de Montréal dans le cadre de la consultation publique sur le racisme et la discrimination systémiques ». Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. [https://www.cdpcj.qc.ca/storage/app/media/publications/memoire\\_OCPM\\_racisme-systemique.pdf](https://www.cdpcj.qc.ca/storage/app/media/publications/memoire_OCPM_racisme-systemique.pdf)
- Conrad, Peter et Miranda Waggoner. 2014. *Medicalization*. The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society. Malden. MA: Wiley-Blackwell
- Cormier-Beaugrand, Aube. 2017. « Analyse critique de la présence des contraceptifs longue durée réversibles en Haïti ». Mémoire de M. Sc. en anthropologie, Université de Montréal. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/19243/Cormier-Beaugrand\\_Aube\\_2017\\_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/19243/Cormier-Beaugrand_Aube_2017_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Cox, Rachel. 2020. « Épiphénomène ou brique de l'édifice du racisme systémique ? Étude empirique des décisions en matière de harcèlement psychologique à caractère raciste (2004-2020) ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 31, no 2 : 101–125. <https://doi.org/10.7202/1076647ar>
- Décary-Secours, Benoit. 2019. « « Gangs de rue » et brouillage médiatique : les jeux d'ombre d'un nouveau racisme ». *Revue du CREMIS : Pouvoirs d'agir*, vol. 11, no 2 : 11-14. [https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/04/revue\\_du\\_cremis\\_vol112\\_2019\\_en\\_ligne.pdf](https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/04/revue_du_cremis_vol112_2019_en_ligne.pdf)

- Deliso, Meredith. 2021. « Timeline: The impact of George Floyd's death in Minneapolis and beyond ». *abcnews*, 21 avril 2021. <https://abcnews.go.com/US/timeline-impact-george-floyds-death-minneapolis/story?id=70999322>
- Desiderio, Maria Vincenza éd. 2020. *Plateforme Canada-Union européenne sur l'intégration des femmes migrantes : Rapport sur les résultats*. Commission européenne, Portail européen sur l'intégration, Bruxelles. <https://ec.europa.eu/migrant-integration/sites/default/files/2021-02/FR-Outcomepaper-IntegrationFemmesMigrantes.pdf#page=46>
- Di Meglio, Giuseppina, Jessica Yeates et Gillian Seidman. 2020. « Can youth get the contraception they want? Results of a pilot study in the province of Quebec ». *Paediatrics & Child Health*, vol. 25, no 3: 160-165. <https://doi.org/10.1093/pch/pxz059>
- Dorais, Geneviève. 2020. « Racisme anti-noir et suprématie blanche au Québec : déceler le mythe de la démocratie raciale dans l'écriture de l'histoire nationale ». *Bulletin d'histoire politique*, vol. 29, no 1 : 136–161. <https://doi.org/10.7202/1074210ar>
- Doucet H, Baumgarten M, Infante-Rivard C. 1992. « Risk of low birthweight and prematurity among foreign-born mothers ». *Can J Public Health*, vol. 83, no 3 : 192-195. PMID: 1525743.
- Doyle Péan, Laura, Bianca Annie Marcelin et Amélia Souffrant. 2021. « Face à face avec l'Histoire : Haïti au Québec (1ère partie) ». *Le délit*, 9 février 2021. <https://www.delitfrancais.com/2021/02/09/face-a-face-avec-lhistoire-haiti-au-quebec-1ere-partie/>
- Dryden, OmiSoore et Onye Nnorom. 2021. « Il est temps de mettre fin au racisme systémique envers les Noirs en médecine au Canada ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 193, no 12 : 430-432. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201579-f>
- Édouard, Roberson et Pierre Tircher. 2020. « Qu'est-ce que le racisme systémique ? ». *Observatoire Québécois des inégalités*, 9 juin 2020. <https://www.observatoiredesinegalites.com/fr/blogue/quest-ce-que-le-racisme-systemique>
- Enchill, Brigid. 2021. « Le colorisme et le noirisme dans le contexte haïtien Amour de Marie Vieux-Chauvet ». *Mouvances Francophones*, vol. 6, no 1. 10.5206/mf.v6i1.13521
- Équipe Naître et grandir. 2016. « L'accouchement vaginal après une césarienne ». Équipe Naître et grandir. <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/accouchement/accouchement-vaginal-apres-cesarienne-avac/>
- Exama, Vanessa. 2018. « L'immigration haïtienne au Québec : une histoire d'amour vacillante? ». *Perspective Monde*, 30 octobre 2018. <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMAAnalyse?codeAnalyse=2056>
- F. Chery, Martine. 2010. « Comparaison du profil de santé périnatale des femmes immigrantes haïtiennes à celui des femmes nées au Canada, pour la période 1981-2006, au Québec ».

