SENATE SÉNAT

CANADA

First Session
Forty-second Parliament, 2015-16-17-18-19

Proceedings of the Standing Senate Committee on

HUMAN RIGHTS

Chair:
The Honourable WANDA ELAINE THOMAS BERNARD

Wednesday, March 20, 2019
Wednesday, April 3, 2019

Issue No. 40

Thirty-seventh meeting:

Study on the issues relating to the human rights of prisoners in the correctional system

and

Tenth meeting:

Examine and monitor issues relating to human rights and, inter alia, to review the machinery of government dealing with Canada's international and national human rights obligations

WITNESSES:
(*See back cover*)

Première session de la
quarante-deuxième législature, 2015-2016-2017-2018-2019

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

DROITS DE LA PERSONNE

Présidente :
L'honorable WANDA ELAINE THOMAS BERNARD

Le mercredi 20 mars 2019
Le mercredi 3 avril 2019

Fascicule nº 40

Trente-septième réunion :

Étude sur les questions concernant les droits de la personne des prisonniers dans le système correctionnel

et

Dixième réunion :

Étudier et surveiller l'évolution de diverses questions ayant trait aux droits de la personne et examiner, entre autres choses, les mécanismes du gouvernement pour que le Canada respecte ses obligations nationales et internationales en matière de droits de la personne

TÉMOINS :
(*Voir à l'endos*)

54607-54643

STANDING SENATE COMMITTEE ON HUMAN RIGHTS

The Honourable Wanda Elaine Thomas Bernard, *Chair*

The Honourable Salma Ataullahjan, *Deputy Chair*

The Honourable Jane Cordy, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Boyer
Brazeau
* Day
(or Mercer)
* Harder, P.C.
(or Bellemare)
(or Mitchell)
Hartling
Ngo
Pate
* Smith
(or Martin)
Wells
* Woo
(or Saint-Germain)

*Ex officio members

(Quorum 4)

Change in membership of the committee:

Pursuant to rule 12-5 and to the orders of the Senate of November 7, 2017 and of November 20, 2018, membership of the committee was amended as follows:

The Honourable Senator Wells replaced the Honourable Senator Martin (*February 28, 2019*).

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES DROITS DE LA PERSONNE

Présidente : L'honorable Wanda Elaine Thomas Bernard

Vice-présidente : L'honorable Salma Ataullahjan

Vice-présidente : L'honorable Jane Cordy

et

Les honorables sénateurs :

Boyer
Brazeau
* Day
(ou Mercer)
* Harder, C.P.
(ou Bellemare)
(ou Mitchell)
Hartling
Ngo
Pate
* Smith
(ou Martin)
Wells
* Woo
(ou Saint-Germain)

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité :

Conformément à l'article 12-5 du Règlement et aux ordres adoptés par le Sénat le 7 novembre 2017 et le 20 novembre 2018, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Wells a remplacé l'honorable sénatrice Martin (*le 28 février 2019*).

Published by the Senate of Canada
Available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Publié par le Sénat du Canada
Disponible sur internet : http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, March 20, 2019
(82)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Human Rights met this day at 11:30 a.m., in room B30, Senate of Canada Building, the chair, the Honourable Wanda Elaine Thomas Bernard, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Ataullahjan, Bernard, Boyer, Brazeau, Hartling, Ngo, Pate and Wells (8).

In attendance: Jean-Philippe Duguay and Alexandra Smith, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament; and Síofra McAllister, Communications Officer, Senate Communications Directorate.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, December 15, 2016, the committee continued its study on the issues relating to the human rights of prisoners in the correctional system. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue. No. 14.*)

WITNESSES:

UCCO-SACC-CSN:

Jason Godin, National President;

Éric Thibault, National Vice-President.

The chair made a statement.

Mr. Godin made a statement and answered questions.

At 12:45 p.m., the committee suspended.

At 12:50 p.m., pursuant to rule 12-16(1)(d), the committee resumed in camera to consider a draft report.

It was agreed:

That senators' staff be permitted to remain in the room during the in camera meeting.

That the committee allow the transcription/recording of the in camera portions of today's meeting, that one copy be kept with the clerk of the committee for consultation by the committee members (present) and/or by the committee analysts, and that the transcript be destroyed by the clerk when authorized to do so by the Subcommittee on Agenda and Procedure, but no later than the end of this parliamentary session.

At 1:34 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 20 mars 2019
(82)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des droits de la personne se réunit aujourd'hui, à 11 h 30, dans la pièce B30 de l'édifice du Sénat du Canada, sous la présidence de l'honorable Wanda Elaine Thomas Bernard (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Ataullahjan, Bernard, Boyer, Brazeau, Hartling, Ngo, Pate et Wells (8).

Également présents : Jean-Philippe Duguay et Alexandra Smith, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement; et Síofra McAllister, agente de communications, Direction des communications du Sénat.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 15 décembre 2016, le comité poursuit son étude sur les questions concernant les droits de la personne des prisonniers dans le système correctionnel. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 14 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

UCCO-SACC-CSN :

Jason Godin, président national;

Éric Thibault, vice-président national.

La présidente fait une déclaration.

M. Godin fait une déclaration, puis répond aux questions.

À 12 h 45, la séance est suspendue.

À 12 h 50, conformément à l'article 12-16(1)d) du Règlement, la séance se poursuit à huis clos afin que le comité étudie une ébauche de rapport.

Il est convenu :

Que le personnel des sénateurs soit autorisé à demeurer dans la pièce durant la partie de la réunion tenue à huis clos.

Que le comité permette la transcription et l'enregistrement de la portion à huis clos de la séance d'aujourd'hui, qu'une copie en soit conservée au bureau de la greffière pour consultation par les membres du comité présents ou les analystes du comité; et qu'elle soit détruite par la greffière lorsque le Sous-comité du programme et de la procédure l'autorisera à le faire, mais au plus tard à la fin de la session parlementaire.

À 13 h 34, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, Wednesday, April 3, 2019
(83)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Human Rights met this day at 11:30 a.m., in room B30, Senate of Canada Building, the deputy chair, the Honourable Jane Cordy, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Bernard, Boyer, Cordy, Hartling, Ngo, Pate and Wells (7).

In attendance: Jean-Philippe Duguay and Alexandra Smith, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, September 20, 2018, the committee continued to examine and monitor issues relating to human rights and, inter alia, to review the machinery of government dealing with Canada's international and national human rights obligations. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 34.*)

WITNESSES:

As individuals:

Alisa Lombard, Lawyer and Partner, Semaganis Worme Lombard.

Karen Stote, Author and Assistant Professor, Women and Gender Studies Program, Wilfrid Laurier University.

Amnesty International:

Jackie Hansen, Gender Rights Campaigner.

Action Canada for Sexual Health and Rights:

Sandeep Prasad, Executive Director.

The chair made a statement.

Ms. Lombard and Ms. Stote each made statements and answered questions.

At 12:25 p.m., the committee suspended.

At 12:31 p.m., the committee resumed.

Ms. Hansen and Mr. Prasad each made statements and answered questions.

At 1:19 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, le mercredi 3 avril 2019
(83)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des droits de la personne se réunit aujourd'hui, à 11 h 30, dans la pièce B30 de l'édifice du Sénat du Canada, sous la présidence de l'honorable Jane Cordy (*vice-présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Bernard, Boyer, Cordy, Hartling, Ngo, Pate et Wells (7).

Également présents : Jean-Philippe Duguay et Alexandra Smith, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 20 septembre 2018, le comité poursuit son étude pour surveiller l'évolution de diverses questions ayant trait aux droits de la personne et examiner, entre autres choses, les mécanismes du gouvernement pour que le Canada respecte ses obligations nationales et internationales en matière de droits de la personne. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 34 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

À titre personnel :

Alisa Lombard, avocate et associée, Semaganis Worme Lombard.

Karen Stote, écrivaine et professeure adjointe, Programme d'études des femmes et de genre, Université Wilfrid Laurier.

Amnistie internationale :

Jackie Hansen, responsable de la campagne pour les droits des femmes.

Action Canada pour la santé et les droits sexuels :

Sandeep Prasad, directeur exécutif.

La présidente fait une déclaration.

Mme Lombard et Mme Stote font chacune une déclaration, puis répondent aux questions.

À 12 h 25, la séance est suspendue.

À 12 h 31, la séance reprend.

Mme Hansen et M. Prasad font chacun une déclaration, puis répondent aux questions.

À 13 h 19, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, March 20, 2019

The Standing Senate Committee on Human Rights met this day at 11:30 a.m. to study issues relating to the human rights of prisoners in the correctional system; and, in camera, for the consideration of a draft report.

Senator Wanda Elaine Thomas Bernard (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Good morning and welcome.

I would like to begin by acknowledging, for the sake of reconciliation, that we are meeting on the unceded traditional lands of Algonquin peoples. My name is Wanda Thomas Bernard, senator from Nova Scotia, and I have the honour and privilege of chairing this committee.

I now invite my fellow senators to introduce themselves.

Senator Ataullahjan: Salma Ataullahjan from Ontario.

Senator Pate: Kim Pate from Ontario.

Senator Hartling: Nancy Hartling from New Brunswick.

Senator Boyer: Yvonne Boyer from Ontario.

Senator Wells: David Wells from Newfoundland and Labrador.

The Chair: Our committee has been studying the human rights of federally sentenced persons. During this study, the committee has held public hearings in Ottawa, as well as in the various regions, and has conducted fact-finding visits to 29 facilities.

As we draw our study to a close, we are hearing from some witnesses with whom we met early in our study. In this first hour, we are hearing again from the Union of Canadian Correctional Officers, UCCO-SACC-CSN. Let me introduce Jason Godin, National President, and Éric Thibault, National Vice-President.

Senator Ngo has just joined us, welcome.

Mr. Godin, welcome back. You have the floor.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 20 mars 2019

Le Comité sénatorial permanent des droits de la personne se réunit aujourd'hui, à 11 h 30, pour étudier les questions concernant les droits de la personne des prisonniers dans le système correctionnel, et à huis clos, pour étudier une ébauche de rapport.

La sénatrice Wanda Elaine Thomas Bernard (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bonjour. Je vous souhaite la bienvenue.

J'aimerais d'abord souligner, au nom de la réconciliation, que nous sommes réunis sur le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin. Je m'appelle Wanda Thomas Bernard, et je suis une sénatrice de la Nouvelle-Écosse. C'est un honneur et un privilège pour moi de présider le comité.

J'invite maintenant mes collègues à se présenter.

La sénatrice Ataullahjan : Salma Ataullahjan, de l'Ontario.

La sénatrice Pate : Kim Pate, de l'Ontario.

La sénatrice Hartling : Nancy Hartling, du Nouveau-Brunswick.

La sénatrice Boyer : Yvonne Boyer, de l'Ontario.

Le sénateur Wells : David Wells, de Terre-Neuve-et-Labrador.

La présidente : Notre comité étudie les droits de la personne des prisonniers dans les établissements correctionnels fédéraux. Au cours de cette étude, le comité a tenu des audiences publiques à Ottawa ainsi que dans diverses régions du pays, et il a effectué des visites d'information dans 29 établissements.

Alors que notre étude tire à sa fin, nous entendrons des témoins que nous avons rencontrés au début de notre étude. Lors de la première heure, nous entendrons de nouveau le témoignage de l'Union of Canadian Correctional Officers/Syndicat des agents correctionnels du Canada/Confédération des syndicats nationaux (UCCO-SACC-CSN). Permettez-moi de vous présenter le président national de ce syndicat, Jason Godin, et son vice-président national, Éric Thibault.

Le sénateur Ngo vient de se joindre à nous. Bienvenue, sénateur.

Je vous souhaite de nouveau la bienvenue, monsieur Godin. Vous avez la parole.

Jason Godin, National President, UCCO-SACC-CSN: I would like to thank the committee for inviting us. It's a pleasure to be here today to speak to you on a number of issues. Today,I will primarily focus most of my comments on Bill C-83. I have also submitted some briefs at the request of the committee around prison needle exchange, as well as the high-risk women offenders proposal that was tabled back in 2005. I will stick to Bill C-83. I am certainly open to any questions afterward.

The Union of Canadian Correctional Officers represents over 7,300 federal correctional officers working in all institutions across the country. As law enforcement professionals, we represent a critical component of Correctional Service of Canada, enabling the service to achieve its public safety mandate 24 hours a day, 365 days a year. Recently much consideration has been given to the role segregation plays within Canada's correctional system, both provincially and federally. It has been thoroughly studied and its effects analyzed and debated both by academics and by critics of justice systems globally.

With the recent introduction of Bill C-83, CSC will be forced to significantly change the manner in which it manages offender populations. The passage of Bill C-83 will result in changes to operational policies that will markedly affect the operations of our federal penitentiaries, impacting staff and inmates alike.

Accordingly, UCCO-SACC-CSN, whose members represent a significant partner in the discharge of effective corrections, seeks to participate in the discussions about these changes. As such, the goal of this report is to provide perspective on the potential impact of these changes from a correctional officer's perspective.

Should Bill C-83 be successful, CSC will be forced to implement policy that will drastically alter the manner in which the most difficult segments of its population are managed. As we have seen through recent CSC policy changes to CD 709, by eliminating segregation and replacing it with structured intervention units, CSC will further struggle to achieve its mandate of exercising safe, secure and humane control over its inmate populations.

We are concerned about policy revisions that appear to be reducing the ability to isolate an inmate, either for their safety or safety of staff, subsection 37.3. This is not to suggest that Bill C-83 is not without its merits. Tools such as body scanners provided for in Bill C-83 will enhance the abilities of correctional officers to reduce the various types of contraband that threaten the safety of those working and living in federal institutions. However, in order to implement the bill in its

Jason Godin, président national, UCCO-SACC-CSN : Je remercie le comité de nous avoir invités. Je suis heureux d'être ici aujourd'hui pour parler d'un certain nombre de questions. Aujourd'hui, je mettrai l'accent surtout sur le projet de loi C-83. À la demande du comité, j'ai aussi soumis des mémoires sur l'échange de seringues dans les prisons, ainsi que sur la proposition d'une stratégie pour les détenues à haut risque qui a été déposée en 2005. Je m'en tiendrai au projet de loi C-83, mais je serai certes prêt à répondre à toute question ensuite.

Le Syndicat des agents correctionnels du Canada représente plus de 7 300 agents correctionnels fédéraux travaillant dans les établissements carcéraux dans tout le pays. En tant qu'agents du maintien de l'ordre, nous formons une composante cruciale du Service correctionnel du Canada, ou SCC, car nous lui permettons de remplir son mandat de sécurité publique 24 heures par jour, 365 jours par année. Récemment, on s'est beaucoup intéressé au rôle que l'isolement joue dans le système correctionnel du Canada, tant au niveau provincial que fédéral. La question de l'isolement a été examinée avec soin, et ses conséquences ont été analysées et débattues tant par les universitaires que par les détracteurs des systèmes de justice à l'échelle mondiale.

La récente présentation du projet de loi C-83 forcera le SCC à changer considérablement la façon dont il gère la population de délinquants. L'adoption du projet de loi C-83 se traduira par des changements aux politiques opérationnelles, qui influeront sensiblement sur le fonctionnement de nos pénitenciers fédéraux et auront des répercussions sur leur personnel et leurs détenus.

Par conséquent, l'UCCO-SACC-CSN, dont les membres sont d'importants partenaires dans la prestation de services correctionnels efficaces, souhaite prendre part aux discussions sur ces changements. L'objectif de l'ébauche de rapport est de décrire les répercussions possibles de ces changements du point de vue d'un agent correctionnel.

Si le projet de loi C-83 est adopté, le SCC sera forcé de mettre en œuvre une politique qui modifiera radicalement la façon dont les segments les plus difficiles de sa population sont gérés. Comme nous l'avons vu avec les récentes modifications apportées à la politique du SCC par la DC 709, où le recours à l'isolement a été remplacé par les unités d'intervention structurée, le SCC aura encore plus de difficulté à réaliser son mandat, soit exercer une surveillance sécuritaire et humaine sur les populations carcérales.

Nous sommes préoccupés par ces révisions, car elles semblent réduire la possibilité de recourir à l'isolement pour assurer la sécurité d'un détenu ou celle du personnel, comme il est prévu à l'article 37.3. Nous ne voulons en aucun cas insinuer que le projet de loi C-83 est sans mérite. En effet, il prévoit des outils, comme des détecteurs à balayage corporel, qui amélioreront la capacité des agents correctionnels de réduire les diverses formes de contrebande qui mettent en péril la sécurité des gens qui

entirety, there will be a much greater commitment required from the federal government to ensure its success.

While the bill seeks to amend several key components of the CSC framework, perhaps the most significant in relation to security operations is the elimination of segregation units within federal institutions. While UCCO-SACC-CSN recognizes that effective corrections require the ability to adapt, our members are also tasked with ensuring the safety of all offenders and staff in our institutions. By eliminating disciplinary and administrative segregation, the ability to maintain control over diverse populations will be significantly impacted. We accept that an overreliance on segregation as a disciplinary consequence may lead to negative outcomes. However, there are instances where swift and immediate responses to dangerous behaviour is a necessary option.

In 2017, we witnessed the unintended impact of changes to correctional policy, namely, CD 709, administrative segregation, and CD 843, the interventions to preserve life and prevent serious bodily harm. These policies significantly reduced CSC's ability to manage its institutions through the use of segregation. Although well intended, this quickly led to a sharp increase in violence within federal penitentiaries. Early data released through the Office of the Correctional Investigator on the impact of these amendments provided some indication of the operational outcomes of these changes. An analysis of the numbers found a clear correlation between release back into regulation population and violent incidents. The releases declined to 4,025 from 5,501 from 2012 to 2017, while the number of those leaving segregation who are implicated in assault rose to 321 from 244.

Furthermore, Correctional Investigator Ivan Zinger stated that the new strategy to limit prolonged segregation has had the unintended consequences of more violent attacks behind bars. He is urging the Correctional Service of Canada to strengthen risk assessments to improve safety for inmates. While Mr. Zinger may suggest that these changes led to unintended consequences, UCCO-SACC-CSN has been unequivocal in its position that this outcome would occur. In the last two years, we have seen institutions that despite shrinking populations are becoming more violent due to organizational repose that reduced control measures which appeared to be correlated further with increases in assaults. While UCCO-SACC-CSN does not advocate for unnecessary segregation of inmates, it does strive to ensure its continued availability as a population management tool without unreasonable policy-based restrictions or outright elimination.

travaillent et vivent dans des établissements fédéraux. Cependant, afin de mettre en œuvre avec succès le projet de loi dans son ensemble, un engagement beaucoup plus grand sera requis de la part du gouvernement fédéral.

Bien que le projet de loi vise à modifier plusieurs composantes clés de la structure du SCC, la plus importante en ce qui concerne les opérations de sécurité est peut-être l'élimination des unités d'isolement au sein des établissements fédéraux. Même si l'UCCO-SACC-CSN reconnaît que l'efficacité d'un système correctionnel repose sur sa capacité d'adaptation, ses membres ont aussi la tâche d'assurer la sécurité de tous les détenus et les employés dans les pénitenciers. Si on élimine l'isolement préventif et disciplinaire, la capacité de garder le contrôle des diverses populations sera substantiellement touchée. Nous comprenons que le recours trop fréquent à l'isolement comme mesure disciplinaire peut avoir un résultat négatif. II y a néanmoins des situations où une réponse rapide et immédiate à un comportement dangereux est nécessaire.

En 2017, nous avons été témoins des répercussions imprévues des changements à la politique correctionnelle, nommément la DC 709, Isolement préventif, et la DC 843, Interventions pour préserver la vie et prévenir les blessures corporelles graves. Ces politiques ont considérablement réduit la possibilité du SCC de gérer ses établissements à l'aide de l'isolement. Quoiqu'ils étaient bien intentionnés, ces changements ont mené à une hausse marquée de la violence dans les milieux carcéraux fédéraux. Les données préliminaires publiées par le Bureau de l'enquêteur correctionnel sur les répercussions de ces modifications donnent quelques indications sur les conséquences opérationnelles de ces changements. L'analyse révèle une nette corrélation entre la réintégration des détenus dans la population carcérale générale et les incidents violents. Le nombre de détenus réintégrés est passé de 5 501 en 2012 à 4 025 en 2017, tandis que le nombre de détenus qui ont quitté l'isolement et ont été impliqués dans une agression est passé de 244 à 321.