Mémoire M. Sc. en Santé communautaire, Université de Montréal.  
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4982>

- Falconnet, Georges et Nadine Lefaucœur. 1975. *La fabrication des mâles*. Paris : Éditions du Seuil.
- Fanon, Frantz. 1952. *Peau noire, masques blancs*. Paris : Éditions du Seuil.
- FIGO International Federation of Gynecology and Obstetrics. 2021. « Santé maternelle ». FIGO International Federation of Gynecology and Obstetrics. <https://www.figo.org/fr/sante-maternelle>
- Fondation canadienne des relations raciales. 2015. « Oppression Sociale ». Gouvernement du Canada. <https://www.crrf-fcrr.ca/fr/bibliotheque/glossaire-fr-fr-1/item/27171-oppression-sociale#:~:text=L'oppression%20sociale%20fait%20r%C3%A9f%C3%A9rence,des%20cat%C3%A9gories%20enti%C3%A8res%20de%20personnes.>
- Fonquerne, Leslie. 2020. « À qui faire avaler la pilule ? Pratiques de soin et inégalités en consultations de contraception ». *Revue de sciences sociales*, no 35-36 : 65-79. <https://doi.org/10.14428/emulations.03536.05>
- Fontaine, Lorraine, Manon Bergeron, Sylvie Lévesque et Sarah Beauchemin-Roy. 2019. « Regard des intervenantes communautaires en périnatalité sur des expériences observées de violence obstétricale ». *Revue Canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 38, no 4 : 63-76. 10.7870/cjcmh-2019-019
- Fortin, Sylvie et Josiane Le Gall. 2007. « Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire : familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques. » *Enfances, Familles, Générations*, no 6. <https://doi.org/10.7202/016481ar>
- Fournier, Sylvie. 2021. « On m'a volé ma fertilité ». *Radio-Canada*, 23 septembre 2021. <https://ici.radio-canada.ca/recit-numerique/2945/sterilisations-non-consenties-quebec-canada-racisee-autochtone>
- Franeczek, Marie-Laure. 2018. « Violence obstétricale : essai de définition à partir de la littérature scientifique ». *Gynécologie et obstétrique*, École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée, Université Aix Marseille. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01946490>
- Gagnon, Raymonde. 2017. « La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie : l'expérience de femmes au Québec ». Thèse de Ph.D. en sciences humaines appliquées, Université de Montréal. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/19996/Gagnon\\_Raymonde\\_2017\\_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/19996/Gagnon_Raymonde_2017_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Garneau, Stéphanie et Grégory Giraud-Baujeu. 2018. « Présentation : pour une sociologie du racisme ». *Sociologie et sociétés*, vol. 50, no 2 : 5–25. <https://doi.org/10.7202/1066811ar>

- Garneau, Stéphanie. 2019. « Racisme et discrimination raciale : des repères pour intervenir ». Dans *L'intervention interculturelle*. Sous la direction de Lilyane Rachédi et Bouchra Taïbi. Montréal, QC : Chenelière Education
- Garon, Geneviève. 2021. « Mort de Pierre Coriolan : le coroner veut améliorer la formation des policiers ». *Radio-Canada*, 23 août 2021. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1818765/mort-homme-noir-crise-2017>
- Gautier, Lara et Oumar Malla Samb. 2021. « Pourquoi et comment faire du terrain? ». Dans *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines*. Sous la direction de Florence Piron et d'Élisabeth Arsenault, module 6. Québec : publication de l'Université Laval. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/pourquoi-et-comment-faire-du-terrain/>
- Ginot, Luc et Catherine Peyr. 2010. « Habitat dégradé et santé perçue: une étude à partir des demandes de logement social ». *Santé Publique*, vol. 22, no. 5 : 493-503. <https://doi.org/10.3917/spub.105.0493>
- Gouvernement du Canada. 2022. *Chartepédia : Alinéa 11d) – Présomption d'innocence*. Ministère de la Justice du Canada. Gouvernement du Canada. <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/dlc-rfc/ccdl-ccrf/check/art11d.html>
- Gouvernement du Québec. 2012. *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : Bibliothèque et Archives nationales. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Goyer, Renaud. 2020. « Le logement et les inégalités sociales : xénophobie et violence symbolique dans l'expérience du logement de locataires montréalais ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 31, no 2 : 145–162. <https://doi.org/10.7202/1076649ar>
- Graignic-Philippe, Rozenn et S. Tordjman. 2009. « Effets du stress pendant la grossesse sur le développement du bébé et de l'enfant ». *Archives de Pédiatrie*, vol. 16, no 10 : 1355-1363. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2009.07.001>.
- Grenier, Mathilde. 2019. « Le consentement dans la formation médicale en gynécologie obstétrique et la reproduction sociale des violences obstétricales ». Mémoire de M. Sc. en sociologie, Université du Québec à Montréal. <https://archipel.uqam.ca/12949/>
- Grino, Claire. 2014. « La pilule : biologisation de la contraception et régulation sociale ». *Genre, sexualité & société*, vol 12. <https://doi.org/10.4000/gss.3280>
- Guay, Emanuel. 2020. « Les inégalités ethnoraciales face au système de justice pénale et la démocratie : une analyse du cas canadien ». *Lien social et Politiques*, no 84 : 223-238. <https://doi.org/10.7202/1069451ar>
- Hamann, Jean. 2022. « Césariennes: la forte hausse demeure encore largement inexpliquée ». *ULaval nouvelles*, 2 mars 2022. <https://nouvelles.ulaval.ca/2022/03/02/cesariennes-la->



forte-hausse-demeure-encore-largement-inexpliquee-  
b3ee836e1da38b67054407f7ac1c2aa7