En outre, l'enquêteur correctionnel Ivan Zinger affirme que la nouvelle stratégie consistant à limiter l'isolement prolongé a eu la conséquence inattendue d'engendrer davantage d'attaques violentes derrière les barreaux. Il implore le Service correctionnel du Canada de renforcer l'évaluation des risques afin d'améliorer la sécurité des détenus. Alors que M. Zinger suggère que ces changements ont eu des conséquences inattendues, la position de l'UCCO-SACC-CSN a toujours été catégorique quant au résultat à prévoir. Au cours des deux dernières années, nous avons observé que des établissements ont été le siège de plus en plus de violence, malgré des baisses de population, à cause de la réduction organisationnelle des mesures de contrôle, d'où le lien avec la hausse des agressions. L'UCCO-SACC-CSN ne préconise pas l'isolement inutile des détenus, mais cherche plutôt à maintenir sa disponibilité comme outil de gestion des populations sans restrictions stratégiques déraisonnables ni sa suppression complète.

Consideration also needs to be given to the transitional nature of Bill C-83. Should this bill be implemented, all inmates who are subject to disciplinary segregation will no longer be the subject of the sanction, sections 39 and 40. This will result in immediate changes to the management of violent offenders in institutional populations without apparent consideration for how they will be managed moving forward.

The bill seeks to replace segregation with the implementation of structured intervention units, the details of which are still vague. This bill would allow the commissioner to designate a penitentiary or an area in a penitentiary as a structured intervention unit for the confinement of inmates who cannot be maintained in the mainstream inmate population for security or other reasons, section 31.

Furthermore, within Bill C-83, references to segregation have been eradicated and replaced throughout by structured intervention units. As it currently stands, UCCO-SACC-CSN is of the opinion that the only units suitable for managing inmates who cannot be maintained in the mainstream population, for security or other reasons, are CSC's existing segregation units. It remains unclear whether this bill will result in actual closure of segregation units or, more simply, their renaming with something more politically appropriate.

Regardless of where the structured intervention units are situated within federal institutions, Bill C-83 also seeks to amend the manner in which the most difficult portions of institutional populations are managed. Structured intervention unit inmates will be provided with the opportunity to interact with other inmates for at least two hours, as well as the right to spend four hours outside of their cells. While these changes are undoubtedly well intended, they are not feasible under current staffing and infrastructure models.

Many of the inmates currently managed within segregation units are highly vulnerable and are segregated for their own protection. In order to provide them with the amount of interaction prescribed within the new bill, they will require direct and constant supervision from already limited numbers of correctional officers. Conversely, the inability to adequately manage incompatible inmates will lead to consequences like those seen in Archambault and Millhaven institutions where inmates were murdered in separate incidents in early 2018.

In general, should we proceed to the SIU model as a replacement for segregation, it is our hope that these changes will be implemented gradually so that they can be properly assessed and amended as necessary. It is promising to note that discretionary powers remain with the commissioner to extend the proposed SIU status over 30 days, allowing correctional officers the ability to manage high-risk, volatile or self-harming

Il faut également considérer la nature transitoire du projet de loi C-83. S'il est adopté, tous les détenus assujettis à l'isolement disciplinaire ne le seront plus, aux termes des articles 39 et 40. Sa mise en œuvre entraînera des changements immédiats à la gestion des délinquants violents dans les populations carcérales, sans égard apparent à la façon dont ils seront dorénavant gérés.

Le projet de loi vise à remplacer l'isolement par des unités d'intervention structurée, dont les détails sont encore vagues. Ce projet de loi autoriserait le commissaire à désigner, à titre d'unité d'intervention structurée, tout pénitencier ou tout secteur de pénitencier pour les fins de l'incarcération des détenus qui ne peuvent demeurer au sein de la population carcérale régulière pour des raisons de sécurité ou autres, aux termes de l'article 31.

De plus, dans le projet de loi C-83, les références à l'isolement ont été effacées et remplacées par les termes « unités d'intervention structurée ». À ce stade-ci, l'UCCO-SACC-CSN est d'avis que les seules unités appropriées pour gérer les détenus qui ne peuvent séjourner avec la population carcérale régulière pour des raisons de sécurité ou autres sont les unités d'isolement existantes du SCC. Reste à savoir si ce projet de loi va engendrer la fermeture d'unités d'isolement ou, plus simplement, une nouvelle dénomination plus politiquement correcte.

Indépendamment de l'endroit où sont situées les unités d'intervention structurée dans les établissements fédéraux, le projet de loi C-83 vise aussi à modifier la manière dont est géré le segment le plus difficile de la population carcérale. Les détenus vivant dans les unités d'intervention structurée auront l'occasion d'interagir avec les autres détenus pendant au moins deux heures, ainsi que le droit de passer quatre heures à l'extérieur de leur cellule. Malgré les bonnes intentions qui inspirent ces changements, ces derniers ne sont pas réalisables avec le nombre actuel d'employés et les infrastructures existantes.

Bon nombre des détenus actuellement placés en isolement le sont pour leur propre protection puisqu'ils sont extrêmement vulnérables. Si on veut leur assurer le degré d'interaction exigé dans le projet de loi, il faudra qu'un nombre déjà limité d'agents correctionnels exercent sur ces détenus une surveillance directe et constante. Inversement, l'incapacité de gérer des détenus incompatibles mènera à des tragédies comme celles vécues dans l'établissement Archambault et l'établissement de Millhaven, où des détenus ont été assassinés, lors d'incidents distincts, au début de 2018.

De façon générale, si le modèle des unités d'intervention structurée remplace les unités d'isolement, nous espérons que ces changements seront mis en œuvre graduellement afin qu'ils puissent être adéquatement évalués et corrigés, si nécessaire. Il est encourageant de noter que, au titre de l'article 37.4 du projet de loi, le commissaire conserve le pouvoir discrétionnaire de prolonger au-delà de 30 jours le statut d'unités d'intervention

offenders without hard capped time frames, subsection 37.4 of the bill.

As with the implementation of SIUs, the ability for CSC to repurpose existing infrastructure to meet the criteria of Bill C-83 is unclear. Policy changes resulting from the passage of the bill will restrict an institution's ability to respond to the needs of specific inmates, the broader population to meet its current mandate, and to provide a safe work environment for its staff. Should the changes occur, significant infrastructural changes at the institutional level are necessary in order to continue to meet critical strategic priorities effectively.

Changes proposed by the bill would allow the commissioner to assign the security classification of minimum security, medium security, maximum security, multi-level security or any other prescribed security classifications to each penitentiary or to any area in the penitentiary, section 29.

From an operational standpoint, this wording appears quite vague. Historically, CSC institutions have been constructed with a security standard in mind. To attempt to retroactively change the security ratings of individual institutions and areas within those institutions seems to be at odds with the original vision of them. This would significantly complicate population management strategies.

The powers of the commissioner are also broadened in relation to transferring inmates within the various security levels of their institutions. It will reinforce the power of the commissioner to transfer inmates to different security levels; for example, transferring a maximum security level inmate to a medium security area. Given the security implications of these transfers, we feel it is prudent to solicit the input correctional officers into these decisions, as we are most familiar with the behaviour and the potential outcomes.

Additionally UCCO-SACC-CSN has been calling for the creation of a special handling unit for female offenders since 2005. Despite every effort, some female inmates exhibit behaviour that simply cannot be safely controlled in regular institutions within the current infrastructure model. In similar instances involving male offenders, CSC has the ability to transfer otherwise unmanageable inmates to the special handling unit in Quebec.

structurée, ce qui permet aux agents correctionnels de gérer les délinquants à risque élevé, instables ou se mutilant sans être limités par des délais contraignants.

Avec la mise en place des unités d'intervention structurée, la possibilité pour le SCC de restructurer les installations existantes pour respecter les critères établis dans le projet de loi C-83 demeure incertaine. Les changements découlant de l'adoption de ce projet de loi vont limiter la capacité d'un établissement de répondre aux besoins de certains détenus et de ceux de la population carcérale en général, de respecter son mandat et de fournir un environnement de travail sécuritaire à ses employés. Si ces changements sont adoptés, l'implantation de changements structurels significatifs au sein des établissements sera nécessaire pour continuer à se conformer aux priorités stratégiques cruciales.

Les modifications proposées dans le projet de loi permettraient au commissaire d'attribuer à tout pénitencier ou secteur d'un pénitencier une cote de sécurité « sécurité minimale », « sécurité moyenne », « sécurité maximale », « niveaux de sécurité multiples » ou toute autre cote de sécurité réglementaire. Il s'agit de l'article 29.

Du point de vue du fonctionnement, cette formulation semble plutôt vague. Historiquement, les établissements de Service correctionnel Canada ont été construits en fonction d'une norme de sécurité. Tenter de modifier rétroactivement la cote de sécurité d'un établissement ou d'un secteur d'un établissement ne semble pas concorder avec la vision initiale associée à ceux-ci. Cela compliquerait considérablement les stratégies de gestion de la population.

On élargit également les pouvoirs du commissaire relativement au transfèrement de détenus entre les divers niveaux de sécurité d'un établissement donné. Cela renforcera le pouvoir du commissaire de transférer un détenu à un niveau de sécurité différent; par exemple, le transfèrement d'un détenu d'un secteur à sécurité maximale vers un secteur à sécurité moyenne. Vu les implications de ces transfèrements sur le plan de la sécurité, nous estimons qu'il est prudent de solliciter l'avis des agents correctionnels avant de prendre une telle décision, puisque c'est nous qui avons la meilleure connaissance du comportement du détenu et la meilleure idée des résultats potentiels.

De plus, l'UCCO-SACC-CSN réclame depuis 2005 la création d'une unité spéciale de détention pour les délinquantes. Malgré tous les efforts déployés, certaines détenues manifestent des comportements qui ne peuvent tout simplement pas être maîtrisés de manière sécuritaire dans des établissements réguliers sans le modèle d'infrastructure actuel. Dans les cas semblables impliquant un détenu de sexe masculin, Service correctionnel Canada peut transférer les détenus autrement ingérables à l'unité spéciale de détention au Québec.

Historically, due to a lack of alternative options, this has resulted in female inmates being placed in segregation for exceedingly long periods of time. However, under the new guidelines in Bill C-83, CSC may be forced to involuntarily transfer these inmates on a regular and ongoing basis in order to be in compliance with the law. The same set of circumstances that marked Ashley Smith's incarceration will become even more prevalent. This will serve neither the inmate nor CSC's legislative mandate. Until changes to existing infrastructure are realized, they will be a necessary reality.

As a result of eliminating the segregation tool, CSC will be forced to rely on managing groups of inmates through the creation of subpopulations. Effectively, they are segregating inmates without actually physically placing them in segregation. This is already occurring through the use of a variety of alternative measures. For instance, inmates are increasingly restricted to their cell or range during the day. Additionally, restrictions on when different groups of inmates are eligible to use recreation yards will become more prevalent.

While these options are certainly viable, they are entirely dependent upon the existence of physical infrastructure to support them. To implement these options in physical spaces, never originally designed for such purposes, elevates risk and places an unnecessary strain on staff and inmates who are living within those units.

Further to the issue of infrastructure is CSC's ongoing inability to manage inmates with serious psychological issues. The ability to manage severe mental health cases out of regional psychiatric centres was already severely limited prior to the changes put forth in Bill C-83. In a 2008 report, UCCO-SACC-CSN projected a 32 per cent increase in assaults on staff in coincidence with a 15 per cent decrease in segregation bed use during the same period.

More specifically, CSC is also projecting increased staff assaults at both Millhaven Regional Treatment Centre and the Prairies Regional Psychiatric Centre, which represent two of the most statistically dangerous institutions in the country. The reduction in our ability to manage the most difficult cases securely through segregation when necessary will only further exacerbate already dangerous work environments for correctional officers. I mentioned earlier two inmates were murdered in 2018 in treatment centres. I have not seen that in 27 years.

Historiquement, à défaut d'autres solutions, cela menait au placement de détenues en isolement pour des périodes excessivement longues. Toutefois, en vertu des nouvelles lignes directrices prévues dans le projet de loi C-83, Service correctionnel Canada pourrait être forcé de transférer involontairement ces détenues de manière fréquente et continue afin de se conformer à la loi. Le même ensemble de circonstances qui a caractérisé l'incarcération d'Ashley Smith deviendra encore plus courant. Cela ne servira ni la détenue ni le mandat légal de Service correctionnel Canada. D'ici à ce que des changements soient apportés à l'infrastructure existante, ce sera une réalité nécessaire.

L'élimination de l'outil d'isolement forcera Service correctionnel Canada à gérer certains groupes de détenus par la création de sous-populations. En réalité, cela revient à séparer les détenus sans recourir physiquement à l'isolement, ce qui se produit déjà dans le cadre de l'utilisation d'un éventail de mesures de rechange. Par exemple, les détenus sont de plus en plus restreints à leur cellule ou rangée de cellules le jour. En outre, les restrictions quant aux aires de loisirs extérieurs que peuvent utiliser différents groupes de détenus deviendront plus courantes.

Bien que ces options soient certainement viables, elles dépendent entièrement de l'existence d'une infrastructure physique qui les appuie. Le recours à ces options dans des espaces physiques qui n'ont jamais été conçus à de telles fins augmente les risques et met inutilement de la pression sur le personnel et les détenus qui vivent dans ces unités.

En plus du problème relatif aux infrastructures, mentionnons l'incapacité actuelle de Service correctionnel Canada de gérer les détenus ayant de graves troubles psychologiques. La capacité de gérer les cas de problème de santé mentale grave en dehors des centres psychiatriques régionaux était déjà grandement limitée avant les modifications présentées dans le projet de loi C-83. Dans un rapport de 2008, l'UCCO-SACC-CSN prévoyait une hausse de 32 p. 100 des attaques à l'endroit du personnel concordant avec une diminution de 15 p. 100 de l'utilisation des lits isolés au cours de la même période.

Plus précisément, Service correctionnel Canada prévoit également une hausse des attaques à l'endroit du personnel à la fois au Centre régional de traitement de Millhaven et au Centre psychiatrique régional des Prairies, lesquels représentent, statistiquement, deux des établissements les plus dangereux au pays. La réduction de notre capacité de gérer de manière sécuritaire les cas les plus difficiles au moyen de l'isolement lorsque cela est nécessaire ne fera qu'exacerber la situation dans les milieux de travail déjà dangereux pour les agents correctionnels. J'ai mentionné plus tôt que deux détenus ont été tués en 2018 dans des centres de traitement. Je n'ai rien vu de tel en 27 ans.

As we've seen in the past, difficulties effectively managing diverse populations due to lack of appropriate infrastructure can quickly turn tragic. The cases of Ashley Smith and Marlene Carter highlight the difficulties of supervising inmates with severe mental disorders and the consequences that can occur when existing policy and infrastructure fail to meet the needs of inmates and the staff who supervise them.

As provincial psychiatric hospital resources continue to dwindle, along with CSC's inability to refer cases to them, federal penitentiaries across the country will be increasingly required to absorb these individuals into a system poorly prepared to address the complex health issues. This reality, coupled with the elimination of administrative segregation, will require that CSC be proactive in addressing issues around population management. Given the policy changes that have already occurred in CD 843 and CD 709, and imminently in the passing of Bill C-83, we are certain that CSC will struggle financially with the necessary infrastructure changes to manage these complex offender cases.

For many years now, UCCO-SACC-CSN has been lobbying CSC for an increased commitment to health care and mental health care needs. Bill C-83 recognizes the importance of health care professionals in managing inmates in that their recommendations are considered in the SIU assessment process, while maintaining the warden as the ultimate decision maker, subsections 37.2 and 37.3.

Unfortunately, while Bill C-83 recognizes the importance of health care staff in the process of managing inmates in the structured interventions unit, it falls short of specifically allocating for 24-hour-a-day health care services. We have been advocating for that for a number of years. This often places the burden of these specialized responsibilities on front-line correctional officers. Until recommendations for 24-hour health care made by various parliamentarian inquiries and UCCO-SACC-CSN are implemented, CSC will continue to fail to meet its responsibilities and place correctional officers in precarious situations.

With regard to UCCO-SACC-CSN members, while correctional officers are trained as medical first responders, we still lack access to curriculum necessary to be considered proficient in responding to individuals in a mental health state crisis. CSC has committed to expanding training to address these

Comme nous l'avons vu par le passé, les difficultés à gérer efficacement les populations diversifiées en raison de l'absence d'une infrastructure appropriée peuvent rapidement mener à des événements tragiques. Les cas d'Ashley Smith et de Marlene Carter font ressortir la difficulté de superviser les détenus ayant de graves troubles de santé mentale et les conséquences possibles lorsque les politiques en vigueur et l'infrastructure existante ne répondent pas aux besoins des détenus et du personnel qui les supervise.

Alors que les ressources des hôpitaux psychiatriques provinciaux continuent de diminuer, tout comme la capacité de Service correctionnel Canada d'y aiguiller des cas, les pénitenciers fédéraux partout au pays seront de plus en plus appelés à absorber ces personnes dans un système mal préparé pour gérer les problèmes de santé complexes. Cette réalité, combinée à l'élimination de l'isolement préventif, obligera Service correctionnel Canada à régler de manière proactive les problèmes relatifs à la gestion de la population. Vu les modifications qui ont déjà été apportées aux directives du commissaire DC 843 et DC 709 et qui découleront bientôt de l'adoption du projet de loi C-83, nous sommes convaincus que Service correctionnel Canada aura du mal à financer les changements nécessaires au chapitre des infrastructures pour gérer ces cas complexes de délinquants.

Voilà maintenant de nombreuses années que l'UCCO-SACC-CSN fait pression auprès de Service correctionnel Canada pour qu'il s'engage à satisfaire davantage les besoins en matière de soins de santé et de soins de santé mentale. Le projet de loi C-83 reconnaît l'importance des professionnels de la santé dans la gestion des détenus en ce sens que leurs recommandations sont prises en compte dans le processus d'évaluation relatif aux unités d'intervention structurée, tout en maintenant le directeur de l'établissement à titre de décideur final. Cela se trouve aux articles 37.2 et 37.3.

Malheureusement, bien que le projet de loi C-83 reconnaisse l'importance du personnel de soins de santé dans le processus de gestion des détenus dans les unités d'intervention structurée, il ne prévoit pas de services de soins de santé 24 heures par jour. Or, nous réclamons cela depuis des années. Cette lacune place souvent le fardeau de ces responsabilités spécialisées sur les épaules des agents correctionnels de première ligne. D'ici à ce que les recommandations visant la prestation de soins 24 heures sur 24 formulées par diverses commissions d'enquête parlementaires et par l'UCCO-SACC-CSN soient mises en œuvre, Service correctionnel Canada ne s'acquittera pas de ses responsabilités et continuera de placer les agents correctionnels dans des situations précaires.

En ce qui a trait aux membres de l'UCCO-SACC-CSN, bien que les agents correctionnels soient formés à titre de premiers répondants pour les situations d'urgence médicale, nous n'avons toujours pas accès au curriculum nécessaire pour être considérés très compétents lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès de personnes

shortcomings. However, front-line officers have yet to see any significant changes to our national training standards.

When dealing with individuals in a state of mental health crisis, de-escalation is always the primary goal for correctional officers. However, there are incidents where this is not feasible when risk is assessed. Thus, immediate resolutions are required. Despite having use-of-force response options include physical handling or chemical agents, we lack access to chemical restraints that are available to psychiatric hospitals dealing with the clientele whose behaviour is directly comparable to that of CSC inmates. While having to use chemical restraints is not necessarily ideal or to be relied upon as the only option, their inclusion as a response option could preclude using physical force, thus allowing safer resolutions for staff and inmates.

With regard to preventive security, we are encouraged to see the inclusion of body scanners. I mentioned that earlier. Again, we have supported that since day one.

There is ample evidence to support the detrimental effects of long-term segregation on inmates housed in such conditions. Some inmates may have pre-existing conditions where placement in segregation could further exacerbate their health issues. While UCCO-SACC-CSN recognizes these studies in their findings, our members work in an environment where mental health issues and self-injurious behaviours are exceeding common. The Office of the Correctional Investigator has estimated that mental health problems are two to three times more prevalent in federal institutions than in the general public.

In order to meet our mandates of safety, security and rehabilitation, we cannot be left to operate in a state of ambiguity. Should Bill C-83 pass, it is our sincere hope that careful consideration be given to how it will be implemented. As we have recently seen, too much change too quickly without consideration of impacts on our environment leads to people being seriously injured or worse.

We would make the following recommendations. We are asking for a more robust reassessment of policy changes that will influence Bill C-83; the implementation of a more robust incident tracking system to better understand the operational impacts of these changes; the reversion of language that now recommends response options be least restrictive to what was previously most appropriate; a commitment to supplementing

en état de crise de santé mentale. Service correctionnel Canada s'est engagé à élargir la formation pour remédier à ces lacunes. Toutefois, les agents de première ligne n'ont toujours pas constaté de modification importante de nos normes nationales de formation.

Lors d'une intervention auprès d'une personne en état de crise de santé mentale, le but premier pour les agents correctionnels est toujours de désamorcer la situation. Cependant, l'évaluation des risques révèle parfois que cela est impossible. Une résolution immédiate du conflit est alors requise. En dépit d'avoir, parmi les options d'intervention, le recours à la force, dont le contrôle physique ou l'emploi d'agents chimiques, nous n'avons pas accès aux contraintes chimiques qui sont à la disposition des hôpitaux psychiatriques pour gérer les patients dont le comportement se compare directement à celui de détenus de Service correctionnel Canada. Même si le recours à des contraintes chimiques n'est pas nécessairement idéal et qu'on ne doit pas le considérer comme la seule option, son inclusion parmi les options d'intervention pourrait prévenir le recours à la force physique, permettant ainsi une résolution plus sécuritaire pour le personnel et les détenus.

Au chapitre de la sécurité préventive, nous sommes encouragés de voir l'inclusion des détecteurs à balayage corporel. J'ai mentionné cela tout à l'heure. Encore une fois, nous appuyons cela depuis le début.

Il existe amplement de preuves des effets néfastes de l'isolement à long terme sur les détenus. Certains détenus ont parfois des problèmes de santé au préalable qui risquent d'être exacerbés par un placement en isolement. Bien que l'UCCO-SACC-CSN reconnaisse ces études et leurs conclusions, nos membres travaillent dans un environnement où les troubles de santé mentale et l'automutilation sont excessivement communs. Le Bureau de l'enquêteur correctionnel estime que les problèmes de santé mentale sont de deux à trois fois plus courants dans les établissements fédéraux qu'au sein de la population générale.

Si l'on souhaite que nous nous acquittions de notre mandat en matière de sûreté, de sécurité et de réadaptation, on ne peut nous laisser fonctionner dans un état d'ambiguïté. Si le projet de loi C-83 est adopté, nous espérons sincèrement que sa mise en œuvre fera l'objet d'une mûre réflexion. Comme nous l'avons vu récemment, imposer trop rapidement un volume trop élevé de changements sans tenir compte des répercussions sur notre environnement risque de mener à des situations où des personnes sont gravement blessées, voire pis encore.

Voici nos recommandations. Nous réclamons : une évaluation plus robuste des modifications de politiques qui influeront sur le projet de loi C-83; la mise en œuvre d'un système plus robuste de surveillance des incidents afin de mieux comprendre les incidences de ces modifications sur le fonctionnement; l'élimination du libellé qui, à l'heure actuelle, recommande que les options d'intervention soient le moins restrictives possible

existing infrastructure within federal institutions to address the impacts of elimination of administrative and disciplinary segregation; a review and augmentation of the disciplinary system prior to the elimination of disciplinary segregation to effectively respond to the most difficult behavioural inmate cases; a commitment to the availability of health care professionals 24 hours a day within all CSC institutions; the expansion of alternative response options, such as chemical restraints similar to those used within provincial psychiatric hospitals; the supplementation of existing training and the implementation of new training to provide correctional officers with additional tools to allow them to safely respond to the diverse needs of inmate populations. De-escalation training would be very useful, as would increased inclusion for UCCO-SACC-CSN in future discussions regarding structured intervention units; recognition of correctional officers as partners and subject matter experts; a more detailed explanation of the structured intervention units and the proposed operational guidelines; and the continued availability of existing segregation units until such time as it is mutually agreed upon to move forward with the other units.

pour revenir au libellé précédent, qui recommandait qu'elles soient les plus appropriées; l'engagement à compléter l'infrastructure existante au sein des établissements fédéraux afin de remédier aux incidences de l'élimination de l'isolement préventif et disciplinaire; un examen et une amélioration du régime disciplinaire avant l'élimination de l'isolement disciplinaire afin d'intervenir efficacement auprès des détenus manifestant les comportements les plus difficiles; l'engagement à rendre les professionnels de la santé disponibles 24 heures par jour au sein de tous les établissements de Service correctionnel Canada; l'élargissement des options d'intervention de rechange pour y inclure, notamment, les contraintes chimiques telles que celles utilisées dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux; l'élargissement de la formation existante et la mise en œuvre de nouvelles formations pour fournir aux agents correctionnels des outils supplémentaires afin qu'ils puissent répondre de manière sécuritaire aux divers besoins de la population de détenus. Une formation sur les façons de désamorcer les conflits serait très utile, tout comme une inclusion accrue de l'UCCO-SACC-CSN dans les futures discussions concernant les unités d'intervention structurée. Nous réclamons également : la reconnaissance des agents correctionnels en tant que partenaires et experts en la matière; une explication plus détaillée des unités d'intervention structurée et des lignes directrices de fonctionnement proposées; le maintien de la disponibilité des unités d'isolement existantes jusqu'à ce qu'il soit mutuellement convenu de passer aux autres unités.

In closing, UCCO-SACC-CSN recognizes that changes to strategic priorities, adapting to emerging trends in corrections and operational policies are realities of our work. However, including our members in conversations around these changes prior to their implementation is critical to ensuring their effectiveness.

En terminant, l'UCCO-SACC-CSN reconnaît que la modification des priorités stratégiques ainsi que l'adaptation aux nouvelles tendances en matière de politiques correctionnelles et de fonctionnement font partie des réalités de notre travail. Toutefois, il est essentiel de faire participer nos membres dans les dialogues entourant ces changements avant leur mise en œuvre afin d'en assurer l'efficacité.

CSC and the government issuing its mandates need to realize that changes to these policies can substantially increase the potential for volatile situations within its federal institutions, which will directly impact the safety of staff and inmates. Accordingly, we hope you will take our concerns into consideration and allow us to work as partners moving forward to ensure the best possible outcomes are achieved.

Service correctionnel Canada, ainsi que le gouvernement qui lui confie ses mandats doivent comprendre que la modification de ces politiques peut accroître de manière considérable le risque de situations explosives dans les établissements fédéraux, ce qui aura une incidence directe sur la sécurité du personnel et des détenus. Ainsi, nous espérons que vous tiendrez compte de nos préoccupations et que vous nous permettrez dorénavant de travailler à titre de partenaires de manière à assurer l'atteinte des meilleurs résultats possible.

The Chair: Thank you for your opening remarks. You did go over, but I gave you a bit of latitude.

La présidente : Je vous remercie de vos observations préliminaires. Vous avez dépassé le temps prévu, mais je vous ai laissé un peu de latitude.

Mr. Godin: I apologize. I had a lot of points to make.

M. Godin : Je m'excuse. J'avais beaucoup de points à soulever.

The Chair: As agreed at our last meeting, we are dividing the time so that there is equal time for each senator. We have a long list, so each senator will have six minutes. We will ask the

La présidente : Nous avions convenu lors de la dernière réunion que chaque sénateur disposerait d'un temps de parole égal. C'est ce que nous allons faire. La liste est longue. Chaque

senators to be concise in their asking of questions, and we will ask the witnesses to be concise in their responses.

Senator Ataullahjan: I have a two-part question. When he appeared before the committee, the Correctional Investigator of Canada testified that there had already been a reduction in the use of administrative segregation over the past few years.

Could you explain whether the reduction in the use of segregation has affected rates of violence between federally sentenced persons and its correctional officers? If so, in what ways? Could you also share with the effects it has had on issues such as institutional safety and the use of forced interventions?

Mr. Godin: Absolutely. We're seeing a direct link or correlation between the decline in the use of segregation and violent incidents in open population. The statistical data from the Office of the Correctional Investigator supports that, as do the statistics from the Correctional Service of Canada.

In particular, we are seeing a spike in violent incidents in treatment centres, which is very concerning because a treatment centre is designed or designated to treat inmates with mental health issues. That's our goal, but unfortunately the two most violent institutions in the country are our treatment centres. I can provide a report from CSC on the number of assaults.

I'll give you an example. The Regional Psychiatric Centre in Saskatoon had over 100 assaults on correctional staff in less than 12 months. Those numbers are staggering. The CSC statistical data right now is projecting a continued increase of assaults. Sometimes we have inmates who are behavioural problems; sometimes we have inmates who are suffering from a mental health issue. As we de-escalate the use of segregation, the behavioural problems are ending up in the mental health units and facilities. We don't want that because they are disruptive and assaultive.

We need another alternative, because our goal is to make sure that inmates in a mental treatment centre get the interventions they need. We don't need inmates who are behavioural problems causing disruption and assaulting other inmates and staff. That's one the biggest issues we have.

The use of force has actually declined a bit in some statistical data, but we don't see that. Some of it is not necessarily captured. We may step between two inmates. We may do that type of intervention. We continue to believe that some of those

sénateur aura six minutes. Nous demandons aux sénateurs de poser des questions concises et aux témoins de donner des réponses concises.

La sénatrice Ataullahjan : J'ai une question à deux volets. Lorsque l'enquêteur correctionnel du Canada a comparu devant le comité, il a dit que le recours à l'isolement préventif au cours des dernières années avait diminué.

Pourriez-vous nous dire si cette réduction a eu un effet sur le taux de violence entre les personnes purgeant une peine fédérale et les agents correctionnels? Si c'est le cas, pourriez-vous nous dire quel genre d'effet cela a eu? Pourriez-vous également nous dire quel impact cela a eu sur les questions, comme celle de la sécurité institutionnelle et du recours aux interventions forcées?

M. Godin : Absolument. Il y a un lien direct, ou une corrélation, entre la baisse du recours à l'isolement préventif et celle des incidents violents au sein de la population générale. Les données statistiques du Bureau de l'enquêteur correctionnel, tout comme celles du Service correctionnel du Canada, appuient ces constats.

Nous assistons actuellement à une montée en flèche des incidents violents dans les centres de traitement, ce qui est très inquiétant, car ils ont été conçus pour traiter les détenus qui souffrent de problèmes de santé mentale. C'en est l'objectif, mais malheureusement, les deux centres que nous avons sont les établissements les plus violents au pays. Je peux vous fournir un rapport du Service correctionnel du Canada sur le nombre d'agressions qui y ont lieu.

Je vais vous donner un exemple. En moins de 12 mois, plus de 100 agressions ont été commises contre le personnel correctionnel du centre psychiatrique régional de Saskatoon. Ces chiffres sont stupéfiants. Les données statistiques du Service correctionnel du Canada prévoient que le nombre d'agressions continuera d'augmenter. Certains détenus ont des problèmes de comportement. Certains souffrent de problèmes de santé mentale. Au fur et à mesure que nous diminuons le recours à l'isolement préventif, les personnes atteintes de problèmes de comportement se retrouvent dans les unités et les établissements de santé mentale. Ce n'est pas ce que nous voulons étant donné que ce sont des personnes perturbatrices et agressives.

Il faut trouver une autre solution, car nous souhaitons veiller à ce que les détenus dans les centres de traitement en santé mentale puissent obtenir l'aide dont ils ont besoin. Nous ne voulons pas que les détenus ayant des problèmes de comportement entraînent des perturbations et qu'ils agressent d'autres détenus ou des membres du personnel. C'est l'un des plus grands problèmes que nous avons.

Selon certaines données statistiques, le recours à la force aurait diminué, mais ce n'est pas ce que nous constatons sur le terrain. Elles ne prennent pas tout en compte. Il se peut qu'on ait à séparer deux détenus. Il se peut que nous ayons recours à ce

are up, but they are not necessarily captured. If you look at the CSC data, it captures that assaults on correctional officers and inmates are on the rise. We don't want that happening.

I mentioned earlier that unfortunately two inmates were murdered in treatment centres in 2018. In talking with my colleagues, that's not acceptable. I haven't seen that in 27 years, but it's a good indication that we are moving inmates into treatment facilities who do not belong there. We need another answer for those high-risk, violent inmates.

We have to recognize that 72 per cent of inmates are suffering from a mental illness. We understand that. It's important that we treat those offenders, but we also have to recognize another 28 per cent of our offenders are not necessarily suffering from mental illness who may be involved in organized crime, who may be bullying or orchestrating assaults. We have to be cognizant of the other 28 per cent. Not only do we need an alternative for inmates suffering from mental illness, but we also need an alternative for those cases that are being disruptive to those different units.

I hope that answers your question, senator.

Senator Ataullahjan: When you say you need an alternative, do you have any ideas of what kinds of alternatives would they be?

Mr. Godin: I know some of the senators are aware of what we have been advocating for because we talked about a high-risk unit for violent female offenders the last time. We are trying to make sure those offenders don't disrupt the others who are actively engaged in their programs.

It's not about punishment or isolating them. It's about making sure we put the high-risk individuals in an area where we can do high-risk interventions and treat them. That would be our solution. We currently have that now on the male side of the house. We can send the most severe violent cases to the special handling unit in Quebec, but we don't have that option as it currently stands in the female facilities. It is not about locking them up and segregating them. It is about making sure that individuals don't disrupt the others in the unit and that they get the interventions they need.

We are asking for two tiers where we can handle certain populations that are behavioural issues. We want to make sure the right inmates are in the treatment centres and get the proper interventions they need for the good of all staff, so that we

genre d'intervention. Nous continuons de croire que le recours à la force est à la hausse, mais toutes les interventions ne sont pas forcément prises en compte. Selon les données du Service correctionnel du Canada, les agressions contre les agents correctionnels et les détenus sont à la hausse. Ce n'est pas ce que nous voulons.

J'ai mentionné plus tôt que malheureusement deux détenus avaient été tués dans des centres de traitements en 2018. Mes collègues et moi convenons que c'est inacceptable. Je n'ai jamais été témoin de ce genre de choses en 27 ans de carrière. Toutefois, cela montre bien que l'on place des détenus dans des centres de traitement qui ne devraient pas l'être. Nous devons trouver une autre solution pour les détenus violents à haut risque.

Il faut reconnaître que 72 p. 100 des détenus souffrent d'une maladie mentale. Nous le savons. Il est important de les traiter, mais il est également important de reconnaître que 28 p. 100 des détenus ne souffrent pas forcément d'une maladie mentale. Il se peut qu'ils soient impliqués dans le crime organisé, qu'ils fassent de l'intimidation et qu'ils organisent ces agressions. Il faut être conscient de ces 28 p. 100 de détenus. Nous avons non seulement besoin d'une solution pour les détenus qui souffrent d'une maladie mentale, mais également pour les détenus perturbateurs.

J'espère que cela répond à votre question, sénatrice.

La sénatrice Ataullahjan : Quand vous dites qu'il faut une solution, avez-vous une idée du genre de solution qu'il faudrait avoir?

M. Godin : Je sais que certains sénateurs sont au courant de ce que nous demandons parce que nous avons parlé la dernière fois d'une unité pour les femmes détenues violentes à haut risque. Nous tentons de veiller à ce que ces détenues ne perturbent pas celles qui participent activement à ces programmes.

Il ne s'agit pas de les punir ou de les isoler. Il s'agit de veiller à ce que les personnes à haut risque soient placées dans des zones où il est possible pour nous de mener des interventions à haut risque et de leur assurer un traitement. Voilà la solution que nous proposons. C'est ce qui existe déjà du côté des hommes. Nous pouvons envoyer les cas violents les plus graves à l'unité spéciale de détention au Québec, mais l'option n'existe pas pour l'instant dans les établissements pour femmes. Il ne s'agit pas de les enfermer et de les isoler. Il s'agit de veiller à ce que les personnes perturbatrices ne perturbent pas les autres et obtiennent l'aide dont elles ont besoin.

Nous voulons un système à deux niveaux afin de gérer adéquatement les groupes qui ont des problèmes de comportement. Nous voulons veiller à ce que les détenus placés dans les centres de traitement soient ceux qui en ont le plus

don't get injured and so other inmates don't get injured. We are looking at two options that we would like to have.

Senator Pate: Thank you for being here and for the work you and your members do on a daily basis, around the clock, 365 days a year. We had the privilege of meeting with many of your members as we went around the country. Through the work I used to do, obviously I met many as well.

We heard about many issues, including a bit of a different perspective on some of the issues you raised today. To start with the last one you raised, the previous union to UCCO-SACC-CSN, when USJE represented correctional officers, actually recommended the same for women in 1994. Following the Arbour commission and the Task Force on Federally Sentenced Women, it was recognized that a better approach would have been the one recommended in the *Creating Choices* task force report, which was more dynamic security and less use of static security. In fact, that was the measure encouraged and has continued to be.

As we heard in testimony, women designated as women who should be in those units and have an opportunity for more dynamic security and external therapeutic support are doing well in the community now. The exhibit completely different behaviour than what was exhibited in prison.

I am glad you mentioned the Archambault and Millhaven because all the reports on those situations indicated that there was a tightening up of security; an increased focus on static security; and a loss of opportunities for prisoners to go out on passes and being involved in programming, which gave rise to security incidents and ultimately the problematic situations of riots and those sorts of things.

Successive recommendations, including the Report of the Correctional Investigator that you mentioned, also link increased assaults, increased reporting, an increased charging process and increased uses of force with the removal of segregation and increased use of static security in place of those. It strikes me that we haven't heard from you something we heard from many of your members across the country: We need to be looking at more dynamic approaches. Some examples were given of approaches like the Breakaway program that is happening as a pilot but is not funded by corrections in Collins Bay to assist with those who have been gang involved. Others have involved outside therapists and section 29 agreements to actually get available outside resources.

besoin et qu'ils reçoivent l'aide dont ils ont besoin pour le bien de tout le personnel, notamment pour éviter les blessures. Nous aimerions avoir deux options.

La sénatrice Pate : Je vous remercie d'être ici parmi nous et du travail que vos membres et vous faites en permanence, au quotidien, tous les jours de l'année. Nous avons eu le privilège de rencontrer un bon nombre de vos membres lorsque nous étions en déplacement partout au pays. Évidemment, j'ai également été amenée à rencontrer beaucoup d'entre eux dans le cadre du travail que je faisais auparavant.

Beaucoup d'enjeux ont été soulevés. Vous nous avez donné un point de vue un peu différent sur certaines des questions que vous avez soulevées aujourd'hui. Pour commencer avec la dernière question que vous avez soulevée, le syndicat UCCO-SACC-CSN précédent, lorsque le Syndicat des employé-e-s de la Sécurité et de la Justice représentait les agents correctionnels, avait fait la même recommandation concernant la situation des femmes en 1994. Après la commission Arbour et le Groupe de travail sur les femmes purgeant une peine fédérale, il avait été reconnu qu'il serait mieux d'adopter l'approche recommandée dans le rapport *La création de choix*, soit une sécurité plus dynamique et moins statique. En fait, c'est ce qui est favorisé.

Comme nous l'avons entendu durant les témoignages, les femmes qui sont dans ce genre d'unités ont l'occasion de bénéficier d'une sécurité plus dynamique et de soutiens thérapeutiques externes. Elles réussissent bien dans la communauté par la suite. Elles ont un comportement complètement différent de celui qu'elles avaient en prison.

Je suis heureuse de vous avoir entendu parler des événements qui ont eu lieu dans les établissements d'Archambault et de Millhaven. Tous les rapports relatifs à ces incidents révèlent qu'il y avait eu un renforcement de la sécurité, une accentuation de la sécurité statique et une perte de possibilités pour les détenus de sortir et de participer aux programmes au moyen de laissez-passer. Cela avait mené à une augmentation du nombre d'incidents de sécurité, et bien sûr, des situations problématiques, comme les émeutes et ce genre de choses.

Des recommandations successives, y compris celles du rapport de l'enquêteur correctionnel dont vous avez parlé, font le lien entre l'augmentation du nombre d'agressions, de signalements, de mises en accusation et de recours à la force, et l'élimination de l'isolement préventif ainsi que l'accroissement de l'utilisation de la sécurité statique qui en découle. Je trouve cela étonnant que vous n'ayez pas dit ce que beaucoup de vos membres nous ont dit partout au pays, soit que vous voulez que des approches plus dynamiques soient mises en place. On nous a donné l'exemple du programme Breakaway, un projet pilote qui n'est pas financé par les services correctionnels de l'établissement de Collins Bay, qui vise à aider les détenus qui ont été membres de gangs. D'autres ont été chercher des thérapeutes externes et ont eu

Could you comment on the work that needs to be done in those areas? Understandably, it's part of your mandate as a union representative to be negotiating for security. It was helpful to hear you talk about 24-hour health care, but where is your union in terms of recommendations of some of results and positive outcomes of the measures we have seen?

Mr. Godin: Honestly, senator, you have to understand that clearly our role is the security static side of it. I mentioned earlier what is most important to us. We are advocating as much to have those health care resources with us. It's our role to make sure the types of programs you are talking about are being facilitated.

It's not necessarily an overreliance on security. It is intended to make sure we can address those program needs for inmates and make it safe for staff and inmates. Static security is primarily our role. When the interventions are occurring, it is our job to provide the necessary security to ensure there are not inmates disrupting those programs or that we're not having difficulties from other inmates on the range.