- Hamisultane, Sophie. 2020. « Personnes descendantes de migrants racisées face aux micro-agressions : silence, résistance et communauté imaginaire d'appartenance ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 31, no 2 : 163–181. <https://doi.org/10.7202/1076650ar>
- Harindranath, Ramaswami. 2014 « The view from the Global South: an introduction », *Postcolonial Studies*, vol. 17, no 2 : 109-114. 10.1080/13688790.2014.966412
- Harper, Elizabeth et Lyne Kurtzman. 2014. « Intersectionnalité : regards théoriques et usages en recherche et en intervention féministes : présentation du dossier ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 26, no 2 : 15–27. <https://doi.org/10.7202/1029259ar>
- hooks, bell. 1992. « Eating the Other: Desire and Resistance ». Dans *Black Looks: Race and Representation*, 21-39. New York: Routledge.
- hooks, bell. 2015. *Ne suis-je pas une femme? : Femmes noires et féminisme*. Paris : Éditions Cambourakis.
- Hummer, Robert A. 1996. « Black-White Differences in Health and Mortality: A Review and Conceptual Model ». *The Sociological Quarterly*, vol. 37, no. 1 : 105–25. <http://www.jstor.org/stable/4121305>.
- Hyman, Ilene. 2009. *Le racisme comme déterminant de la santé des immigrants*, Canada : Agence de la santé publique du Canada, DISI et Projet Metropolis, 14 p.
- Ibrahim, Erika. 2022. « Santé reproductive: des organismes communautaires disent être toujours en attente d'une aide financière fédérale ». *Le Soleil*, 8 mai 2022. <https://www.lesoleil.com/2022/05/08/sante-reproductive-des-organismes-communautaires-disent-etre-toujours-en-attente-dune-aide-financiere-federale-018dc223004c468c2112afc981914090>
- Imbeault, Jean-Sébastien et Amina Triki-Yamani. 2021. « Comprendre le racisme systémique et ses manifestations : une question d'égalité et de solidarité ». Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Présentation de Myrlande Pierre. <https://www.cdpcj.qc.ca/fr/actualites/comprendre-racisme-systemique>
- Innocent Jr., Walter. 2020. « Et si les médias foutaient la paix aux Haïtiens de Montréal-Nord? ». *Selon Walter*, 7 mai 2020. <https://selonwalter.com/et-si-les-medias-foutaient-la-paix-aux-haitiens-de-montreal-nord/>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 2018. *Définition de la violence*. Québec : INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/vers-une-perspective-integree-en-prevention-de-la-violence/definition-de-la-violence>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 2022. *Ligne du temps COVID-19 au Québec*. Québec : INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>

- Instituts de recherche en santé du Canada. 2017. *Le gouvernement du Canada investit dans la santé des prématurés*. Gouvernement du Canada. [https://www.canada.ca/fr/instituts-recherche-sante/nouvelles/2017/05/le\\_gouvernement\\_ducanadainvestitdanslasantedesprematures.html](https://www.canada.ca/fr/instituts-recherche-sante/nouvelles/2017/05/le_gouvernement_ducanadainvestitdanslasantedesprematures.html)
- Jadotte, Herard. 1977. « Haitian Immigration to Quebec ». *Journal of Black Studies*, vol. 7, no 4: 485-500. <https://www.jstor.org/stable/2783949>
- Jewkes, Rachel et Loveday Penn-Kekana. 2015. « Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women ». *PLoS Medecine*, vol. 12, no 6: 1-4. 10.1371/journal.pmed.1001849
- JICA. 2016. « Santé maternelle et infantile ». JICA. [https://www.jica.go.jp/french/publications/japan\\_brand/c8h0vm0000a4sxzz-att/japan\\_brand\\_01\\_fr.pdf](https://www.jica.go.jp/french/publications/japan_brand/c8h0vm0000a4sxzz-att/japan_brand_01_fr.pdf)
- Jolivet, Violaine. 2017. « Médias et migration. Territorialités connectées et ancrages au sein de la communauté haïtienne de Montréal (1960-2016) ». *Mobilités, migrations internationales et réseaux sociaux : approches inter- et transnationales*, vol. 2 : 1-17. 10.4000/eps.7202
- Jordanova, L.J.. 1986. « Natural facts : a historical perspective on science and sexuality ». Dans C. P. MacCormack (éd.) *Nature, culture and gender*. Cambridge University Press.
- Josselin, Marie-Laure. 2021. « Joyce Echaquan : le racisme est une des causes de la mort ». *Radio-Canada*, 1<sup>er</sup> octobre 2021. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1828421/coroner-joyce-echaquan-atikamekw-rapport-gouvernement-racisme-lacunes>
- Kamel, Géhane. 2021. *La coroner Géhane Kamel dépose son rapport d'enquête*. Québec : Bureau du Coroner. <https://www.coroner.gouv.qc.ca/medias/communiques/detail-dun-communicue/466.html>
- Karlsen, Saffron et James Y. Nazroo. 2002. « Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic minority people », *Sociology of Health & Illness*, vol. 24, no 1 : 1–20. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00001>
- Katata, Rosalie. 2021. « Violence structurelle et judiciarisation des femmes noires au Canada : une double invisibilisation ? ». Mémoire de M.A. en service social, Université d'Ottawa. [https://prod-ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/42719/1/Katata\\_Rosalie\\_2021.pdf](https://prod-ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/42719/1/Katata_Rosalie_2021.pdf)
- L'Obs. 2019. « Moins d'Américains pauvres, mais plus d'Américains sans assurance santé ». *L'Obs*, 20 septembre 2019. <https://www.nouvelobs.com/societe/20190910.AFP4323/moins-d-americaains-pauvres-mais-plus-d-americaains-sans-assurance-sante.html>
- Labrecque, Mariane. 2018. « Expériences négatives d'accouchements décrites par des femmes ayant accouché en milieu hospitalier : les liens avec le concept des violences obstétricale