Unfortunately, again, it comes down to resources. At the end of the day, we are not necessarily advocating for additional security resources in this case. We're saying that we need more health care professionals within the psychiatric units. I won't speak for everyone, but I know you and I agree, senator, it is important to have 24-hour-a-day health care to make sure when those interventions are occurring that therapeutic nurses are at our disposal immediately. Then there wouldn't be that overreliance on security. We could still provide security for those interventions, but at the very least we would have the mental health care professionals with us. That is really our goal. It is not to slow things down or to interfere with the interventions. It is to make sure that the staff member is safe, the therapeutic nurse is safe, or whoever the program person is.

Correctional officers who work in treatment centres are a pretty special group. Some of them are extremely skilled at interventions. I can speak to one officer who received one of the highest awards in correctional services. His interventions were recognized. This guy was unbelievable.

We are doing thousands of interactions and interventions. We try to complement the health care staff, but we need them there 24 hours a day. At eleven o'clock at night or four o'clock in the afternoon when the health care staff is gone, it is only us. We would really appreciate having those people with us side by side

recours aux accords convenus en vertu de l'article 29 pour obtenir les ressources externes nécessaires.

Pourriez-vous nous parler du travail qui doit être fait sur ces questions? Évidemment, cela fait partie de votre mandat de représentant syndical de vous occuper de la sécurité. Cela a été utile de vous entendre parler des soins de santé offerts 24 heures sur 24, mais que pense le syndicat en ce qui concerne les recommandations et les résultats positifs de certaines mesures qui ont été prises?

M. Godin : Honnêtement, sénatrice, il faut comprendre que notre rôle consiste clairement à assurer sur la sécurité statique. J'ai dit plus tôt ce qui nous est important. Nous demandons d'avoir les ressources en santé nécessaires. C'est à nous de veiller à ce que le genre de programmes dont vous parlez soient offerts.

Il ne s'agit pas forcément d'une surutilisation des mesures de sécurité. Il s'agit de veiller à ce que nous puissions répondre aux besoins opérationnels des programmes offerts aux détenus et assurer un environnement sécuritaire pour le personnel et les détenus. Notre rôle est principalement axé sur la sécurité statique. Quand des interventions ont lieu, c'est à nous d'assurer que les mesures de sécurité adéquates sont en place afin d'éviter qu'aucun détenu ne perturbe ces programmes ou ne cause de problèmes dans les rangs.

Malheureusement, encore une fois, c'est une question de ressources. Au bout du compte, nous ne voulons pas nécessairement plus de ressources en matière de sécurité. Nous avons besoin de plus de professionnels de la santé au sein des unités psychiatriques. Je ne peux pas parler pour tout le monde, mais vous conviendrez, sénatrice, qu'il est important que des soins de santé soient offerts 24 heures sur 24, de sorte qu'on puisse compter sur la présence de thérapeutes en santé mentale lorsqu'on procède à ces interventions. Ainsi, on aurait moins recours aux mesures de sécurité. Nous pourrions quand même assurer la sécurité de ces interventions, mais à tout le moins, des professionnels de la santé mentale seraient à nos côtés. C'est vraiment notre objectif. Nous ne voulons pas ralentir le processus ni nuire aux interventions. Nous voulons nous assurer que le personnel est en sécurité, y compris les thérapeutes ou les personnes responsables du programme.

Les agents correctionnels qui travaillent dans les centres de traitement forment un groupe unique. Certains d'entre eux sont extrêmement doués pour les interventions. J'en connais un en particulier. Ses interventions lui ont d'ailleurs valu l'une des plus hautes distinctions décernées dans les services correctionnels. Cet homme était incroyable.

Nous menons des milliers d'interventions. Nous essayons de compléter le personnel de santé, mais nous avons besoin de lui 24 heures sur 24. Après une certaine heure, que ce soit à 23 heures ou à 16 heures, lorsque le personnel de santé est parti, il ne reste que nous. Nous aimerions beaucoup avoir ces gens à

so that we could do the interventions together. We could help do it together.

Senator Pate: I am conscious that I only have six minutes. We heard about an initiative at Stony Mountain and other institutions where peer supports and advocates are being used to assist in de-escalation. You mentioned there was very little training in de-escalation techniques for staff, which is part of the way you encourage people to use more dynamic security rather than static. It strikes me that one of the things we heard from the Correctional Investigator when he was last here is that only about 2 per cent of the budget currently being used in corrections goes to programming.

What kinds of programming have you seen that have been really effective, like the Breakaway program and the one at Stony Mountain?

Mr. Godin: To be honest and quite frank with you, Senator Pate, I am not an expert on that. You will never get an argument from us; we continue to advocate for programs. The more programs we have, the better it is. I am not the expert to tell you which program is better than another, as an example.

I appreciate de-escalation training. I think we all agree that more training for correctional officers will be useful for us. De-escalation training is something we have talked about a lot. We get basic training, but we would like to have that additional training. We're pretty good at de-escalating a lot of situations. We do that on a daily basis. Additional training would assist us to try to de-escalate those situations, in conjunction with health care professionals. I hope you advocate for it as much as we do because we continue to say the same thing. The more training correctional officers have to deal with front-line issues, especially de-escalation training is great.

The colleague I referenced before could teach the program. He is the best I have ever seen at it, and he has never received any formal training. It would help our correctional officers to have that type of training. If you could put in a good word for that, we're on the same paper there.

Senator Ngo: Too many witnesses say that many federal prisoners are abused or are put into segregation for the sake of safety and so on.

First, what do you think is needed in order to pull away from segregation for international safety? They use the word "safety" all the time in order to move a prisoner into segregation.

nos côtés durant les interventions. Nous pourrions contribuer à ce que cela se concrétise.

La sénatrice Pate : Je suis consciente que je n'ai que six minutes. On nous a parlé d'une initiative, mise en place à l'Établissement de Stony Mountain et à d'autres établissements, où l'on a recours à des groupes de soutien par les pairs pour désamorcer diverses situations. Vous avez indiqué qu'il y avait très peu de formation offerte au personnel sur les techniques de désamorçage. Vous encouragez d'ailleurs le personnel à prendre des mesures de sécurité active plutôt que passive. Lorsque l'enquêteur correctionnel a comparu devant nous la dernière fois, j'ai été étonnée d'apprendre qu'à peine 2 p. 100 du budget des services correctionnels était consacré aux programmes.

Quels sont les programmes, comme le programme Breakaway et l'initiative de Stony Mountain, qui se sont avérés les plus efficaces?

M. Godin : Pour être franc avec vous, sénatrice Pate, je ne suis pas un expert en la matière. Personne ici ne va se prononcer là-dessus; il reste que nous continuons de défendre ces programmes. Plus nous aurons de programmes, le mieux ce sera. Par contre, je ne suis pas le mieux placé pour vous dire quel programme est meilleur qu'un autre, par exemple.

J'apprécie la formation sur le désamorçage. Je pense que nous sommes tous d'accord pour dire qu'il serait bénéfique d'offrir plus de formation aux agents correctionnels. Nous avons beaucoup parlé de la formation sur le désamorçage. Nous recevons une formation de base, mais nous aimerions avoir cette formation plus poussée. Nous sommes plutôt habiles pour désamorcer un grand nombre de situations. C'est ce que nous faisons au quotidien. Cette formation nous aiderait à désamorcer ces situations en collaboration avec les professionnels de la santé. J'espère que vous préconisez cette initiative autant que nous parce que nous sommes du même avis. Mieux les agents correctionnels seront formés, particulièrement sur le désamorçage, mieux ils seront en mesure de faire face à des enjeux de première ligne.

Le collègue dont j'ai parlé tout à l'heure pourrait enseigner ce programme. C'est le plus doué que j'ai rencontré et il n'a jamais reçu de formation officielle. Cela aiderait nos agents correctionnels d'avoir ce genre de formation. Si vous pouviez intervenir à cet égard, je vous serais très reconnaissant puisque nous sommes sur la même longueur d'onde, vous et moi.

Le sénateur Ngo : Trop de témoins nous disent que de nombreux détenus fédéraux sont maltraités ou placés en isolement pour des raisons de sécurité et ainsi de suite.

Premièrement, selon vous, que faut-il faire pour cesser d'avoir recours à l'isolement pour des raisons de sécurité internationale? On invoque constamment la sécurité comme motif pour placer un détenu en isolement.

Second, what is the union doing to uphold the human rights of federal prisoners?

Mr. Godin: We have to do a pretty careful risk assessment when we admit an inmate into segregation. Part of that risk assessment involves engagement directly with the offender. Sometimes offenders will come to us and will say, "I am in debt. I can't go back into the general population. I need some quiet time away." Sometimes offenders like to be away from the general population.

I want to be a bit careful referring to a recent example that is currently under investigation. I am aware of a situation where an offender advocated to stay in segregation. Unfortunately, he was released and ended up being murdered. These are the evaluations we have to do very carefully to ensure that these types of things don't occur.

Senator Pate: Which institution is that?

Mr. Godin: I am not at liberty to say. Maybe we could chat about it after, Senator Pate. The details are a little sketchy, but I don't want to comment because it is being investigated. Those occasions have happened. We have inmates who say, "I would like to go to segregation." They don't end up going to segregation and unfortunately end up getting assaulted or potentially or fatally hurt on the range.

In terms of human rights, we looked at statistical data from the Office of the Correctional Investigator. Over a nine-year period there were 441 discrimination complaints looked at by the Correctional Investigator. Many of those are anecdotal. They're not necessarily true or reliable and oftentimes they're not proven. I also checked Correctional Service of Canada statistics, and we actually had three discrimination grievances by inmates. Again, we don't know the outcomes because disciplinary measures are not taken.

In terms of what we are doing, we have looked at the numbers. We do cultural awareness training. We do all kinds of training. Sometimes the CSC policies are perceived as discriminatory. That's not necessarily against correctional officers. If I tell an inmate there are only certain hours of the day you can be in this program, that may be seen as discriminatory. Sometimes the CSC policies affect that.

I have been a correctional officer for 27 years. I can tell you, honestly, the last thing a correctional officer wants in a unit or an institution is discrimination. We have to work inside there. We don't want that kind of tension; we don't need that kind of tension.

Deuxièmement, que fait le syndicat pour défendre les droits de la personne des détenus fédéraux ?

M. Godin : Nous devons procéder à une évaluation minutieuse des risques lorsque nous plaçons un détenu en isolement. Il faut interagir avec le délinquant directement. Parfois, le délinquant va nous dire : « J'ai des dettes. Je ne peux pas retourner dans la population générale. J'ai besoin d'un moment de calme à l'écart. » Parfois, les délinquants aiment s'éloigner de la population générale.

Je vais faire attention à ce que je vais dire, car il y a une enquête en cours. Récemment, j'ai su qu'un délinquant voulait rester en isolement. Malheureusement, il a été libéré et a été assassiné. Voilà pourquoi nous devons mener des évaluations très rigoureuses pour empêcher ce genre de situations de se produire.

La sénatrice Pate : De quel établissement s'agit-il?

M. Godin : Je n'ai pas le droit de le dire. On en reparlera après, sénatrice Pate. Je ne connais pas tous les détails, mais je ne veux pas faire de commentaires parce qu'une enquête est en cours. De tels cas se sont produits. Nous avons des détenus qui disent : « J'aimerais être mis en isolement. » Ils ne se retrouvent pas en isolement et finissent malheureusement par se faire agresser ou risquent d'être blessés ou tués dans la rangée.

En ce qui concerne les droits de la personne, nous avons examiné les données statistiques du Bureau de l'enquêteur correctionnel. Au cours d'une période de neuf ans, 441 plaintes de discrimination ont été examinées par l'enquêteur correctionnel. Beaucoup d'entre elles sont anecdotiques. Elles ne sont pas nécessairement vraies ou fiables et, souvent, elles ne sont pas prouvées. J'ai également vérifié les statistiques du Service correctionnel du Canada. Nous avons en fait reçu trois griefs de discrimination de la part de détenus. Encore une fois, nous ne savons pas ce qu'il en est advenu parce que des mesures disciplinaires ne sont pas prises.

Pour ce qui est de ce que nous faisons, nous examinons les chiffres. Nous faisons de la formation sur la sensibilisation culturelle. Nous donnons toutes sortes de formations. Parfois, les politiques du SCC sont perçues comme discriminatoires. Cela ne vise pas nécessairement les agents correctionnels. Si je dis à un détenu qu'il n'y a que certaines heures de la journée où il est permis de participer à un programme, cela peut être considéré comme discriminatoire. Il arrive que les politiques du SCC aient une incidence à cet égard.

Je suis agent correctionnel depuis 27 ans. Je peux vous dire, en toute honnêteté, que la dernière chose qu'un agent correctionnel veut dans une unité ou un établissement, c'est de la discrimination. Nous devons y travailler. Nous ne voulons pas de ce genre de tension; nous n'en avons pas besoin.

What are we doing about it? There is more awareness. We are making sure as colleagues that we talk to one another if we see anything happening, but we don't have a lot of data to support that there are a lot of difficulties. We're constantly aware of it. We receive certain training, and oftentimes a union will advocate for training.

Maybe I could use an example. Several years ago we had to transfer a bunch of Aboriginal inmates from Drumheller. We received cultural awareness training around Aboriginal, First Nations and Indigenous peoples. Unfortunately, the officers in Ontario didn't have quite the same understanding or knowledge of Indigenous needs and rights that they would have in the Prairies region. We advocated very strongly to get specific training. At that time we were housing a group of inmates who had come from the Prairies. That is predominantly where most of our Indigenous offenders would come from.

We do certain things. We intervene when we need to intervene. Certainly we have done that since the very beginning and certainly will continue to do it.

Senator Ngo: You mentioned about 440. That's a lot.

Mr. Godin: Over a nine-year period, yes. I will give you the exact average. It was 41 per year. These come from the Office of the Correctional Investigator. I spoke personally with Mr. Zinger who said that most of them were anecdotal and not proven. They're unfounded. They're basically overt. That's certainly the policy one, but they're not necessarily proven.

I went back to check the CSC numbers. An average of 41 per year is not unusual. I have been in situations as a correctional officer of having to direct an inmate to do something, and the next day I have a discrimination complaint against me. It is not because I am discriminating against the inmate. It is because I am enforcing the policies and rules of the Correctional Service of Canada. Unfortunately the discrimination cases show that only three of those grievances by inmates actually made it through.

The recourse system we have for inmates and staff alike is pretty vast. In the federal public service there are all kinds of recourse compared to other countries in the world for correctional officers and inmates. For those cases I encourage that the redress system be used, but I don't have a single disciplinary case in front of me about inmate discrimination right now.

Que faisons-nous à ce sujet ? Il y a plus de sensibilisation. En tant que collègues, nous nous assurons de parler entre nous si nous voyons quelque chose se produire, mais nous n'avons pas beaucoup de données indiquant qu'il y a beaucoup de difficultés. Nous en sommes constamment conscients. Nous recevons une certaine formation et il arrive souvent qu'un syndicat préconise de la formation.

Je pourrais peut-être donner un exemple. Il y a plusieurs années, nous avons dû transférer un groupe de détenus autochtones de Drumheller. Nous avons reçu une formation de sensibilisation culturelle sur les Autochtones, les Premières Nations et les peuples autochtones. Malheureusement, les agents en Ontario n'avaient pas la même compréhension ou connaissance des besoins et des droits des Autochtones que ceux dans la région des Prairies. Nous avons recommandé vivement qu'une formation spécifique soit dispensée. À l'époque, nous hébergions un groupe de détenus qui venaient des Prairies. C'est principalement de là que viennent la plupart des détenus autochtones.

Nous faisons certaines choses. Nous intervenons quand il le faut. Nous l'avons fait depuis le tout début et nous continuerons certainement de le faire.

Le sénateur Ngo : Vous avez parlé de 440. C'est beaucoup.

M. Godin : Sur une période de neuf ans, oui. Je vais vous donner la moyenne exacte. Elle est de 41 par an. Les chiffres proviennent du Bureau de l'enquêteur correctionnel. J'ai parlé personnellement à M. Zinger, qui m'a dit que la plupart des plaintes étaient anecdotiques et non prouvées. Elles sont infondées. En gros, ce sont des cas évidents. Il y en a se rapportant à la politique, mais elles ne sont pas nécessairement prouvées.

Je suis retourné vérifier les chiffres du Service correctionnel du Canada. Une moyenne de 41 par an n'est pas inhabituelle. Comme agent correctionnel, je me suis trouvé dans des situations où j'ai dû ordonner à un détenu de faire quelque chose et, le lendemain, il y a eu une plainte de discrimination contre moi. Ce n'est pas parce que je fais de la discrimination contre le détenu. C'est parce que j'applique les politiques et les règles du Service correctionnel du Canada. Malheureusement, les dossiers de discrimination montrent que seulement trois de ces griefs déposés par des détenus ont été entendus.

Le système de recours que nous avons pour les détenus de même que pour le personnel est assez vaste. Dans la fonction publique fédérale, il y a toutes sortes de recours, par comparaison à d'autres pays du monde, pour les agents correctionnels et les détenus. Dans ces cas, j'encourage le recours au système de réparation, mais je ne suis actuellement saisi d'aucune affaire disciplinaire concernant de la discrimination contre des détenus.

Senator Wells: Thank you, Mr. Godin and Mr. Thibault for appearing before us. You mentioned higher risks faced by correctional officers with the presence of needles in the prison system. Could you go quickly over those risks again and tell me if any of them are mitigated or covered in this legislation, Bill C-83?

Mr. Godin: Unfortunately those risks are not covered in the bill. There's a whole perspective on the prison needle exchange. I want to make clear that we're not against harm reduction strategies. First, we need to make sure it is safe for us and the inmates. We are suggesting an alternative to what Correctional Service of Canada is currently doing where they're issuing needles in cells. We believe that the prison needle exchange program is a health care issue.

We have spoken to several members of Parliament. I can give you a list of members. They all agree that this is a health care issue. We're suggesting that it belongs in health care. Remove it from the cells. That removes the risks to us. It removes the risk to other inmates, believe it or not. For example, needles can go missing. I can be muscled for a needle. It has already happened under the current program. It also respects the privacy of the inmate. If we remove the needle from the cell and put it in health care where it belongs, that will avoid the sharing of needles, first of all. Second, it protects the privacy of the inmate.

I will tell you what is concerning for us. If you look at the statistical data, which I can provide to the committee, 79 per cent of our overdoses occurs in cells. It would make more sense to have the needles removed from the cells, put in health care where they belong and do it under safe conditions, issued by health care professionals. In that way, if the inmate overdoses, the health care professional is there.

I want to make clear that we're not against the harm reduction strategies. At first, we were opposed to it for many reasons because at the same time they were asking us to do drug interdiction strategies. We're caught in a conflict of interest here. We notice that is not how it works in European countries. I have provided you guys with a lot of information on that.

Our goal is the safety of correctional officers and the safety of inmates.

Senator Wells: I am gathering from your presentation and the data being provided that it is prevalent, but in your experience does drug use inhibit or contribute to the rehabilitation objectives within prisons?

Le sénateur Wells : Merci, messieurs Godin et Thibault, d'être venus témoigner devant notre comité. Vous avez mentionné les risques plus élevés auxquels font face les agents correctionnels en raison de la présence de seringues dans le système carcéral. Pourriez-vous revenir rapidement sur ces risques et me dire si certains d'entre eux sont atténués ou couverts par le projet de loi C-83 ?

M. Godin : Malheureusement, ces risques ne sont pas couverts dans le projet de loi. Il y a tout un point de vue sur l'échange de seringues en prison. Je tiens à préciser que nous ne sommes pas contre les stratégies de réduction des méfaits. Premièrement, nous devons assurer notre sécurité et celle des détenus. Nous proposons une solution de rechange à ce que fait actuellement le Service correctionnel du Canada pour la distribution de seringues dans les cellules. Nous croyons que le programme d'échange de seringues en prison est un problème relevant des soins de santé.

Nous avons parlé à plusieurs députés. Je peux vous donner une liste de députés. Ils s'entendent tous pour dire qu'il s'agit d'une question de soins de santé. Nous suggérons qu'elle devrait être traitée au niveau des soins de santé et non des cellules. Cela éliminerait les risques pour nous et pour les autres détenus, croyez-le ou non. Par exemple, des aiguilles peuvent disparaître. On peut tenter de m'intimider pour une aiguille. C'est déjà arrivé dans le cadre du programme actuel. Cela respecte également la vie privée des détenus. Si nous retirons les aiguilles des cellules pour les fournir dans le cadre de soins de santé, comme il se doit, cela évitera tout d'abord le partage des seringues. Deuxièmement, cela protégera la vie privée des détenus.

Je vais vous dire ce qui nous préoccupe. Selon les statistiques, que je peux fournir au comité, 79 p. 100 des surdoses se produisent dans les cellules. Il serait plus logique que les aiguilles soient retirées des cellules et fournies dans le cadre de soins de santé, comme il se doit, dans des conditions sûres, par des professionnels de la santé. De cette façon, si le détenu faisait une surdose, ce serait en présence d'un professionnel de la santé.