- ». Mémoire de M. Sc. en service social, Université de Montréal.  
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/21340>
- Lachapelle, Manon. 2005. « Accoucher en maison de naissance : récits de femmes québécoises sur le corps, la douleur et les émotions ». Mémoire de M.A. en anthropologie, Université Laval.  
<https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/44054>
- Laferrière, Dany. 2021. *Petit traité sur le racisme*. Montréal : Boréal.
- Laforest, Julie, Louise Marie Bouchard et Pierre Maurice. *Guide d'organisation d'entretiens semi-dirigés avec des informateurs clés : trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales - 2e édition*. Québec : INSPQ. 2011.  
[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1315\\_guideorgaentretienssemidiriginformcles2eed.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1315_guideorgaentretienssemidiriginformcles2eed.pdf)
- Lafortune, Gina et Fasal Kanouté. 2007. « Vécu identitaire d'élèves de 1ère et de 2ème génération d'origine haïtienne ». *Revue de l'Université de Moncton*, vol. 38, no 2 : 33–71.  
<https://doi.org/10.7202/038490ar>
- Landry, Marie-Pier. 2019. « Expériences de violence obstétricale en milieu hospitalier québécois: une analyse féministe intersectionnelle ». Mémoire de M. Sc. en service social, Université Laval. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/37091>
- Larkin, Patricia, Cecily M. Begley et Declan Devane. 2009. « Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis ». *Midwifery*, vol. 25, no 2 : 49-59.
- Le Groupe Jean Coutu. 2021. « Pilule contraceptive : faisons le point! ». Le Groupe Jean Coutu.  
<https://www.jeancoutu.com/sante/conseils-sante/pilule-contraceptive/>
- Lebrun, Pierre-Brice. 2015. « La vulnérabilité », *Empan*, vol. 98, no 2 : 112-116.  
<https://doi.org/10.3917/empa.098.0112>
- Léger, Pamela. 2021. « Racisme et inégalités de santé vécues par femmes de la communauté haïtienne à Montréal ». *Sessions Sociologiques*, vol. 2021, no 1 : 17-25.  
[https://sessionssociologiques.files.wordpress.com/2021/09/sessions-sociologiques\\_ecc81dition-2021\\_vf.pdf](https://sessionssociologiques.files.wordpress.com/2021/09/sessions-sociologiques_ecc81dition-2021_vf.pdf)
- Markon, Marie-Pierre, Vicky Springmann et Valérie Lemieux. 2020. *Inégaux face à la pandémie*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, gouvernement du Québec. <https://riocm.org/wp-content/uploads/2013/09/inegaux-pandemie.pdf>
- Martin, Nina et Renee Montagne. 2017. « Nothing Protects Black Women From Dying in Pregnancy and Childbirth ». *ProPublica* et *NPR*. <https://assets.propublica.org/pdf/Lost-Mothers-Black-Women.pdf>

- Martin-Breteau, Nicolas. 2019. « Le « cœur » du racisme : préjugé racial, persuasion morale et structures sociales ». *Sens-Dessous*, vol. 23, no 1 : 71-77. <https://doi.org/10.3917/sdes.023.0071>
- Maynard, Robyn. 2018. *NoirEs sous surveillance : Esclavage, répression, violence d'État au Canada*. Québec : Mémoire d'encrier.
- Mehra, Renee, Lisa M. Boyd, Urania Magriples, Trace S. Kershaw, Jeannette R. Ickovics et Danya E. Keene. 2020. « Black Pregnant Women “Get the Most Judgment”: A Qualitative Study of the Experiences of Black Women at the Intersection of Race, Gender, and Pregnancy ». *Women's Health Issues*, vol. 30, no 6 : 484-492. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.08.001>.
- Melyon-Reinette, Stéphanie. 2018. « Contre Misogynoir. Des Caribéennes francophones entre Black Feminism et afroféminisme ». *Archipelies*, no 6 : 1-38. <https://www.archipelies.org/369>
- Ministère de l'Éducation. 2021. *Éducation à la sexualité*. Québec : Ministère de l'Éducation. <http://www.education.gouv.qc.ca/parents-et-tuteurs/education-a-la-sexualite/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2018. *Le système de santé et de services sociaux au Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-731-01WF.pdf>
- Morin, Françoise. 1993. « Entre visibilité et invisibilité : les aléas identitaires des Haïtiens de New York et Montréal ». *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 9, no 3 : 147-176. <https://doi.org/10.3406/remi.1993.1373>
- Namaste, Viviane. 2017. « Les infirmières haïtiennes comme catalyseurs de changement social: Le cas de l'histoire du sida à Montréal ». *Haïti Perspectives*, vol. 6, no 1 : 62-71. <http://www.haiti-perspectives.com/pdf/6.1-namaste.pdf>
- Novello-Vautour, Katherine. 2021. « Discriminer le miracle de la vie : La violence obstétricale chez les personnes noires et autochtones dans les institutions de santé au Canada ». Mémoire de M.A., Université Ottawa. [https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/42722/1/Novello-Vautour\\_Katherine\\_2021.pdf](https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/42722/1/Novello-Vautour_Katherine_2021.pdf)
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 2008. *La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Anthropologie prospective : Éditions Academia.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 2022. « L'enquête qualitative et le point de vue des acteurs ». *Éducation Permanente*, vol. 1, no 230 : 31-35. <https://doi.org/10.3917/edpe.230.0031>
- Organisation mondiale de la Santé. 1988. *Why did Mrs X Die?*. Organisation mondiale de la Santé, 9 :54. <https://www.youtube.com/watch?v=WNb9pNymuwQ>
- Organisation mondiale de la Santé. 2014. *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. Organisation mondiale de la Santé.