Je tiens à préciser que nous ne sommes pas contre les stratégies de réduction des méfaits. Au début, nous nous y sommes opposés pour de nombreuses raisons parce que, en même temps, on nous demandait d'élaborer des stratégies d'interdiction de la drogue. Nous sommes en conflit d'intérêts ici. Nous constatons que ce n'est pas ainsi que cela fonctionne dans les pays européens. Je vous ai fourni beaucoup d'information à ce sujet.

Notre objectif est la sécurité des agents correctionnels et la sécurité des détenus.

Le sénateur Wells : Je déduis de votre exposé et des données fournies que la consommation de drogue est courante, mais d'après votre expérience, nuit-elle ou contribue-t-elle aux objectifs de réadaptation dans les prisons ?

Mr. Godin: That's a tough one. As correctional officers, obviously it is our responsibility to deter drugs come into our institutions. I often get the question, and I very openly love to answer it. People say, "Mr. Godin, you are not doing your job. How are drugs getting into the prisons?" I can give you a list of a hundred ways they are getting into the prisons.

Inmates on drugs is not a good thing. It is not a good thing for other inmates. It is not a good thing for correctional officers or other staff. Currently, our mandate is to prevent the drugs from coming in. That's very difficult. We have drones nowadays they can actually pinpoint right to a cell window. We're having difficulties with that.

Does it contribute? With harm reduction strategies, as an example, one of the concerning things — and this is statistical data; I don't happen to be the expert — is that inmates on the current needle exchange program don't have to disclose that in front of a parole board. The Canadian public probably has a vested interest in knowing that, because 80 to 90 per cent of offenders have usually committed their crimes while on drugs or alcohol when they are in the community.

I don't pretend to be the expert. Are there things we can be doing to try to prevent drugs from coming in? Of course there are. We are to introduce the body scanners, which is a non-intrusive way to detect contraband. We have a major problem with drones. They're out of control. We're getting anywhere from seven to ten drops a week. I can show you some photos. I had one yesterday. It is unbelievable how sophisticated these things are. It is creating a lot of difficulty for correctional officers.

There's not an easy solution to that. We're trying to figure out ways because it is our goal to get inmates off of drugs. We want them to be successful when they go back into the community. We don't want them to commit crimes to support drug habits. That's what we're trying to do. It is very complicated to prevent that. We continue to do all that we can. We're trying to prevent drugs. That's our mandate, as well, as correctional officers.

Senator Wells: It appears to me there is some advocacy for controlled injection in a health centre in the prison. Is that what it would be called?

Mr. Godin: Safe consumption, we might call that. They're using different buzzwords now. We are actually going to pilot one of those.

M. Godin : C'est une question difficile. Comme agents correctionnels, il est évidemment de notre responsabilité de dissuader les détenus de consommer de la drogue dans nos établissements. On me pose souvent la question, et j'adore y répondre ouvertement. Les gens disent : « Monsieur Godin, vous ne faites pas votre travail. Comment la drogue est-elle introduite dans les prisons? » Je peux énumérer une centaine de moyens par lesquels de la drogue est introduite dans les prisons.

Les détenus qui se droguent, ce n'est pas une bonne chose. Ce n'est pas une bonne chose pour les autres détenus. Ce n'est pas une bonne chose pour les agents correctionnels et les autres employés. À l'heure actuelle, notre mandat est d'empêcher l'introduction de drogues. C'est très difficile. De nos jours, les drones peuvent localiser avec précision une fenêtre de cellule. Cela nous complique la tâche.

Est-ce que cela contribue à la réadaptation? Dans le cas des stratégies de réduction des méfaits, par exemple, l'une des choses préoccupantes — et il s'agit de données statistiques; je ne suis pas un expert en la matière — c'est que les détenus qui participent au programme actuel d'échange de seringues n'ont pas à en parler devant une commission des libérations conditionnelles. Le public canadien a probablement intérêt à le savoir, car de 80 à 90 p. 100 des délinquants ont habituellement commis leurs crimes sous l'influence de la drogue ou de l'alcool alors qu'ils étaient dans la collectivité.

Je ne prétends pas être l'expert. Y a-t-il des choses que nous pouvons faire pour empêcher les drogues d'entrer ? Bien sûr qu'il y en a. Nous allons introduire les scanners corporels, qui offrent un moyen non intrusif de détecter la contrebande. Nous avons un problème majeur avec les drones. Ils sont incontrôlables. Nous avons de 7 à 10 livraisons par semaine. Je peux vous montrer des photos. J'en avais une hier. C'est incroyable à quel point ces choses sont sophistiquées. Cela crée beaucoup de difficultés pour les agents correctionnels.

Il n'y a pas de solution facile à ce problème. Nous en cherchons parce que notre but est que les détenus ne prennent plus de drogue. Nous voulons qu'ils réussissent lorsqu'ils retournent dans la collectivité. Nous ne voulons pas qu'ils commettent des crimes pour financer une consommation de drogues. C'est ce que nous essayons de faire. C'est très compliqué d'empêcher cela. Nous continuons de faire tout ce que nous pouvons. Nous essayons d'empêcher la consommation de drogue. Cela fait partie de notre mandat comme agents correctionnels.

Le sénateur Wells : Il me semble que certains préconisent l'injection contrôlée dans un centre de santé dans les prisons. C'est comme cela que ça s'appelle?

M. Godin : On parlerait de consommation supervisée. On utilise différents mots à la mode maintenant. Nous allons mettre un tel centre à l'essai dans le cadre d'un projet pilote.

Senator Wells: Drugs aren't allowed in prison but they're getting in, obviously. You would advocate for a safe consumption site where there is not mitigation of it. I won't say it is promoted but it is facilitated. We would hope, through some kind of rehabilitation program, prisoners would be incorporated back into society. I don't know the correct word to use.

We are putting inmates, who use drugs or may be facilitated through needle programs or health sites, back into society, hoping that it works out. Am I getting it wrong?

Mr. Godin: I guess. I am not the expert to make those evaluations. I would suggest, though, that there are all kinds of synthetic drugs on the market. They are alternatives to illicit drugs because it is illicit drugs that are the real danger. From my own research, and again I don't pretend to be an expert, there are over a thousand drugs approved by Health Canada that are substitutions for those kinds of drugs.

As well, we're advocating for trying to substitute synthetic drugs and maybe we can reduce the other situations from occurring where the illicit drugs are coming in. The opioid crisis is at an all-time high. That's a real concern for us. We get several overdoses every week. We're correctional officers. We are the only peace officers I am aware of that are responsible for an inmate's death. In the Vancouver PD they don't even respond to overdoses anymore. It is unfair to us. If you look at the needle exchange in Europe, they don't respond to overdoses either.

We're saying that this belongs in health care. That's where the experts are to deal with this one.

Senator Wells: You are saying it is not what you signed up for.

Mr. Godin: That's pretty much it, yes.

Senator Boyer: It sounds like you have a really tough job. My question is about relationships. As part of this committee's work, we heard in confidential meetings with correctional staff and officers that some of them feared retribution when they had reported unacceptable behaviour to other correctional officers, to other staff or to prisoners.

First, could you explain what systems you have in place to protect whistle-blowers? Second, what is in place to create more positive working environments between correctional officers? You had mentioned recourse, but I would like you to expand on that, please.

Le sénateur Wells : Les drogues sont interdites en prison, mais, de toute évidence, elles y entrent. Vous approuvez un centre de consommation supervisée où on ne restreindrait pas la consommation. Je n'irai pas jusqu'à dire qu'elle est encouragée, mais elle est facilitée. On espère que les prisonniers puissent réintégrer la société grâce à un genre de programme de réadaptation. Je ne sais pas quel terme employer.

Nous laissons revenir dans la société des détenus qui consomment des drogues, parfois avec l'aide de programmes d'échange de seringues ou de centre de santé, et nous espérons que cela fonctionne. Ai-je tort de voir les choses ainsi?

M. Godin : Je suppose. Je n'ai pas l'expertise pour tirer ce genre de conclusions. Signalons toutefois qu'il existe toute sorte de drogues synthétiques sur le marché. Elles peuvent remplacer les drogues illicites, lesquelles présentent un réel danger. D'après mes propres recherches, et je répète que je ne suis pas un spécialiste, Santé Canada a approuvé plus d'un millier de médicaments qui peuvent servir de substitut à ce genre de drogues.

Nous prônons l'essai de drogues synthétiques en tant que substitut afin d'atténuer les problèmes liés au trafic de drogues illicites. La crise des opioïdes n'a jamais été aussi aiguë et elle nous préoccupe beaucoup. Nous sommes aux prises avec plusieurs surdoses de drogues par semaine. Nous sommes des agents correctionnels. À ma connaissance, nous sommes les seuls agents de la paix à être responsables en cas de décès d'un détenu. Le service de police de Vancouver ne répond même plus aux appels pour les surdoses de drogue. C'est injuste pour nous. En Europe, là où il y a des programmes d'échange de seringues, on n'intervient pas non plus dans les cas de surdoses.

Nous soutenons que ce problème relève des spécialistes des services de santé.

Le sénateur Wells : Vous dites que cela ne fait pas partie de votre mandat.

M. Godin : C'est à peu près cela, oui.

La sénatrice Boyer : Votre travail semble très difficile. Ma question porte sur les relations. Au cours des travaux du comité, nous avons entendu durant des entretiens confidentiels avec des agents et du personnel des services correctionnels que certains d'entre eux craignent des représailles lorsqu'ils signalent des gestes inacceptables commis envers d'autres agents correctionnels, des membres du personnel ou des prisonniers.

Primo, pouvez-vous expliquer les systèmes qui existent pour protéger les dénonciateurs? Secundo, y a-t-il des mesures en place pour favoriser une ambiance de travail positive entre les agents correctionnels? Vous avez mentionné des recours, mais j'aimerais vous entendre en dire davantage sur le sujet.

Mr. Godin: Absolutely, and I do appreciate the question. We are very proactive right now. We have decided to do a couple of things. If we look at the situation in Edmonton — and I won't go into details because it's currently under investigation — I will tell you that the union was the one that raised Edmonton to the attention of the Correctional Service of Canada. In fact, we advocated for months and months and months. We said, "Look it, something has to be looked at here. We're having a lot of difficulties. We have a unit operating outside of administrative segregation policies."

We advocated for that. Finally, CSC took action. They agreed to do an outside investigation. A third party came in and did an outside investigation. There's a toxic work report I would be more than willing to share with the committee. It is public. It was us that pushed for that. At the same time we visited Edmonton very regularly. We went and visited all the staff there. I have been there myself personally six or seven times, encouraging staff that if there's any unacceptable conduct or behaviour to come and talk to us too. We're currently representing six of our members on human rights complaints. We have always had a harassment policy. We took additional measures to enhance that. We're working with CSC on implementing the toxic workplace report.

I would strongly suggest that the committee take a look at those recommendations and join in with us on that because we're asking for those recommendations to be implemented. Our local unions are currently working, saying they need this change, this change and this change so that these types of things don't occur again.

At the same time we have had many discussions with Correctional Service of Canada through the ethics committee on making sure that we now have a number where people can come forward. We are obviously encouraging our members to come forward to us because we don't want that kind of work environment either. I have been around a long time. Most correctional officers do not want that type of work environment.

At the same time training is essential. We continue to signal that. We know that we have different types of training on CTP, but we're saying that maybe it is time for refresher training. The Correctional Service has picked up that ball, and we're redoing the kind of ethics training we need.

We have done a lot of work. I plan on heading to Edmonton again. I want to see the progression of the report. We have met with many of the members. There was a problem. Again, I won't talk personally on those cases because they're ongoing, but

M. Godin : Absolument. Je suis heureux que vous posiez la question. Nous sommes très proactifs en ce moment et avons lancé quelques initiatives. Pensons à la situation survenue à Edmonton. Je ne peux pas parler en détail parce qu'une enquête est en cours, mais je dirai que c'est le syndicat qui a attiré l'attention du Service correctionnel du Canada sur Edmonton. En fait, nous avons déployé des efforts en ce sens pendant des mois. C'est nous qui avons indiqué qu'il fallait se pencher sur la situation, que les difficultés étaient graves et qu'une unité ne se conformait pas aux politiques administratives en matière d'isolement préventif.

Nous avons insisté et le Service correctionnel du Canada est enfin passé à l'action. Il a accepté la tenue d'une enquête externe par un tiers. Un rapport a conclu à un milieu de travail toxique que je partagerai volontiers avec le comité. Le rapport a été rendu public. C'est nous qui avons demandé qu'il soit publié. Nous avons fait de fréquentes visites à Edmonton et rencontré tout le personnel. Je m'y suis moi-même rendu six ou sept fois et j'ai encouragé les employés à me parler s'ils avaient été témoins de comportements inacceptables. À l'heure actuelle, nous représentons six de nos membres qui ont déposé des plaintes concernant des droits de la personne. Nous avons toujours eu une politique en matière de harcèlement. Nous l'avons améliorée en y ajoutant de nouvelles dispositions. Nous collaborons avec le Service correctionnel du Canada pour la mise en œuvre des recommandations du rapport sur le milieu de travail toxique.

Je suggère fortement au comité de jeter un coup d'œil à ces recommandations que nous demandons à voir mises en œuvre et qu'il nous appuie en ce sens. Les syndicats locaux déploient des efforts et font connaître les modifications qui doivent être apportées afin d'éviter que ce genre de situation se reproduise.

En outre, nous avons eu de nombreuses discussions avec le comité de l'éthique du Service correctionnel du Canada sur la création d'une ligne téléphonique où on pourra faire un signalement. Évidemment, nous encourageons nos membres à s'adresser à nous, parce que nous ne voulons pas de ce genre de milieu de travail. J'ai beaucoup d'expérience et je peux affirmer que la plupart des agents correctionnels n'en veulent pas non plus.

Par ailleurs, la formation est essentielle. Nous l'affirmons continuellement. Nous sommes conscients qu'il existe différents programmes de formation correctionnelle, mais nous pensons qu'il est peut-être temps d'offrir une formation de recyclage. Le Service correctionnel du Canada s'en charge. Nous sommes à réviser la formation en éthique pour qu'elle réponde à nos besoins.

Nous avons accompli beaucoup de travail. J'ai l'intention de retourner à Edmonton. Je veux suivre les progrès liés au rapport. Nous avons rencontré beaucoup de membres. Il y avait un problème. Encore une fois, il m'est impossible de parler

we're now representing six human rights complaints on behalf of our membership.

We have taken a lot of action. The problem is that we have a delicate balancing act. Under the law, it is also our obligation as a union to represent members on the other side of the spectrum, so you can see the dilemma the union is caught in. At the same time we have a mechanism where we channel those things. We have different representatives dealing with one part and different representatives dealing with another part.

Once we implement some of the recommendations out of the report out of Edmonton, the next step is to be there to support the staff. It is really important to understand that we have excellent staff at Edmonton. A lot of people that come to that institution are proud to do their job. After this is all over, we want to make sure they're supported and feel confident and comfortable to go in and do their job. We encourage our members to report any kind of misconduct immediately to us and to Correctional Service of Canada. There are all kinds of recourses and mechanisms. Different hotlines are set up now. We're on board with a lot of that. I strongly encourage you to take a look. I will share the report with you, if are you interested.

Senator Boyer: I look forward to it. Thank you.

Mr. Godin: It is a pleasure.

Senator Hartling: I was going to ask similar questions to what were just asked, but I want to reiterate that you talked a lot in your opening remarks about safety, security and mental health. Those are factors in prison, but workers and a lot of staff we met had concerns about how things were going in the workplace. I am happy to hear you are looking at those issues. It is especially disturbing that women are attacked by their fellow workers.

In the complaints process, how safe do you think people feel to go forward and how do they do that? You talked a bit about that, but could you expand on that? Supposing I am working there and I get attacked, whom do I go to? How does that work?

Mr. Godin: Honestly, senator, it is basically spending time to sit and talk with people to make them feel comfortable. As I mentioned, we are representing six correctional officers on human rights cases. We're taking those very seriously. We don't take this subject lightly.

personnellement de cette affaire parce qu'elle est en cours. Je souligne toutefois que nous représentons des membres dans six cas de plaintes concernant les droits de la personne.

Nous avons pris beaucoup de mesures. La situation est délicate, car, selon la loi, nous avons aussi l'obligation de représenter les membres qui sont dans la situation inverse. Vous comprendrez le dilemme dans lequel nous nous trouvons. Nous avons un mécanisme en place pour traiter ce genre de choses. La représentation des deux parties est assumée par des représentants différents.

Une fois mises en œuvre les recommandations du rapport d'Edmonton, il s'agira d'être présents pour appuyer le personnel. Il est très important de comprendre que le personnel d'Edmonton est excellent. Beaucoup d'employés qui travaillent à cet établissement sont fiers de leur travail. Une fois que l'affaire sera chose du passé, nous voulons faire en sorte qu'ils se sentent soutenus, confiants et à l'aise de se rendre à l'établissement et d'accomplir leurs tâches. Nous encourageons nos membres à signaler immédiatement toute inconduite, auprès de nous et du Service correctionnel du Canada. Il existe toutes sortes de recours et de mécanismes. Diverses lignes téléphoniques ont été créées. Nous appuyons beaucoup de ces mesures. Je vous recommande fortement de vous pencher là-dessus. Je vous transmettrai le rapport, s'il vous intéresse.

La sénatrice Boyer : Il me tarde d'en prendre connaissance. Merci.

M. Godin : C'est un plaisir.

La sénatrice Hartling : Les questions que j'avais préparées sont semblables à celles qui viennent d'être posées. Je souligne que, dans votre mot d'ouverture, vous avez beaucoup parlé de sécurité et de santé mentale. Ce sont là des facteurs qui s'appliquent non seulement aux prisonniers, mais aussi aux employés. Beaucoup de membres du personnel que nous avons rencontrés se sont dits préoccupés par ce qui se passe dans leur milieu de travail. Je me réjouis que vous étudiiez ces questions. Il est particulièrement troublant d'entendre que des femmes se font attaquer par des collègues de travail.

Dans le cadre du processus des plaintes, les gens qui font un signalement se sentent-ils en sécurité? Comment s'y prend-on? Vous avez abordé la question, mais pourriez-vous nous en dire davantage? Comment se déroule le processus?

M. Godin : Honnêtement, sénatrice, il s'agit simplement de parler à la personne et prendre le temps de la mettre à l'aise. Comme je l'ai mentionné, nous représentons six agents correctionnels dans des affaires concernant les droits de la personne. Nous traitons ces dossiers avec le plus grand sérieux. Nous ne prenons pas la chose à la légère.

It is getting people to feel at ease. I won't comment on the specifics, but we have spent a lot of time talking to members and encouraging them to come forward. We're not shy of that. We want a workplace that's free from harassment. We want it to be safe, and we want it to be safe for our co-workers. The only way, to be honest with you, is to be very present there. As a union we have done a very good job of that. I have spent hours and hours talking with people and encouraging them. It has had a pretty good effect. We have had good discussions with some individuals affected directly by some of the events that went on. It is a trust thing. It is sitting down, talking with people and engaging people. We're doing all we can.

For me it is a lot to do with face-to-face interactions. It is reassuring them that there's a hotline to call. It is reassuring them that their union is available to help represent them if there is a problem. As I mentioned earlier, we have two factions we must manage there. We have to manage them carefully because the law obliges us to represent both parties, the victim or potentially an assailant. I won't comment on the specifics because it is ongoing. We can talk more after.

Senator Hartling: Is there opportunity for a woman to talk to a woman?

Mr. Godin: Yes, absolutely.

Senator Hartling: If she's a Black or an Indigenous woman who works there, does she have the opportunity to talk to someone of her culture?

Mr. Godin: Yes. You can look at our union structure. We have a Status of Women representative locally and we have a Status of Women representative regionally. Perhaps I will give you an example, if this is helpful for you. We're having some issues around transgender inmates. You have to understand that some of our members may have been victimized themselves. If we have a risk assessment on an inmate who is acting inappropriately, who has a long history of sex offences, who shows up in an institution and self-declares as a woman, who continues to have male genitalia and makes advances toward our members, we have a mechanism in place for that. We're experiencing some of those problems right now in places like the Pacific region. To answer your question, we have individuals available.