- [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/fr/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/fr/)
- Paquette, Julie, Bernard-Simon Leclerc et Sonia Bourque. 2014. « La santé dans tous ses états: les déterminants sociaux de la santé ». *Trousse pédagogique*, CSSS de Bordeaux Cartierville-Saint-Laurent-CAU (centre affilié universitaire), p. 9. <https://centreinteractions.ca/publication/la-sante-dans-tous-ses-etats-les-determinants-sociaux-de-la-sante/>
- Passeport Santé. 2015. « Définition de l'épisiotomie ». *Passeport Santé*. <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/examens-medicaux-operations/Fiche.aspx?doc=examen-episiotomie>
- Pelto, Pertti J. 2013. *Applied Ethnography: Guidelines for Field Research*. New York: Taylor & Francis. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315434698/applied-ethnography-pertti-pelto>
- Pepin, Yves. 2017. *La contraception : faits saillants de l'Enquête québécoise sur la santé de la population en Mauricie et Centre-du-Québec, 2014-2015*. Québec : Centre intégré universitaire de la santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-centre-du-Québec. <https://ciusssmcq.ca/telechargement/643/la-contraception-faits-saillants-de-l-enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-popu>
- Pierre, Alexandra. 2017. « Mots choisis pour réfléchir au racisme et à l'anti-racisme ». *Revue Droits et libertés*, 1 mars 2017. <https://liguedesdroits.ca/mots-choisis-pour-reflechir-au-racisme-et-a-lanti-racisme/>
- Pierre, Alexandra. 2021. *Empreintes de résistance : Filiations et récits de femmes autochtones, noires et racisées*. Québec : Remue-ménage.
- Pierre, Myrlande et Pierre Bosset. 2021. « Racisme et discrimination systémiques dans le Québec contemporain : présentation du dossier ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 31, no 2 : 23–37. <https://doi.org/10.7202/1076643ar>
- Pierre-Pierre, Maud. 2017. « 40 ans de présence, 40 ans de persévérance : Ralliement des infirmières et infirmières auxiliaires haïtiennes de Montréal ». *Haiti Perspectives*, vol. 6, no 1 : 5-12. <http://www.haiti-perspectives.com/pdf/6.1-analyse.pdf>
- Pilon, Francis. 2018. « Dix ans après la mort de Fredy Villanueva : Montréal-Nord toujours divisé ». *Le Journal de Montréal*, 9 août 2018. <https://www.journaldemontreal.com/2018/08/09/dix-ans-apres-la-mort-de-fredy-villanueva--montreal-nord-toujours-divise>
- Portner, Virginie. 2019. « Évolution de la contraception : De la révolution de la pilule à son désamour actuel, quelle place pour les alternatives afin d'offrir un choix autodéterminé aux femmes ? » *CEFOC HETS*, Travail de diplôme, DAS en Santé Sexuelle, Promotion 2017-2019. [https://www.sante-sexuelle.ch/assets/docs/Portner\\_Travail-de-diplome.pdf](https://www.sante-sexuelle.ch/assets/docs/Portner_Travail-de-diplome.pdf)

- Potvin, Maryse. 1997. « Les jeunes de la deuxième génération haïtienne au Québec : entre la communauté "réelle" et la communauté "représentée" ». *Sociologie et Sociétés*, vol. 29, no 2 : 77-101. [10.7202/001572ar](https://doi.org/10.7202/001572ar)
- Price, Kimala. 2010. « What is Reproductive Justice?: How Women of Color Activists Are Redefining the ProChoice Paradigm ». *Duke University, Meridians*, vol. 10, no 2 : 42-65. <https://www.jstor.org/stable/10.2979/meridians.2010.10.2.42>
- Quashie, Kevin. 2018. « La souveraineté du recueillement ». *Multitudes*, vol. 4, no 72 : 146-153. [10.3917/mult.072.0146](https://doi.org/10.3917/mult.072.0146)
- Quijano, Aníbal. 2000. « Coloniality of Power, Eurocentrism, and Latin America ». *Nepantla: Views from South*, vol. 1, no 3 : 533-580. <https://muse.jhu.edu/article/23906>
- Quiroz, Lissell. 2020. « La maternité au croisement des oppressions. Les stérilisations forcées au Pérou (1996-2000) ». *20 & 21. Revue d'histoire*, vol. 146, no 2 : 69-80. <https://doi.org/10.3917/vin.146.0069>
- Radio-Canada. 2018. « Oui, l'accès aux soins s'améliore au Québec, mais pas pour tous ». *Radio-Canada*, 15 septembre 2018. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1123467/sante-mentale-soins-accessibilite-quebec-urgence-ciuss>
- Radio-Canada. 2021. « Homme noir abattu à Repentigny : « J'ai appelé pour de l'aide, et on a tué mon fils » ». *Radio-Canada*, 2 août 2021. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1813675/police-mort-bei-noir-justice-enquete>
- Rainville, Paul-Etienne. 2020. « De l'égalité formelle à l'égalité réelle : l'approche systémique du racisme et les luttes pour les droits humains au Québec ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 31, no 2 : 228-240. <https://doi.org/10.7202/1076653ar>
- Recoquillon, Charlotte. 2022. « Les élections comptent. Remarques sur l'évolution de la politique électorale du mouvement Black Lives Matter ». *Hérodote*, vol. 1, no 184-185 : 93-111. <https://doi.org/10.3917/her.184.0093>
- Regroupement Naissance-Renaissance. 2014a. « Choix du suivi de grossesse ». Regroupement Naissance-Renaissance. <http://naissance-renaissance.qc.ca/de-la-grossesse-au-postnatal/choix-du-suivi-de-grossesse/>
- Regroupement Naissance-Renaissance. 2014b. « Suivi par un médecin de famille ». Regroupement Naissance-Renaissance. <http://naissance-renaissance.qc.ca/suivi-par-un-medecin-de-famille/>
- Regroupement Naissance-Renaissance. 2014c. « Suivi par un gynécologue-obstétricien ». Regroupement Naissance-Renaissance. <http://naissance-renaissance.qc.ca/suivi-par-un-gynecologue-obstettricien/>
- Regroupement Naissance-Renaissance. 2014d. « Regards critiques: la communication en période périnatale ». Regroupement Naissance-Renaissance. <http://naissance-renaissance.qc.ca/regards-critiques-la-communication-en-periode-perinatale/>

- Regroupement Naissance-Renaissance. 2014e. « Regards critiques: les actions en période périnatale ». Regroupement Naissance-Renaissance. <http://naissance-renaissance.qc.ca/regards-critiques-les-actions-en-periode-perinatale/>
- Regroupement Naissance-Renaissance. 2014f. « Regards critiques sur la notion d'accouchement respecté ». Regroupement Naissance-Renaissance. <http://naissance-renaissance.qc.ca/regard-critique-sur-la-notion-daccouchement-respecte/>
- Regroupement Naissance-Renaissance. 2014g. « Regards critiques sur les pratiques en périnatalité ». Regroupement Naissance-Renaissance. <http://naissance-renaissance.qc.ca/de-la-grossesse-au-postnatal/regards-sur-les-pratiques-en-perinatalite/>
- Rémillard, David. 2018. « Le terme « race » toujours utilisé par la police de Québec ». *Radio-Canada*, 6 décembre 2018. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1138900/terme-race-anachronisme-police-charte>
- Renaud, Daniel. 2020. « Mort de Bony Jean-Pierre : « Ça n'aurait jamais dû arriver. C'est une catastrophe. » » *La Presse*, 26 novembre 2020. <https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2020-11-26/mort-de-bony-jean-pierre/ca-n-aurait-jamais-du-arriver-c-est-une-catastrophe.php>
- Rivard, Andrée. 2014. *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal, Québec: Éditions du remue-ménage.
- Rodrigues, Diego Pereira, Valdecyr Herdy Alves, Lucia Helena Garcia Penna, Audrey Vidal Pereira, Maria Bertilla Lutterbach Riker Branco, Luana Asturiano da Silva. 2015. « The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics ». *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, vol. 19, no 4 : 614-620. <https://www.scielo.br/j/ean/a/xvY6DBjdFBF93tkKsTBGxMf/?format=pdf&lang=en>
- Rozée, Virginie et Clémence Schantz. 2021. « Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique ». *Santé Publique*, vol. 33, no 5 : 629-634. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0629>
- S. Zanchetta, Margareth et Iraj M. Poureslami. 2006. « Littératie en matière de santé dans la réalité des immigrants, sur le plan de la culture et de la langue ». *Revue Canadienne de santé publique*, vol. 97, supplément 2 : 28-33. <https://www.jstor.org/stable/pdf/41995834.pdf?refreqid=excelsior%3A397d6d6e350c4cdcef24341cb6ccef6>
- Serrao, Sophia. 2020. « We Must Promote Gender-Inclusive Reproductive Health Care ». *National Partnership for Women & Families*, 2 juillet 2020. <https://www.nationalpartnership.org/our-impact/blog/general/we-must-promote-gender-inclusive-reproductive-health-care.html>
- Simpson, Audra. 2007. « On Ethnographic Refusal: Indigeneity, 'Voice' and Colonial Citizenship ». *Junctures*, no 9 : 67-80. [https://pages.ucsd.edu/~rfrank/class\\_web/ES-270/SimpsonJunctures9.pdf](https://pages.ucsd.edu/~rfrank/class_web/ES-270/SimpsonJunctures9.pdf)