Many our officers come from a lot of different ethnic backgrounds now. That's hugely important. I will use an example. At Warkworth Institution a good portion of our correctional officers are Indigenous. Unfortunately, a couple of years ago, the correctional investigator came out and made a generalized statement about systemic racism there. I can tell you the three officers involved in the particular situation were all Aboriginal and were very offended by that. Bill Gonzalez, whom

Il s'agit de mettre les gens à l'aise. Sans donner de détails, je dirais que nous avons passé beaucoup de temps à discuter avec les membres et à les encourager à faire un signalement, ce que nous n'hésitons pas à faire. Nous voulons que le milieu de travail soit exempt de harcèlement et qu'il soit sécuritaire, y compris pour nos collègues. La seule façon d'y arriver, c'est d'être très présent. Notre syndicat a fait du très bon travail à cet égard. Nous avons consacré des heures et des heures à discuter avec les gens et à les encourager, ce qui a donné d'assez bons résultats. Nous avons eu de bonnes conversations avec certaines personnes directement touchées par les événements qui ont eu lieu. C'est une question de confiance. Il s'agit de s'asseoir avec la personne, lui parler et de l'amener à s'ouvrir. Nous faisons de notre mieux.

Selon moi, les entretiens en personne y sont pour beaucoup. Le fait qu'il existe une ligne téléphonique spéciale est rassurant pour les membres. Il est rassurant que le syndicat soit disponible pour les représenter en cas de problème. Comme je l'ai mentionné, nous avons deux groupes de membres à gérer. Il faut s'y prendre avec doigté parce que la loi nous oblige à représenter les deux parties: l'agresseur allégué et la victime. Je ne donnerai pas de détail parce que l'affaire est en cours, mais nous pourrons en parler davantage lorsqu'elle sera classée.

La sénatrice Hartling : Est-ce que les femmes ont la possibilité de se confier à une femme?

M. Godin : Oui, absolument.

La sénatrice Hartling : Les employées noires ou autochtones ont-elles la possibilité de parler à une personne de leur propre culture?

M. Godin : Oui. Si vous regardez la structure du syndicat, vous verrez que nous avons des représentants à la condition féminine à l'échelle locale et régionale. Voici un exemple qui pourrait être utile. La question des détenus transgenres pose certains défis. Il faut garder à l'esprit que des membres du syndicat peuvent avoir subi des agressions par le passé. Nous avons un mécanisme en place s'il y a, par exemple, une évaluation de risque concernant un détenu qui a commis de nombreuses infractions sexuelles et se conduit de façon inappropriée et qui, à son arrivée dans un établissement, déclare être une femme, a toujours des organes génitaux masculins et fait des avances à des employés. Nous devons actuellement composer avec des problèmes de ce genre, notamment dans la région du Pacifique. Bref, pour revenir à votre question, nous avons des gens disponibles.

De nos jours, les origines ethniques des agents correctionnels sont très diversifiées. C'est absolument essentiel. Voici un exemple. À l'Établissement Warkworth, une bonne partie des agents correctionnels sont autochtones. Cela dit, il y a quelques années, l'enquêteur correctionnel a malheureusement déclaré, en généralisant, qu'il existait du racisme systémique dans cet établissement. Je peux vous dire que les trois agents mêlés à la situation, tous trois autochtones, en ont été très offusqués. Bill

I've known for many years, was 30 years on the job and was upset by that. He said, "We don't have a systemic racism problem here. I have worked here for 30 years. I am an Indigenous correctional officer, and we do our job."

Things have changed a lot in the service since I started. The proportional representation of our membership has changed very drastically over the last 27 years, and that's a good thing. Just to get back to it, there are women representatives available for those personal issues to go to for assistance.

Senator Pate: One of the issues that has changed is the security clearances required for outside organizations. I was pleased to hear you talking about wanting to see more programs and opportunities coming in. One of the challenges has been with those security clearances being increased is that fewer community people are coming in and there is less access. Under Bill C-83, my understanding is that most of the resourcing will be going to extra correctional officers.

How do you see, under Bill C-83, more programming coming into prisons? Does the union have a position on the increased security clearance requirements for visitors, civil society, non-governmental organizations and the like?

Mr. Godin: That's a bit out of our control. We're not necessarily in charge of approving outside people coming in. We're not discouraging it. Don't get me wrong. That's up to Correctional Service of Canada. If you are having issues around those requirements, I would suggest you address them with CSC.

With Bill C-83 we will see a huge increase in nursing staff and therapeutic resources. That's encouraging. We have to make sure we have the security to help them do their job. There will be an increase in both resources, I would suggest. Obviously there has to be a slight increase in security. I don't see it being a huge one at this point, but we know those numbers must increase to make sure we can facilitate.

We have to take into account the numbers. I will give you a good example. If we're running a unit with 75 offenders and we're trying to provide four hours a day out of cells, therapeutic interventions and those types of things, that requires resources, and 75 is a lot. We're talking about four hours outside of cells, plus showers, phone calls and all those things. We need resources. Based on how it is being proposed, the four hours out of cells will be occupied by therapeutic health care support. That's interesting. That's definitely an improvement.

Gonzalez, que je connais depuis des années, avait 30 ans d'expérience à l'époque et ces propos l'ont indigné. Il a dit : « Nous n'avons pas de racisme systémique ici. Je travaille ici depuis 30 ans. Je suis un agent correctionnel autochtone. Nous faisons notre travail. »

Le service correctionnel a beaucoup évolué depuis mes débuts. La composition du personnel a immensément changé en 27 ans, et c'est un changement positif. Pour revenir à votre question : oui, nous avons des représentantes auxquelles les membres peuvent s'adresser au besoin.

La sénatrice Pate : Parmi les choses qui ont changé figurent les cotes de sécurité que doivent obtenir les organismes externes. J'étais ravie de vous entendre dire que vous souhaitez voir davantage de programmes et d'autres initiatives dans les établissements. L'un des défis c'est que, comme on exige des cotes de sécurité plus élevées, l'accès est plus restreint et moins de gens de la communauté se rendent dans les établissements. Dans le contexte du projet de loi C-83, la plupart des ressources serviront à augmenter le nombre d'agents correctionnels, si j'ai bien compris.

Selon vous, quel sera l'effet du projet de loi C-83 sur la possibilité d'offrir davantage de programmes dans les prisons? Le syndicat a-t-il adopté une position à propos des cotes de sécurité plus élevées que doivent avoir les visiteurs, les membres de la société civile, les organisations non gouvernementales et ainsi de suite?

M. Godin : Ce n'est pas vraiment de notre ressort. Il ne nous revient pas vraiment d'approuver les visites de personnes de l'extérieur. Nous ne les décourageons pas, je tiens à le dire. C'est une question qui relève du Service correctionnel du Canada. Si les nouvelles exigences vous semblent problématiques, je vous inviterais à en parler avec le SCC.

Le projet de loi C-83 entraînera une augmentation considérable du personnel infirmier et des ressources thérapeutiques. C'est encourageant. Nous devons nous assurer d'être en mesure d'offrir la sécurité dont ce personnel a besoin pour accomplir son travail. Cela suppose qu'il faudra également augmenter les ressources consacrées à la sécurité, du moins légèrement. Je ne crois pas qu'une immense augmentation soit nécessaire pour le moment, mais nous savons qu'il nous faudra plus de ressources pour accomplir les tâches requises.

Il faut tenir compte du nombre de personnes en jeu. Voici un exemple. Supposons que nous avons une unité de 75 détenus à qui on souhaite offrir 4 heures par jour en dehors des cellules, pour des interventions thérapeutiques et d'autres activités du genre. Il nous faudra des ressources, car 75 détenus, c'est beaucoup de monde. On parle donc d'environ quatre heures par jour à l'extérieur des cellules, en plus des douches, des appels téléphoniques et tout ça. Nous avons donc besoin de ressources. D'après la proposition, ces quatre heures à l'extérieur des

You may not agree it is far enough, and I certainly encourage you to advocate for more. For us, it is about making sure we safely do those interventions. Some of the units might be smaller, so we don't require as many resources. We may not have a unit of 75 that we're dealing with. It is virtually impossible to deliver four hours a day out, unless we have what we need. We may have smaller units that can facilitate that, which would be a bit easier. We're not against programs. We're not against people coming in to deliver them. We have to make sure the security support is there so they receive the time they need to interact with the offender.

Senator Pate: When the Correctional Investigator appeared before us, he indicated that he didn't see the resource allocation and the plan that has been put in place being capable of implementing what are the stated objectives of Bill C-83. Would you disagree with that?

Mr. Godin: I wouldn't disagree with that. My testimony before Parliament was that you would need a lot of resources to do this. We were very clear that this is not a small undertaking. You won't hear an argument from us. In fact, you have probably heard me make public some statements. While well intentioned, you need to cough up the bucks. It's not cheap to facilitate this.

It's also difficult right now. This is something for your consideration as well: Part of our problem is trying to recruit health care professionals. This is an issue that we are having as well. It's not necessarily about not letting people in or not getting people in to deliver programs. It's about recruitment piece of it. Honestly, I sympathize with CSC. We had a discussion about this last week. It's very difficult to attract health care professionals in the prison service if you are not paying appropriate dollars. A psychiatrist or psychologist will make more money on the street than he is working inside a federal institution. That is part of our problem.

We are advocating for as many resources as we can, and I know you are singing the same song as we are.

Senator Ngo: I want to follow up on Senator Wells' idea. Tell me how the anti-drug program strategy and the prison needle exchange program work together. On the one hand you have the anti-drug strategy, and on the other hand you have the needle.

cellules seront axées sur des soins de santé thérapeutiques. C'est intéressant. C'est décidément une amélioration.

Vous considérez peut-être que c'est insuffisant. Dans ce cas, je vous encourage à militer pour obtenir davantage. Pour notre part, nous tenons avant tout à être en mesure de gérer ces activités de façon sécuritaire. Dans les petites unités, il faudra moins de ressources. Les unités ne comptent pas toutes 75 détenus. Si nous n'avons pas les ressources nécessaires, il sera pratiquement impossible d'offrir quatre heures par jour à l'extérieur des cellules. Ce sera peut-être un peu plus facile dans les petites unités. Nous n'avons rien contre les programmes ni contre le fait que des gens viennent de l'extérieur pour les offrir. Nous devons toutefois nous assurer de pouvoir fournir la sécurité nécessaire. Ainsi, les intervenants disposeront du temps dont ils ont besoin pour interagir avec un détenu.

La sénatrice Pate : Quand l'enquêteur correctionnel a témoigné devant le comité, il a souligné qu'à son avis, les ressources et le plan prévus ne permettraient pas d'atteindre les objectifs du projet de loi C-83. Êtes-vous en désaccord avec lui?

M. Godin : Je suis plutôt d'accord. Quand j'ai témoigné devant le Parlement, j'ai dit qu'il faudrait beaucoup de ressources pour concrétiser le but visé. Il est très clair, pour nous, que ce n'est pas une mince affaire. Vous ne nous entendrez pas soutenir le contraire. En fait, vous avez probablement entendu certaines de mes déclarations publiques. Les bonnes intentions ne suffiront pas : vous devrez investir l'argent nécessaire. Il faudra de l'argent pour concrétiser le scénario souhaité.

Il existe d'autres difficultés dont vous devez tenir compte. L'un de nos défis, c'est que nous avons du mal à recruter des professionnels de la santé. Nos défis ne découlent donc pas nécessairement de la difficulté de faire entrer des gens dans les établissements, notamment pour offrir des programmes. Le recrutement pose problème. Le Service correctionnel du Canada n'a pas la tâche facile, j'en suis conscient. Nous avons eu des discussions à ce sujet la semaine dernière. Il est très difficile de recruter des professionnels de la santé pour le service correctionnel si on ne leur offre pas un salaire approprié. Un psychiatre ou un psychologue gagne davantage à l'extérieur des institutions fédérales. C'est l'un de nos défis.

Nous militons afin d'obtenir le plus de ressources possible, et je sais que vos demandes sont à l'unisson des nôtres.

Le sénateur Ngo : J'aimerais revenir à l'idée du sénateur Wells. Pourriez-vous me dire comment vous réussissez à gérer à la fois la stratégie antidrogue et le programme d'échange de seringues dans les prisons? Vous devez composer avec la stratégie antidrogue d'un côté et les aiguilles de l'autre.

Mr. Godin: To be honest with you, I will tell you it's very complicated. Here is the situation that correctional offices are put in. We are asked to keep contraband out. We feel that's our primary goal. At the end of the day, we're also being told to accept that we're going to give a needle to an inmate in a cell. Our correctional officers are asking the same question. When the program came in I had hundreds of members asking, "Jason, what do we do?"

You have to remember that we don't want to be seen as targeting an inmate either. I now know that the inmate has a needle in his cell. Subconsciously, in the back of my mind, I am pretty certain. You have to realize that it's like driving a car. If you are driving down the highway and the police pulls you over and there is a needle sitting on the passenger seat, he will likely have reasonable and probable grounds to search your car. I take that same analogy and I put that in the prison environment: I now know he has a needle. It should give me reasonable and probable grounds to go in and search the cell, but we are being told that it's discriminatory. By the way, if the needle is lying on the desk and there is drug residue in it, we can't do anything. To be honest, we are seeking the same clarity that you are.

In terms of other strategies, we continue to do what we do. We utilize drug dogs. We scan inmates coming through central control areas where we frisk them or pat them down. We do our regular routine stuff, but this adds another complication. Correctional officers are saying, "Wait a minute. I am supposed to try to keep drugs out. At the same time, if the inmate overdoses, I now have to run down within a lock zone top save the inmate." This is really a conflict of interest for correctional officers. It's very difficult for us. That's why we're suggesting, for the good of everybody, to put it where it belongs in health care.

Protect the inmate's privacy. We'll continue to do our job if they go to a safe injection site. We won't even know what they are going there for, anyway. They can put in a request to see health care. We won't know because that's private. Help us protect all of us. That is what we are asking. Remove that from the correctional officers' hands. We will continue to do our drug interdiction strategies, but this protects the inmates and protects us. Some people say that we have not had attacks with needle sticks. Believe it or not, we have had attacks with needle sticks. We believe the needles belong with the health care professionals. It's a huge conflict of interest for us. It is very difficult for us.

M. Godin : Je dois vous dire, en toute honnêteté, que c'est très compliqué. Voici dans quelle situation se trouvent les agents correctionnels. On nous demande d'empêcher que la contrebande entre dans les prisons, ce que nous considérons comme notre priorité. En parallèle, on nous demande d'accepter d'avoir à donner une aiguille à un détenu dans une cellule. Les agents correctionnels se posent tous la même question. Quand le programme a été mis en place, des centaines de nos membres m'ont demandé : « Que faut-il faire, Jason? »

Je tiens à vous rappeler que nous ne voulons pas donner l'impression de cibler un détenu. Si je sais que le détenu a une aiguille dans sa cellule, mon subconscient en tire des conclusions. À titre de comparaison, imaginez un conducteur qui se fait intercepter par un policier et s'arrête sur le bas-côté de l'autoroute. Si le policier voit une aiguille sur le siège du passager, il aura un motif raisonnable et probable de procéder à une fouille du véhicule. Maintenant, imaginez un scénario semblable dans le contexte carcéral : je sais maintenant que le détenu a une aiguille. Je devrais donc avoir un motif raisonnable et probable de fouiller sa cellule, mais on nous dit qu'une telle fouille serait discriminatoire. Même si l'aiguille se trouve sur le bureau et qu'elle contient des résidus de drogue, nous ne pouvons rien faire. Bref, nous souhaitons, nous aussi, plus de clarté autour de ces enjeux.

Pour ce qui est des autres stratégies, nous continuons d'utiliser nos méthodes habituelles. Nous avons recours à des chiens détecteurs de drogue. Quand des détenus passent par un poste de contrôle central, nous les soumettons à un détecteur et à une fouille par palpation. Nous prenons donc les mesures habituelles, mais ce nouveau programme complique les choses. Des agents correctionnels nous disent : « Attendez un peu. Je suis censé empêcher que des drogues entrent ici. Toutefois, si un détenu fait une surdose, je devrai maintenant me précipiter dans une zone verrouillée pour le sauver. » Il s'agit d'un véritable conflit d'intérêts pour les agents correctionnels. C'est très difficile pour nous. C'est pourquoi nous proposons, dans l'intérêt de tous, de confier cette responsabilité au secteur des soins de santé.

La vie privée des détenus serait protégée. S'ils se rendent à un centre d'injection supervisée, nous continuerons de faire notre travail, tout simplement. Nous ne saurons pas pourquoi ils vont au service de santé, de toute façon. Les détenus peuvent demander de voir un professionnel de la santé et nous n'avons pas de détails, puisque ce sont des renseignements privés. Donnez-nous les moyens de protéger tout le monde; c'est ce que nous vous demandons. Retirez cette responsabilité des mains des agents correctionnels. Nous continuerons de mettre en œuvre nos stratégies antidrogue, tandis que le recours aux services de santé protégera les détenus et nous protégera. Soulignons que,

If you look at the document I provided in advance of this meeting, you will see that Switzerland, for example, doesn't have a drug interdiction strategy. At the discretion of the warden, they provide needles for inmates for safe injection. However, when an inmate overdose, they don't respond to that. They are not responsible. They do not have drug dogs. They don't have the same drug interdiction strategies that we have. We were surprised because Switzerland, as you know, is the United Nations home. They don't practise the Nelson Mandela rules or the drug interdiction strategy. It is interesting to see the contrast. We went to look because we wanted to understand what is actually happening there. We did a lot of research. Éric Thibault went there. I sent him over in a group to go over there to look at that.

We are caught in a bit of a conflict of interest or an ethical or moral issue for correctional officers. We want to do our job, but we don't want to be seen as discriminatory against the inmate who has a needle in his cell. I still have to do my job to follow the drug interdiction strategies and policies. Maybe I didn't answer your question. It's very complicated and difficult.

Senator Wells: What are the top two illicit drugs used in the prison system?

Mr. Godin: I will forward you the report. I have it. I am pretty sure the opioid crisis is at the top of the list right now.

Senator Pate: What about tobacco?

Mr. Godin: Tobacco as a contraband item, possibly, but I thought you were asking specifically about drugs. I will double-check the report, but I can provide it to you. Opioids are part of an issue. Heroin is not necessarily the choice of drug these days, which is another reason for the needle exchange being difficult.

Senator Wells: The two inmates that were killed in the treatment centres, how were they killed?

Mr. Godin: Stabbed in the neck with a pen.

Senator Wells: Both?

Mr. Godin: Ironically, both. It was quite interesting.

bien que certaines personnes soutiennent qu'il n'y a pas eu d'attaque à l'aiguille, il y en a bel et bien eu, croyez-le ou non. Nous sommes d'avis que les professionnels de la santé sont les mieux placés pour s'occuper des aiguilles. La situation actuelle nous place devant un énorme conflit d'intérêts. C'est terriblement difficile.

Si vous prenez le document que je vous ai envoyé avant la réunion, vous constaterez qu'en Suisse, par exemple, il n'y a aucune stratégie d'interdiction des drogues. À sa discrétion, le gardien peut fournir des aiguilles aux détenus en vue d'une injection sécuritaire. Par contre, lorsqu'un détenu fait une surdose, ce n'est pas eux qui s'en occupent. Ils ne sont pas responsables. Ils n'ont pas de chiens détecteurs de drogue. Ils n'utilisent pas les mêmes stratégies d'interdiction des drogues que nous. Cela nous a surpris, parce que, comme vous le savez, la Suisse est le pays où se trouvent les Nations Unies. Ils n'appliquent pas les Règles Nelson Mandela et n'ont recours à aucune stratégie d'interdiction des drogues. Le contraste est intéressant. Nous nous sommes rendus là-bas pour comprendre comment cela se passe concrètement. Nous avons fait beaucoup de recherches. Éric Thibault s'est rendu sur place. Je l'ai envoyé en compagnie d'une équipe pour étudier la situation.

Les agents correctionnels se retrouvent en quelque sorte en situation de conflit d'intérêts ou devant une question éthique ou morale. Nous voulons faire notre travail, mais nous ne voulons pas qu'on pense que nous faisons de la discrimination contre le détenu qui a une aiguille dans sa cellule. Je dois quand même faire mon travail et appliquer les stratégies et les politiques d'interdiction des drogues. Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question. C'est une situation très complexe et difficile.

Le sénateur Wells : Quelles sont les deux principales drogues consommées dans le système carcéral?

M. Godin : Je vous réfère au rapport. Je l'ai avec moi. Je suis pas mal certain que la crise des opioïdes se trouve en tête de liste en ce moment.

La sénatrice Pate : Et le tabac?

M. Godin : Le tabac en tant qu'objet interdit, probablement, mais je croyais que la question portait seulement sur les drogues. Je vais revérifier dans le rapport, mais je peux vous le remettre. Les opioïdes font partie du problème. L'héroïne n'est pas nécessairement la drogue la plus populaire ces temps-ci, alors c'est une autre raison pour laquelle l'échange d'aiguilles est difficile.

Le sénateur Wells : Les deux détenus qui ont été assassinés dans des centres de traitement, comment ont-ils été tués?

M. Godin : D'un coup de stylo dans le cou.

Le sénateur Wells : Les deux?

M. Godin : Ironiquement, les deux. C'est très intrigant.

Senator Pate: Male or female?