- Sipan, Océane. 2022. « Qui enquête (sur) qui ? ». *Socio-anthropologie*, vol. 45 : 197-211. 10.4000/socio-anthropologie.11564
- Smith, Andrea. 2005. « Beyond Pro-Choice versus Pro-Life: Women of Color and Reproductive Justice ». *NWSA Journal*, vol. 17, no 1 : 119-140. <http://www.jstor.org/stable/4317105>
- Souissi, Takwa. 2017. « Maternité racisée: en voir de toutes les couleurs ». *Gazette des femmes*, Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec. <https://gazettedesfemmes.ca/13717/maternite-racisee-en-voir-de-toutes-les-couleurs/>
- St. Clair, Madeline. 2020. « “Disbelieving Black Women to Death”; the “Double Jeopardy”: Racism and Sexism Affects Black Women’s Access to and Quality of Care During Pregnancy, Birth, and Postpartum ». Thèse de *University Honors Program*, Université du Nebraska en Omaha. [https://digitalcommons.unomaha.edu/university\\_honors\\_program/80](https://digitalcommons.unomaha.edu/university_honors_program/80)
- Statistique Canada. 2021. *Classification des cisgenres et des transgenres*. Statistique Canada. [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD\\_f.pl?Function=getVD&TVD=469267&CVD=469268&CLV=0&MLV=2&D=1](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=469267&CVD=469268&CLV=0&MLV=2&D=1)
- Statistique Canada. 2022. *Le Mois de l’histoire des Noirs 2022*. Statistique Canada. [https://www.statcan.gc.ca/fr/dai/smr08/2022/smr08\\_259](https://www.statcan.gc.ca/fr/dai/smr08/2022/smr08_259)
- Stekke, Delphine. 2019. « L’incertitude d’une grossesse à haut risque ». *Le Journal des psychologues*, vol. 369, no 7 : 46-49. <https://doi.org/10.3917/jdp.369.0046>
- T. Williams, Monnica. 2020. « Microaggressions: Clarification, Evidence, and Impact ». *Perspectives on Psychological Science*, vol. 14, no 1 : 3-26. 10.1177/1745691619827499
- Thurin, Jean-Michel et Claude Jacque. 2002. « Stress, immunité et physiologie du système nerveux ». *Medecine sciences*, vol 18, no 11 : 1160-116. 10.1051/medsci/200218111160
- Tircher, Pierre et Nicolas Zorn. 2020. « Inégaux face au coronavirus : constats et recommandations ». Montréal, Observatoire québécois des inégalités.
- Tortelli, Andrea, Hélène Kourio, L. Ailam, Norbert Skurnik. 2009. « Psychose et migration, une revue de la littérature ». *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, vol. 167, no 6 : 459. 10.1016/j.amp.2009.06.001
- Triki-Yamani, Amina. 2020. « La progression en emploi dans le secteur privé du Grand Montréal : les minorités visibles face à des inégalités de traitement ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 31, no 2 : 38–65. <https://doi.org/10.7202/1076644ar>
- UNFPA. 2022. « Santé sexuelle et reproductive ». Fonds des Nations Unies pour la population. <https://www.unfpa.org/fr/sant%C3%A9-sexuelle-et-reproductive#readmore-expand>
- USAID Maternal and Child Survival Program. 2015. « La santé maternelle ». USAID Maternal and Child Survival Program. <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2015/12/Maternal-Technical-Fact-Sheet-9-29-2015-French.pdf>



- Vadeboncoeur, Hélène. 2005. « L’humanisation des pratiques entourant l’accouchement est-elle limitée ? ». *Le Médecin du Québec*, vol. 40, no 7 : 77-86. <https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/077-086Documentation0705.pdf>
- Valade, Véronique. 2020. « Parcours d’étudiants racisés à l’université au Québec : le cas d’étudiants montréalais d’origine haïtienne ». Mémoire de M.A., Université de Montréal. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/25701/Valade\\_Veronique\\_2020\\_memoire.pdf?sequence=8](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/25701/Valade_Veronique_2020_memoire.pdf?sequence=8)
- Valentini Hélène. 2004. « « Notre force de changement » – L’évolution de la périnatalité au Québec – 1973-2003 ». *Santé, Société et Solidarité*, no 1 : 49-55. 10.3406/oss.2004.1221
- van Best, Niels, Maria Gloria Dominguez-Bello, Mathias W. Hornef, Eldin Jašarević, Katri Korpela et Trevor D. Lawley. 2022. « Should we modulate the neonatal microbiome and what should be the goal? ». *Microbiome* vol. 10, no 74 : 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40168-022-01281-4>
- Verbiest, Sarah, Erin Bonzon et Arden Handler. 2016. « Postpartum Health and Wellness: A Call for Quality Woman-Centered Care ». *Maternal Child Health Journal*, vol. 20, supplement 1 : 1-7. 10.1007/s10995-016-2188-5
- Villarosa, Linda. 2018. « Why America’s Black Mothers and Babies Are in a Life-or-Death Crisis ». *The New York Time Magazine*, 11 avril 2018. <https://www.nytimes.com/2018/04/11/magazine/black-mothers-babies-death-maternal-mortality.html>
- Vissandjée, Bilkis, Karine Bates, François Vialla et Jonathan Kuntz. 2013. « Expérience d’immigration et droit à la santé, à des soins et à des services de qualité : une question de justice sociale ». *Alterstice*, vol. 3, no 1 : 67-83. [https://www.journal.psy.ulaval.ca/ojs/index.php/ARIRI/article/view/Vissandjee\\_Alterstic\\_e3%281%29](https://www.journal.psy.ulaval.ca/ojs/index.php/ARIRI/article/view/Vissandjee_Alterstic_e3%281%29)
- Wapikoni. 2020. « Chaque enfant compte: un mouvement social important ». *Wapikoni*, 29 septembre 2020. <http://www.wapikoni.ca/actualites/nouvelles/chaque-enfant-compte-un-mouvement-social-important>
- Watson, Ash et Deborah Lupton. 2022. « Remote Fieldwork in Homes During the COVID-19 Pandemic: Video-Call Ethnography and Map Drawing Method ». *International Journal of Qualitative Methods*, vol. 21 : 1-12. 10.1177/16094069221078376
- Winckler, M. 2001. *Contraceptions : mode d’emploi*. Vauvert : Au diable vauvert.
- Zeindler, Christine. 2013. « Stress maternel prénatal ». Douglas, Institut universitaire en santé mentale. <http://www.douglas.qc.ca/info/prenatal-stress?locale=fr>
- Zimmermann, Sophie. « Ligatures des trompes : opération, âge, effet sur les règles ». *Passeport santé*, 12 avril 2021, <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/examens-medicaux-operations/Fiche.aspx?doc=ligatures-trompes-operation-age-effet-sur-regles>

## Annexe A

Outil de collecte de donnée : guide d'entretien pour les personnes pouvant donner naissance ayant des origines haïtiennes ayant des enfants

1. Quel est votre âge, et où avez-vous grandi?
2. Savez-vous ce qu'est la santé reproductive et ce qu'elle implique?
3. Quel est votre niveau d'éducation, et quel est votre emploi?
4. Où sont nés vos parents?
5. Avez-vous de la famille élargie ici?
6. Quand avez-vous eu votre/vos enfant·s?
7. Qu'est-ce que le fait d'avoir des enfants représente pour vous?
8. Êtes-vous présentement dans une relation?
9. Avez-vous déjà eu recours à des méthodes de contraception? Lesquelles et pourquoi?
10. Selon votre propre expérience ou celle de vos proches (sans nommer de nom), considérez-vous les soins reliés à la santé reproductive accessibles?
11. Habitez-vous près de certaines institutions de soins de santé et/ou de services sociaux?
12. Comment avez-vous vécu votre grossesse?
13. Avez-vous été suivi pendant la période de périnatalité par le système de santé?
14. Avez-vous vécu de près ou de loin une grossesse d'une personne proche de vous avant d'avoir des enfants? Comment cela vous a-t-il marqué?
15. Quelle est votre principale source d'information concernant ce qui touche à la grossesse?
16. Est-ce qu'il existe une forme de tabou de la sexualité de la part de vos parents?
17. Vers qui vous êtes-vous tourné quand vous avez appris que vous étiez enceinte?
18. Avez-vous déjà fait face à des difficultés ou barrières en milieu de santé? Quelles sont-elles?

19. Avez-vous vécu ou ressenti des discriminations dans la vie de tous les jours?
20. Si oui, pensez-vous que cela a/aurait pu affecter votre grossesse?
21. Parlez-moi du racisme systémique.
22. Comment vous identifiez-vous? Pourquoi?
23. Parlez-moi de votre perception de la représentation de la communauté haïtienne dans les médias.
24. Ressentez-vous une pression constante de devoir être au meilleur de vous-même?
25. Considérez-vous que le racisme ait déjà affecté votre santé reproductive?

## Annexe B

Outil de collecte de donnée : guide d'entretien pour les personnes pouvant donner naissance ayant des origines haïtiennes n'ayant pas d'enfant

1. Quel est votre âge, et où avez-vous grandi?
2. Savez-vous ce qu'est la santé reproductive et ce qu'elle implique?
3. Quel est votre niveau d'éducation, et quel est votre emploi?
4. Où sont nés vos parents?
5. Avez-vous de la famille élargie ici?
6. Voulez-vous des enfants?
7. Qu'est-ce que le fait d'avoir des enfants représente pour vous?
8. Êtes-vous présentement dans une relation?
9. Avez-vous un médecin de famille?
10. Avez-vous déjà eu recours à des méthodes de contraception? Lesquelles et pourquoi?
11. Selon votre propre expérience ou celle de vos proches (sans nommer de nom), considérez-vous les soins reliés à la santé reproductive accessibles?
12. Habitez-vous près de certaines institutions de soins de santé et/ou de services sociaux?
13. Avez-vous vécu de près ou de loin une grossesse d'une personne proche de vous? Comment cela vous a-t-il marqué?
14. Est-ce qu'il existe une forme de tabou de la sexualité de la part de vos parents?
15. Si vous avez l'intention d'avoir des enfants, considérez-vous être suivi en période de périnatalité par le système de santé?
16. Avez-vous déjà fait face à des difficultés ou barrières en milieu de santé? Quelles sont-elles?

17. Avez-vous déjà ressenti des inégalités au sein de votre emploi, de la part de n'importe qui?
18. Parlez-moi du racisme systémique.
19. Comment vous identifiez-vous? Pourquoi?
20. Parlez-moi de votre perception de la représentation de la communauté haïtienne dans les médias.
21. Avez-vous vécu ou ressenti des discriminations dans la vie de tous les jours?
22. Ressentez-vous une pression constante de devoir être au meilleur de vous-même?
23. Considérez-vous que le racisme ait déjà affecté votre santé reproductive?

## Annexe C

Outil de collecte de donnée : guide d'entretien pour membres du personnel de soins de santé et de services sociaux

1. Depuis quand travaillez-vous dans cet organisme?
2. Quelle est votre formation?
3. Savez-vous ce qu'est la santé reproductive et ce qu'elle implique?
4. À quoi ressemble une journée type dans votre travail?
5. Considérez-vous que les inégalités se font sentir chez les personnes avec qui vous travaillez?
6. Entendez-vous beaucoup d'histoires concernant des inégalités sociales vécues par celle-ci?
7. Qu'est-ce qui revient le plus souvent dans les vécus de ces personnes?
8. Qu'est-ce qui revient le plus souvent chez les femmes?
9. Avez-vous déjà entendu des expériences négatives concernant la santé reproductive de la part des personnes avec lesquelles vous travaillez?
10. Est-ce que votre organisme fournit des informations concernant la santé sexuelle, ou encore l'accès à des méthodes de contraception, telles que la pilule contraceptive et/ou des condoms?
11. Avez-vous déjà aperçu des inégalités d'accès en soins de santé?
12. Comment ces personnes, en général, perçoivent-elles le fait d'avoir des enfants?