Mr. Godin: Both of those are male facilities, Archambault and Millhaven. You can probably access those reports through the Correctional Service. I can't disclose them because they are B-protected documents.

Senator Wells: Do correctional officers have any role in the parole process, in provision of information to the panel, et cetera?

Mr. Godin: We don't really. We provide security for parole hearings. We only have so much input through a CX-2 or a parole officer. We are not necessarily sure whether some of our stuff gets in front of the parole board. We hope it does. We write reports. We write casework records. They don't necessarily make it in front of the parole board. They don't generally get there. Generally all we provide is the static security to make sure the hearings occur.

Senator Pate: Do security reports and assessments for decision get put in?

Mr. Godin: I believe they do, Senator Pate, but we don't have control of that. I don't know what goes in or what goes out, to be honest with you.

Senator Brazeau: We're talking about drugs getting into the prisons and new technologies and whatnot today that allow that to happen. I don't want to be sensationalist, but there are a lot of movies and documentaries out there.

Is it possible that correctional guards could actually be the ones bringing in some of these illicit drugs for whatever reason? Maybe they are being intimated or threatened, et cetera, because there are some people inmates who are part of gangs and have information? Could that be possible? If so, what is the responsibility of the union in that case with respect to correctional officers?

Mr. Godin: I won't pretend that doesn't happen. I wouldn't necessarily target correctional officers because oftentimes it is not them, believe it or not. Unfortunately, Hollywood movies portray that. I liked your reference to that because they certainly portray that every correctional office is doing that. It is a rarity in the business. It is very rare.

La sénatrice Pate : S'agissait-il d'hommes ou de femmes?

M. Godin : Il s'agissait de deux établissements pour hommes, les établissements d'Archambault et de Millhaven. Vous pourriez probablement avoir accès à ces rapports par l'entremise du Service correctionnel. Je ne peux pas vous les remettre, car il s'agit de documents Protégé B.

Le sénateur Wells : Est-ce que les agents correctionnels ont un rôle à jouer dans le processus de libération conditionnelle, dans la communication de renseignements en vue de l'audience, et cetera?

M. Godin : Pas vraiment; nous sommes chargés de la sécurité lors des audiences de libération conditionnelle. Notre contribution se limite à ce que nous communiquons aux CX-2 ou aux agents de libération conditionnelle. Nous ne savons jamais vraiment si ce que nous leur confions sera communiqué à la commission des libérations conditionnelles. Nous espérons que cela se rende. Nous rédigeons des rapports et nous tenons des registres des interventions, mais ils ne sont pas nécessairement transmis à la commission. Habituellement, ils ne le sont pas. En général, notre rôle se limite à assurer la sécurité physique pendant la tenue de l'audience.

La sénatrice Pate : Est-ce que les rapports de sécurité et les évaluations en vue d'une décision sont transmis?

M. Godin : Je crois que oui, sénatrice Pate, mais ce n'est pas de notre ressort. Pour être honnête, je ne sais pas ce qui est communiqué ou non.

Le sénateur Brazeau : Il est question des drogues qui pénètrent dans les prisons et des nouvelles technologies et autres moyens qui sont employés pour le faire. Je ne veux pas faire de sensationalisme, mais plein de films et de documentaires ont été tournés à ce sujet.

Est-il possible que des gardiens des établissements correctionnels soient ceux qui font entrer une partie de ces drogues, peu importe les motifs? Peut-être que certains sont contraints de le faire ou menacés, et cetera, parce que certains détenus sont membres de gangs et ont accès à des renseignements. Est-ce possible? Si c'est le cas, quel est le rôle du syndicat à ce sujet auprès des agents correctionnels?

M. Godin : Je ne prétendrai pas que cela n'arrive jamais. Je ne pointerais cependant pas du doigt les agents correctionnels, parce que, croyez-le ou non, c'est rarement eux. Malheureusement, c'est ce que nous présente Hollywood. Je suis content que vous y ayez fait référence, parce qu'on nous fait certainement croire que tous les agents correctionnels agissent de la sorte, alors que, dans le milieu, il s'agit de cas exceptionnels. C'est très rare.

That's the worst thing a correctional officer can know about. We will usually know and will confront the individual. That's really the best way to deal with that. We don't want that occurring. When contraband comes in, it becomes dangerous for us. I can tell you, when walking the range, I don't want to know my colleague is involved in that. It does happen. However it's fairly rare. We try to do all we can to keep drugs out. Correctional officers are making good salaries these days, so it's not necessarily in the interests of a correctional officer to engage in that.

There are some cases of intimidation. Years ago we had training. We actually participated in a justice committee quite some time ago in Quebec City about the intimidation of justice officials, everything from correctional officers to judges. We tabled a lot of solutions on how to do that. One example was to bring back a type of training called *Anatomy of a set up*. Those are the types of things we discussed.

We have had specific cases where inmates were directly targeting correctional staff and trying to intimidate them. Those individuals weren't bringing in drugs. Once they came forward, they put up their hands and said, "Hey, Joe Blow is intimidating me." We're telling correctional officers, because it does happen, "If you are intimidated by organized crime inside or by offenders, make sure you report it right away." Most of our members will do that right away.

Again, we are not perfect. It doesn't matter whether you're a doctor, lawyer or teacher, I think in every profession that does occur from time to time. It's rare in our business because we realize how dangerous that could become for us inside.

Senator Brazeau: I am glad it's a rarity. I am glad you had the opportunity to address it and dissuade any of the sensationalism out there. Having said that, and seeing that it is rare, do you have real or anecdotal evidence or data with respect to times when that may have happened?

Mr. Godin: I don't have any data before me. That's a difficult one to capture because it's private. Discipline is private and resignations can be private. Honestly, I don't have any data before me.

Senator Brazeau: If it happens, it is done internally.

Mr. Godin: Yes, it is done internally. On occasion we have to make representation on behalf of our members because we are legally obligated. We do that. We have to go through the

C'est la pire chose qu'un agent correctionnel puisse apprendre. Habituellement, on finit par l'apprendre et on confronte la personne concernée. C'est vraiment la meilleure solution. Nous ne voulons pas que cela se produise. Les articles de contrebande qui pénètrent dans les prisons menacent notre sécurité. Je peux vous dire que, lorsque je marche dans la rangée, la dernière chose que je veux avoir en tête est qu'un de mes collègues participe aux activités de contrebande. Cela arrive. Cependant, c'est plutôt rare. Nous faisons tout en notre pouvoir pour empêcher que des drogues entrent dans l'établissement. Les agents correctionnels font de bons salaires de nos jours, alors ils n'ont pas vraiment intérêt à prendre part à de telles activités.

Il peut arriver qu'il y ait de l'intimidation. Il y a plusieurs années, nous avons suivi une formation. Nous avons même participé à une commission sur la justice à Québec il y a quelque temps, au sujet de l'intimidation des représentants du système de justice, des agents correctionnels aux juges. Nous avions présenté de nombreuses solutions. Par exemple, nous avions suggéré de ramener des formations semblables à celle intitulée *Anatomy of a set up*, qui portait sur les pièges qui peuvent être mis en place. C'est le genre de chose dont nous avons discuté.

Il y a eu des cas où des détenus ont ciblé directement des employés des établissements carcéraux en vue de les intimider. Ces gens n'ont pas fait entrer de drogue. Lorsque c'est arrivé, ils ont levé la main pour dire : « Untel cherche à m'intimider. » Comme ce genre de situations arrive, nous disons aux agents correctionnels que, s'ils se font intimider par le crime organisé dans l'établissement ou par des délinquants, ils doivent immédiatement le rapporter. C'est ce qu'ils font dans la plupart des cas.

Encore une fois, personne n'est parfait. Que ce soit chez les médecins, les avocats ou les enseignants, je crois qu'il arrive à l'occasion des situations semblables dans toutes les professions. Dans notre domaine, c'est rare, car tout le monde est conscient des dangers que cela peu causer à l'intérieur des établissements.

Le sénateur Brazeau : Heureux d'apprendre que ce sont des cas exceptionnels. Heureux aussi que vous ayez pu répondre à tout le sensationnalisme qui existe à ce sujet. Cela dit, même si c'est rare, avez-vous des preuves ou des données réelles ou anecdotiques concernant des cas où cela se serait produit?

M. Godin : Je n'ai pas de données à portée de main. C'est difficile, parce qu'il s'agit de questions confidentielles. Les mesures disciplinaires sont confidentielles et les démissions peuvent être confidentielles. Honnêtement, je n'ai pas de données avec moi.

Le sénateur Brazeau : Lorsque cela arrive, c'est géré à l'interne.

M. Godin : Oui, c'est géré à l'interne. Il arrive que nous soyons obligés de représenter nos membres; il s'agit d'une obligation légale. Nous le faisons. Nous examinons l'ensemble

investigation process. I am not aware of any on my plate right now. Normally, if someone was in trouble, they would come to us. I don't have any statistical data in front of me to say that we have any of those issues right now.

The Chair: In speaking about or responding to questions, you've talked about Bill C-83 and the fact that there will be therapeutic health care support. Are you aware of any discussions to ensure that the therapeutic health care support is actually culturally specific and relevant? Are there efforts in place to ensure that they are?

Mr. Godin: I am not aware if there are some initiatives there, but I strongly encourage that. Certainly your voice would help with that as well. I am not aware of any particular discussions around that. There is certainly a lot of discussion around making sure we have Indigenous representatives come into the institutions to help in those situations in segregation with more visiting rights and more access to Aboriginal offenders. I think that's important. I am not aware of any specific discussions outside of Indigenous groups right now. Maybe that's something you would suggest.

The Chair: What are your thoughts about that? Do you think they should be extended to other groups in addition to the Indigenous population?

Mr. Godin: Obviously, the more the better. Certainly I don't think we'd be opposed to that.

As I said, several officers with various ethnic backgrounds are employed there. They may have a better understanding to better deal with that. Certainly we wouldn't be against that. Again, understanding how the bill is being positioned, certainly that's one of things that maybe the Senate would recommend. We wouldn't oppose it. That's for sure.

The Chair: Thank you both for your responses to the questions and for the evidence you've presented to us.

You've referenced a few documents that you are willing to share with us. I would like to put them on the record and ask you to do that. One was the top drugs. I think we should expand that to talk about the top contraband. Perhaps you could provide that. You also said you have stats on drug overdoses. It would be useful to have that information.

Mr. Godin: Yes, sure.

Senator Pate: You mentioned the nature of human rights complaints.

du processus d'enquête. Je ne crois pas que nous ayons de tels dossiers en cours à l'heure actuelle. Habituellement, lorsqu'une personne a ce genre de problème, elle vient nous voir. Je n'ai pas de données statistiques à portée de main pour dire si nous traitons actuellement des dossiers du genre.

La présidente : Dans vos interventions, vous avez parlé du projet de loi C-83 et du fait qu'il y aura du soutien thérapeutique. Savez-vous s'il y a eu des discussions visant à assurer la pertinence et l'adaptation culturelles du soutien thérapeutique? Des efforts sont-ils déployés pour s'en assurer?

M. Godin : Je ne sais pas s'il y a de telles initiatives, mais je serais tout à fait pour qu'il y en ait. Assurément, vous pourriez contribuer à ce que cela arrive. Je ne suis au courant d'aucune discussion à ce sujet. Chose certaine, il y a beaucoup de discussions au sujet de la venue de représentants autochtones dans les établissements pour aider dans les situations d'isolement et de l'accroissement des droits de visite et d'accès aux délinquants autochtones. Je crois que c'est important. Je ne suis au courant d'aucune discussion en ce moment, mises à part celles concernant les groupes autochtones. Peut-être pourriez-vous en faire la suggestion.

La présidente : Qu'en pensez-vous? Croyez-vous qu'il faudrait que ces discussions ciblent d'autres groupes en plus de la population autochtone?

M. Godin : Évidemment, plus il y aura de groupes ciblés, mieux ce sera. Assurément, nous ne nous opposerions pas à cela.

Comme je l'ai dit, il y a des agents de différentes origines ethniques. Peut-être qu'ils comprendraient mieux comment gérer cela. Assurément, nous ne nous y opposerions pas. Encore une fois, d'après l'orientation qu'on donne au projet de loi, c'est certainement une des choses que le Sénat pourrait peut-être recommander. Nous ne nous y opposerions pas, c'est clair.

La présidente : Je vous remercie tous les deux de vos réponses aux questions et des renseignements que vous nous avez communiqués.

Vous avez parlé de différents documents que vous pourriez nous transmettre. J'aimerais que ce soit inscrit au compte rendu et que vous nous les fassiez parvenir. Il y en avait un sur les principales drogues. Je crois que nous devrions élargir la question aux principaux articles de contrebande. Peut-être pourriez-vous nous transmettre ces informations. Vous avez aussi parlé de statistiques concernant les surdoses. Il serait également utile d'obtenir ces données.

M. Godin : Oui, sans problème.

La sénatrice Pate : Vous avez parlé de la nature des plaintes concernant les droits de la personne.

Mr. Godin: Again, I will not be able to provide detail around the human rights complaints because it's ongoing. We are representatives of those parties, so I can't disclose.

Senator Pate: It doesn't have to be private. Whether it's men or whether it's women, what is the nature of alleged human rights violation complaints?

Mr. Godin: I am cognizant of that. I have to be mindful of the victims as well. We can have a discussion after, Senator Pate. I would be more than willing to have a chat with you for sure.

The Chair: Maybe not so much the current complaints — we recognize those would not be public yet — but any previous complaints.

Mr. Godin: I honestly wouldn't have access to previous complaints unless they were brought to my attention. Sometimes complaints are not brought to our attention. We are looking to the future, especially in the current climate, and trying to move forward. I wouldn't have specific stats on that, but I would certainly be happy to have a short discussion without disclosing details after the fact. I have no problem with that. I will provide, Madam Chair, the documents you requested.

The Chair: And you mentioned the toxic work report.

Mr. Godin: Yes.

The Chair: We'd like a copy of that as well.

Mr. Godin: Yes. sure. That's a public report, and we are working on all those recommendations.

The Chair: You are saying it's public, but we tried to find it and we couldn't.

Mr. Godin: I will help you out, Madam Chairman. I'll make sure you have a copy. No problem.

The Chair: We thank you for your comments today.

Committee members, we have some administrative matters to discuss. Is it agreed that the meeting continue in camera?

Hon. Senators: Agreed.

(The committee continued in camera.)

M. Godin : Encore là, je ne peux pas donner de détails au sujet des plaintes concernant les droits de la personne, parce qu'il s'agit de dossiers en cours. Nous représentons les parties impliquées, alors je ne peux rien divulguer.

La sénatrice Pate : Vous n'avez pas à entrer dans les détails privés. Tant du côté des hommes que de celui des femmes, quelle est la nature des plaintes concernant des violations alléguées des droits de la personne?

M. Godin : Oui, je sais, mais je dois aussi penser aux victimes. Je me ferai un plaisir de discuter avec vous après la réunion, sénatrice Pate.

La présidente : Je ne parle pas des plaintes actuelles — nous savons qu'elles n'ont pas encore été rendues publiques — mais plutôt de plaintes précédentes.

M. Godin : Honnêtement, je n'ai pas accès aux plaintes antérieures à moins qu'elles aient été portées à mon attention. Parfois, les plaintes ne nous sont pas signalées. Nous pensons déjà aux mesures à prendre pour améliorer cette situation, surtout en raison du contexte actuel. Je n'ai pas de statistiques précises à vous présenter, mais je me ferai un plaisir de m'entretenir brièvement avec vous après la réunion, sans trop entrer dans les détails. Je n'ai aucun problème avec cela. Madame la présidente, je vous fournirai les documents que vous m'avez demandés.

La présidente : Vous avez aussi parlé du rapport sur les milieux de travail toxiques.

M. Godin : Oui.

La présidente : Nous aimerions en avoir une copie.

M. Godin : Oui, aucun problème, c'est un rapport public. Nous examinons actuellement toutes les recommandations qui y sont présentées.

La présidente : Vous dites que c'est un rapport public, mais nous avons essayé de le trouver et n'avons pas réussi.

M. Godin : Madame la présidente, je m'en occupe. Je vais m'assurer qu'une copie vous est transmise, aucun problème.

La présidente : Nous vous remercions de votre intervention.

Chers membres du comité, nous devons discuter de questions d'ordre administratif. Les membres sont-ils d'accord pour que la réunion se poursuive à huis clos?

Des voix : D'accord.

(La séance se poursuit à huis clos.)

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 3, 2019

The Standing Senate Committee on Human Rights met this day at 11:30 a.m. to examine and monitor issues relating to human rights and, inter alia, to review the machinery of government dealing with Canada's international and national human rights obligations.

Senator Jane Cordy (*Deputy Chair*) in the chair.

[*English*]

The Deputy Chair: Good morning, everyone. Welcome to everybody. I would like to begin by acknowledging that we are meeting on the unceded traditional lands of Algonquin peoples.

My name is Jane Cordy from Nova Scotia, and I am one of the deputy chairs of this committee. I now invite my fellow senators to introduce themselves.

Senator Boyer: Yvonne Boyer, Ontario.

Senator Hartling: Nancy Hartling, New Brunswick.

Senator Pate: Kim Pate, Ontario.

The Deputy Chair: Today, under the committee's general order of reference, we are studying the forced and coerced sterilization of persons in Canada, particularly related to Indigenous women. With the limited time before the end of the Forty-second Parliament, our committee is launching a preliminary investigatory study to uncover the scope of the problem and identify other people who may have been affected by forced sterilization. We expect to release a short report with recommendations for further study later this spring.

In the first hour this morning we are going to hear from Alisa Lombard, Lawyer and Partner, Semaganis Worme Lombard. She is lead counsel for a class action lawsuit on behalf of women in Saskatchewan who were coerced or forced to be sterilized.

We also have Dr. Karen Stote, Author and Assistant Professor, Women and Gender Studies Program, Wilfrid Laurier University. She is the author of *An Act of Genocide: Colonialism and the Sterilization of Aboriginal Women*.

Each of our witnesses has been asked to make a five-minute opening statement and then we shall have questions. Ms. Lombard, we'll start with you.

Alisa Lombard, Lawyer and Partner, Semaganis Worme Lombard, as an individual: Thank you for inviting me to present today on behalf of my clients. I would like to

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 3 avril 2019

Le Comité sénatorial permanent des droits de la personne se réunit aujourd'hui, à 11 h 30, pour étudier et surveiller l'évolution de diverses questions ayant trait aux droits de la personne et examiner, entre autres choses, les mécanismes du gouvernement pour que le Canada respecte ses obligations nationales et internationales en matière de droits de la personne.

La sénatrice Jane Cordy (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La vice-présidente : Bonjour et bienvenue tout le monde. J'aimerais tout d'abord souligner que nous sommes réunis sur le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin.

Je m'appelle Jane Cordy. Je viens de la Nouvelle-Écosse et je suis une des vice-présidentes du comité. J'invite maintenant mes collègues à se présenter.

La sénatrice Boyer : Yvonne Boyer, Ontario.

La sénatrice Hartling : Nancy Hartling, Nouveau-Brunswick.

La sénatrice Pate : Kim Pate, Ontario.

La vice-présidente : Aujourd'hui, conformément à l'ordre de renvoi du comité, nous étudions la stérilisation forcée de personnes au Canada, en particulier de femmes autochtones. Compte tenu du temps limité dont nous disposons d'ici la fin de la 42e législature, notre comité lance une étude préliminaire pour révéler l'ampleur du problème et déterminer si d'autres personnes ont été touchées par la stérilisation forcée. Nous nous attendons à publier un bref rapport contenant des recommandations pour une étude plus approfondie ce printemps.

Au cours de la première heure, nous entendrons le témoignage de Mme Alisa Lombard, avocate et associée à Semaganis Worme Lombard. Elle agit à titre d'avocate principale dans un recours collectif au nom de femmes de la Saskatchewan qui ont été stérilisées de force.

Nous accueillons également Mme Karen Stote, écrivaine et professeure adjointe au Programme d'études des femmes et de genre à l'Université Wilfrid Laurier. Elle est l'auteure du livre intitulé *An Act of Genocide: Colonialism and the Sterilization of Aboriginal Women*.

On a demandé à chaque témoin de faire une déclaration préliminaire de cinq minutes. Nous leur poserons des questions par la suite. Madame Lombard, c'est vous qui commencez.

Alisa Lombard, avocate et associée, Semaganis Worme Lombard, à titre personnel : Je vous remercie de m'avoir invitée à témoigner au nom de mes clientes. Je veux rendre

acknowledge the land on which we gather and express gratitude to the Anishinaabe Nation and you, honourable senators, for welcoming us today, for paying attention to this important issue, for being open minded and for listening to the voices of the women who have survived forced sterilization, keeping in mind that some women have passed on.

I represent Indigenous women in a putative class action in Saskatchewan and other Indigenous women in other provinces alleging similar experiences. We have been contacted by dozens of women reporting they have been forcibly or coercively sterilized in publicly funded and administered hospitals. When there is a spike in public attention in the matter, more women come forward.

First, there are no words to convey the amount of pain and suffering my clients survived at having been robbed of their sacred ability to carry life, to give birth, to care for their child, to pass on their knowledge and culture, and to watch children in the number of their choice grow and become parents themselves. It is important to my clients that you, honourable senators, put their lived experience at the centre of your study.

Wealth is life, children, family and culture for my clients. The decision on whether to gain in this wealth was stolen from them and we must all remember that in our work.

Many of the women who have reached out did not know they had rights or that they had the choice. Some didn't know that under Canadian law the doctors, nurses and government had no right to make decisions about their fertility for them. They didn't know that they have, if equally benefiting from the law, complete bodily autonomy over any and all decisions relating to procedures affecting their reproductive capacity. It is critically important that women know what their rights are.

In the few moments I have today, I will share the stories of some women, further to their instruction and with their consent to do so. I have condensed the stories as much as possible without risking the exclusion of critical experiences and information.

Liz is an Ojibwa women from northern Ontario. She reports being pregnant with her third child at approximately 20 years old in the late 1970s when child and family services told her, in her words and I quote: "You might as well abort the baby because if you have it we are going to take it anyways." After a late-term abortion, she was also sterilized without proper and informed consent. Her body bears the physical scars of the unwanted abortion and sterilization to this day.

hommage au territoire sur lequel nous sommes réunis et exprimer ma gratitude à la nation anishinaabe et à vous, honorables sénatrices, pour votre accueil, pour l'attention que vous portez à cette question importante, pour votre ouverture d'esprit et pour l'attention que vous prêtez aux femmes qui ont survécu à la stérilisation forcée, en gardant à l'esprit que des femmes sont décédées.

Je représente des femmes autochtones dans un recours collectif en Saskatchewan et d'autres femmes autochtones dans d'autres provinces qui auraient vécu une expérience similaire. Des dizaines de femmes ont communiqué avec nous; elles ont signalé avoir subi une stérilisation forcée dans des hôpitaux financés et administrés par le secteur public. Lorsque le sujet reçoit une grande attention du public, plus de femmes se manifestent.

Tout d'abord, aucun mot ne peut exprimer les souffrances auxquelles mes clientes ont survécu. On leur a volé la possibilité de donner la vie, de prendre soin d'un enfant, de lui transmettre leurs connaissances et leur culture et de voir leur enfant — ou leurs enfants, selon leur choix — grandir et devenir parent. Pour mes clientes, il est important que vous, honorables sénatrices, placiez leur expérience au cœur de votre étude.

Pour mes clientes, la richesse, c'est la vie, les enfants, la famille et la culture. On leur a volé la possibilité d'acquérir cette richesse et nous devons tous nous en souvenir dans notre travail.

Bon nombre des femmes qui se sont exprimées ne savaient pas qu'elles avaient des droits ou qu'elles avaient le choix. Certaines ignoraient que conformément aux lois canadiennes, les médecins, les infirmières et le gouvernement n'avaient pas le droit de prendre des décisions concernant leur fertilité à leur place. Elles ne savaient pas qu'elles ont un contrôle complet sur leur corps pour toute décision qui concerne des interventions touchant leurs capacités de reproduction. Il est extrêmement important que les femmes connaissent leurs droits.

Au cours des quelques minutes dont je dispose, je vais vous raconter ce qu'ont vécu certaines femmes, et je le fais avec leur consentement. J'ai résumé leurs histoires le mieux possible sans exclure des renseignements essentiels.

Liz est une Ojibwa du Nord de l'Ontario. Elle raconte qu'à la fin des années 1970, lorsqu'elle était enceinte de son troisième enfant, à l'âge d'environ 20 ans, les services à l'enfance et à la famille lui ont dit, et je la cite : « Vous seriez aussi bien de vous faire avorter, car si vous accouchez, nous allons vous enlever le bébé de toute façon ». Après avoir subi un avortement tardif, elle a subi une stérilisation sans avoir donné son consentement en connaissance de cause. Son corps est à jamais marqué par les cicatrices physiques d'un avortement et d'une stérilisation non souhaités.

Morningstar is a Dene woman who reports having been subject to the forcible termination of a late-term pregnancy at the age of 14 which also resulted, as she later discovered, in the removal of her right ovary and fallopian tube. She had a son a couple of years later, but a tubal pregnancy in the right tube at the age of 19 left her infertile. She is primarily concerned with what was done to the child they took from her and that this happened to her when she was a minor child herself. Over 40 years later, this experience continues to impact her life on a daily basis. She is a strong advocate for the specific criminalization of forced sterilization.

S.A.T. is a Cree woman who gave birth naturally to her sixth child in Saskatoon in 2001. When presented with a consent form for her sterilization, S.A.T. reports hearing her late husband exclaim, and I quote: "I am not — expletive — signing that" before he stormed out of the hospital, and as she was wheeled into the operating room over her protests. She tried to wheel herself away from the operating room, but the doctor wheeled her right back in the direction of the same operating room. She repeatedly said, "I don't want this," as she cried and while the nurses administered the epidural. When she was in the operating room, she kept asking the doctor if he was done yet. Finally, he said, "Yes. Cut, tied and burnt. There, nothing is getting through that." S.A.T. is also a strong advocate for the specific criminalization of forced sterilization.

Another woman reports a social worker holding her newborn baby as the new mother was pressured into having a tubal ligation. The woman reports the social worker inching closer and closer to the door of the hospital room when she said she didn't want to undergo the procedure. Eventually she capitulated.

D.D.S. is a 30-year-old Nakota woman who was scheduled to have a cesarean section to deliver her third child last December, a little under four months ago, at a hospital in Moose Jaw, Saskatchewan. Her regular doctor was unavailable and referred her to his colleague to do the C-section. She met with that doctor for the first time two weeks prior to her operation in an emergency room where she had gone to be examined as a result of a fall she had that day. She reports having a difficult time understanding the doctor due to his heavy foreign accent. She wanted more children and does not recall any conversation about a tubal ligation at this time on November 29, 2018. She had not inquired about and did not want a tubal ligation. To be clear, she wanted more children.

On December 13, 2018, and immediately before the administration of her epidural, the attending doctor interrupted her discussion with the anesthesiologist in an abrupt and aggressive manner. Such manner was described by D.D.S., as well as her partner who was present, as demanding that she sign

Morningstar est une Dénée qui déclare avoir subi une interruption de grossesse au troisième trimestre à l'âge de 14 ans, ce qui a également mené, comme elle l'a découvert plus tard, au retrait de sa trompe de Fallope et de son ovaire droit. Deux ou trois années plus tard, elle a accouché d'un garçon, mais une grossesse tubaire, à l'âge de 19 ans, l'a rendue infertile. Ce qui la préoccupe avant tout, c'est ce qu'on a fait à l'enfant qu'on lui a enlevé et le fait que cela lui est arrivé lorsqu'elle était mineure. Plus de 40 ans plus tard, cette expérience a encore des répercussions sur sa vie de tous les jours. Elle défend vigoureusement la criminalisation de la stérilisation forcée.

S.A.T. est une Crie qui a accouché de son sixième enfant par voie basse en 2001, à Saskatoon. Elle dit que lorsqu'on lui a remis un formulaire de consentement pour sa stérilisation, elle a entendu son défunt mari s'écrier, et je cite : « Je ne signerai pas cela — (juron) » et, avant qu'il sorte de l'hôpital en trombe, elle a été conduite jusqu'à la salle d'opération, malgré ses protestations. Elle a essayé de sortir de la salle, mais le médecin l'y a ramenée. Elle répétait : « Je ne veux pas » en pleurant, pendant que les infirmières lui administraient l'épidurale. Dans la salle d'opération, elle ne cessait de demander au médecin s'il avait terminé. Il a fini par dire : « Oui, c'est coupé, attaché et brûlé; voilà, plus rien ne sortira de là », S.A.T. défend elle aussi vigoureusement la criminalisation de la stérilisation forcée.

Une autre femme raconte qu'une personne du travail social tenait son bébé qui venait de naître dans ses bras pendant qu'on exerçait des pressions sur la nouvelle mère pour qu'elle subisse une ligature des trompes. La femme affirme que la personne se dirigeait peu à peu vers la porte de la salle de l'hôpital lorsqu'elle a dit qu'elle ne voulait pas subir l'intervention. Elle a fini par abandonner.

D.D.S. est une membre de la nation nakota âgée de 30 ans. Elle devait accoucher de son troisième enfant par césarienne en décembre dernier, soit il y a un peu moins de quatre mois, dans un hôpital de Moose Jaw, en Saskatchewan. Son médecin habituel n'était pas disponible et on l'a orientée vers un collègue, qui procéderait à la césarienne. Elle a rencontré ce médecin pour la première fois deux semaines avant son opération dans une salle d'urgence où elle s'était rendue pour se faire examiner parce qu'elle avait fait une chute ce jour-là. Elle déclare avoir eu de la difficulté à comprendre le médecin en raison de son accent prononcé. Elle voulait d'autres enfants et ne se rappelle pas avoir parlé d'une ligature des trompes à ce moment-là, soit le 29 novembre 2018. Elle n'avait pas posé de question là-dessus et ne voulait pas subir une ligature. Elle voulait avoir d'autres enfants.

Le 13 décembre 2018, et juste avant qu'on lui administre l'épidurale, le médecin traitant a interrompu la discussion qu'elle avait avec l'anesthésiologiste de façon abrupte et agressive. D.D.S. et son partenaire, qui était présent, disent que c'est de cette façon qu'il lui a demandé de signer un formulaire de

a consent form for the operation. D.D.S. noticed that a tubal ligation was also listed on the consent form at that time, which the doctor had not mentioned. He remained in her private space the entire time waiting for her to sign. She believed she had no choice but to sign. She knew nothing of the risks, nothing of the consequences, and nothing of the other birth control options available to her, because the doctor had never disclosed them. She needed a tubal ligation, he said, as she was prepared to deliver the baby and have her spine punctured to administer medication.

D.D.S. believes this was the first time a tubal ligation had been raised with her. She wished to have more children, but was nonetheless sterilized immediately upon her newborn baby entering the world. She was and remains devastated and immediately began investigating reversal options from her hospital bed before she was discharged. Her partner reports the doctor was very aggressive during the C-section. A review of her medical records, created by a number of different medical professionals, repeatedly refer to her race, the number of children she had, the number of pregnancies she'd had, referring to miscarriages that were characterized as abortions, her employment and her marital status.

This happened less than four months ago. Her beautiful daughter has yet to cut teeth and D.D.S. has yet to physically heal from her treatment.

Honourable senators, D.D.S. was sterilized without proper and informed consent after the United Nations Committee Against Torture issued its recommendations to Canada and over a year after a statement of claim was filed in this matter. D.D.S.'s forced sterilization was foreseeable and was preventable. D.D.S.'s unwanted sterilization falls squarely at the feet of those who were in a position to make a change and had notice of this heinous practice and yet chose not to do anything.

When you examine the forced and coerced sterilization of Indigenous women, honourable senators, remember these women and their lived experiences. We respectfully ask that you put them at the centre of your understandings, your analysis and your proposed solutions. Thank you.

The Deputy Chair: Thank you very much, Ms. Lombard. I want to tell people that you are the mother of a seven-week-old baby and you're very courageous and strong to come here and present to our committee today. Thank you for that.

Karen Stote, Author and Assistant Professor, Women and Gender Studies Program, Wilfrid Laurier University, as an individual: Thank you for having me today and for your attention to this issue. I come here with about 10 years of history of researching and thinking about the coerced sterilization of Indigenous women in Canada. I am encouraged to see that

consentement pour l'opération. D.D.S. a remarqué que dans le formulaire, il était aussi question d'une ligature des trompes à ce moment-là, ce que le médecin n'avait pas mentionné. Il est resté très proche d'elle pendant tout le temps où il attendait qu'elle signe le formulaire. Elle croyait ne pas avoir d'autres choix que de le signer. Elle ne savait rien des risques, des conséquences, et des autres options de contrôle des naissances qui étaient à sa disposition, car le médecin ne lui en avait jamais parlé. Il disait qu'elle avait besoin de subir une ligature des trompes au moment où elle allait accoucher de son bébé et où on lui administrait un médicament.

D.D.S. croit que c'était la première fois qu'on lui parlait d'une ligature des trompes. Elle souhaitait avoir d'autres enfants, mais on l'a néanmoins stérilisée immédiatement après la venue au monde de son bébé. Elle était dévastée, et elle l'est toujours, et elle a immédiatement commencé à chercher des moyens de renverser l'opération alors qu'elle était encore dans son lit d'hôpital avant d'obtenir son congé. Son partenaire dit que le médecin était très agressif durant la césarienne. Dans un examen de ses dossiers médicaux, créé par un certain nombre de professionnels de la santé, on mentionne à répétition sa race, le nombre d'enfants qu'elle avait, le nombre de grossesses en parlant de fausses couches qui étaient qualifiées d'avortements, son emploi et son état civil.

C'est arrivé il y a moins de quatre mois. Sa jolie petite fille n'a pas encore commencé à faire ses dents et D.D.S. ne s'est pas encore remise physiquement du traitement qu'elle a subi.

Honorables sénatrices, D.D.S. a été stérilisée sans l'obtention de consentement éclairé après que le Comité des Nations Unies contre la torture a formulé ses recommandations sur le Canada et plus d'un an après qu'une déclaration a été déposée dans ce dossier. La stérilisation forcée de D.D.S. était prévisible et évitable. Les gens qui étaient en mesure d'apporter un changement et qui avaient été avisés de cette pratique odieuse, mais qui ont pourtant choisi de ne rien faire sont complètement responsables de la stérilisation non voulue de D.D.S.

En vous penchant sur la stérilisation forcée de femmes autochtones, honorables sénatrices, souvenez-vous de ces femmes et de ce qu'elles ont vécu. Nous vous demandons en toute déférence de les placer au centre de vos analyses et des solutions que vous proposerez. Merci.

La vice-présidente : Merci beaucoup, madame Lombard. Je veux dire aux gens que vous êtes mère d'un bébé de sept semaines. Vous êtes très courageuse et forte de témoigner devant notre comité aujourd'hui. Je vous en remercie.

Karen Stote, écrivaine et professeure adjointe, Programme d'études des femmes et de genre, Université Wilfrid Laurier, à titre personnel : Je vous remercie de me recevoir aujourd'hui, et merci de l'attention que vous portez à cette question. Je me présente ici avec environ 10 ans de recherches et de réflexion sur la stérilisation forcée de femmes autochtones au

Indigenous experiences are slowly being acknowledged, including by this committee, so thank you.

Though I need to qualify, I'm cautiously optimistic and this caution is based on my reading of history and the records of previous governments who have had opportunities to act, but instead have sought to minimize allegations and avoid accountability, rather than approach the issue with the openness and honesty it requires.

The coerced sterilization of Indigenous women has taken place since the 1930s, under what is often referred to as eugenic legislation. But it also took place outside of this legislation, including in federally operated Indian hospitals across Canada. The documents I examined reveal that over 1,000 Indigenous women were sterilized over a 10-year period up until the early 1970s. Although these documents are only partial, they show there was a loosening of guidelines on when sterilizations could be performed, that consent forms were inadequate, and that interpreters were not always used. They also show a climate of racism and paternalism leading to the view that sterilization was for some women's own good.

This trend has continued since the 1970s under the banner of family planning. As Alisa has stated, dozens of women have come forward, alleging forms of coercion and systemic racism, resulting in their sterilization without full prior and informed consent as recently as 2018.

Other individuals have experienced coerced sterilization in Canada, but Indigenous experiences need to be understood within their own unique context and unique actions are needed to address this issue. This could include things like the implementation of immediate and tangible policies that outline how services are to be provided and clear consequences for when these are not followed, as well as culturally grounded supports for Indigenous women who are navigating decision making in Western institutions. I have submitted all my recommendations in my written brief.

For now I want to highlight that for Indigenous peoples systemic change is also needed to the relations that continue to fundamentally shape every interaction Indigenous women have with Canadian institutions. It's important to remember that the coerced sterilization of Indigenous women is connected to colonialism and is one of the many forms of violence experienced by Indigenous women in Canada. The practice is consistent with how other medical services have sometimes been offered to Indigenous peoples as attempts to control their bodies while criminalizing Indigenous health and reproductive practices. For Indigenous women to be able to freely choose

Canada. Je trouve encourageant que les expériences autochtones soient reconnues peu à peu, notamment par ce comité, et je vous en remercie.

Bien que je doive nuancer ce constat, j'affiche un optimisme prudent et cette prudence est suggérée par ma connaissance de l'histoire et le bilan des gouvernements précédents qui ont eu l'occasion d'agir, mais qui ont plutôt cherché à minimiser les allégations pour éviter de rendre des comptes au lieu d'aborder cette question avec l'ouverture et l'honnêteté nécessaires.

La stérilisation forcée de femmes autochtones se fait depuis les années 1930 sous des lois dites eugéniques. Toutefois, la stérilisation a aussi été pratiquée en dehors de ce cadre législatif, notamment dans des hôpitaux fédéraux pour les Indiens partout au Canada. Les documents que j'ai consultés indiquent que plus de 1 000 femmes autochtones ont été stérilisées sur une période de 10 ans s'achevant au début des années 1970. Bien que ces documents ne soient pas complets, ils font état d'un assouplissement des directives relatives aux stérilisations autorisées; ils indiquent que les formulaires de consentement étaient inadéquats; et révèlent que l'on n'avait pas toujours recours à des interprètes. Ils font également état d'attitudes racistes et paternalistes voulant que la stérilisation soit dans l'intérêt des femmes.

Cette tendance se poursuit depuis les années 1970, au nom de la planification familiale. Comme l'a dit Alisa, des dizaines de femmes ont déclaré avoir subi des mesures de coercition et des expressions de racisme systémique ayant débouché sur leur stérilisation sans l'obtention de leur plein consentement, donné librement et en connaissance de cause, pas plus loin qu'en 2018.

D'autres personnes ont subi la stérilisation forcée au Canada, mais l'expérience autochtone doit être comprise dans son contexte particulier, et des mesures spéciales sont nécessaires pour résoudre ce problème. Cela pourrait comporter la mise en œuvre immédiate de politiques concrètes définissant les grandes lignes de la prestation de services et les conséquences claires découlant du non-respect de ces politiques, ainsi que des mesures de soutien culturellement adaptées pour aider les femmes autochtones qui tentent de s'y retrouver dans le processus décisionnel des établissements médicaux occidentaux. Toutes mes recommandations sont dans mon mémoire.

Pour le moment, je veux souligner qu'il faut aussi, en ce qui concerne les peuples autochtones, que des changements systémiques soient apportés aux relations qui déterminent fondamentalement tous les rapports que les femmes autochtones ont avec des établissements canadiens. Il ne faut pas oublier que la stérilisation forcée de femmes autochtones est liée au colonialisme et figure parmi les nombreuses formes de violence dont ont été victimes les femmes autochtones au Canada. La stérilisation forcée correspond aussi à la façon dont d'autres services médicaux sont mis à la disposition des peuples autochtones parfois, comme des tentatives de contrôler leurs

Western medical options, fully supported Indigenous options created by and under the control of Indigenous peoples need to be viable alternatives.

Coerced sterilization destroys the connection between Indigenous women and their peoples, while reducing the number of those to whom the federal government has obligations. It terminates the legal line of descendants able to claim Indigenous or treaty rights and title to lands. Within this context, coerced sterilization is not only a human rights violation but also an act of genocide. So I'm left wanting to ask questions such as: Is there an internal paper trail, including cabinet documents, that would either substantiate or refute this charge? What's the full extent to which government knew or knows about the coerced sterilization of Indigenous women? Who performed all of these operations and who approved them? Where are the documents and where is the data? Where are those who are criminally responsible, either directly or indirectly? Why has the government failed to act on this information up until now?

Victims of coerced sterilization deserve an open fund to be made available to assist them in dealing with this violation and its continued impact in their lives, but I want to highlight that gathering the experiences of these women, as important as they are, will not establish answers to these broader questions. With all due respect, I want to reiterate that until government responds with the transparency and humility required to fully investigate this issue, and until conditions of colonialism are ended and Aboriginal peoples are returned lands, resources and the freedom to meet their own needs in their own ways without stipulations, we will be falling short.

My hope is that Indigenous women aren't asked to share their experiences of violence yet again without getting this systemic change in return.

Thank you very much for listening.

The Deputy Chair: Thank you very much to both of you for your presentations, which were excellent.

Senator Boyer: I find it absolutely shocking that we are still having sterilizations performed without consent in Canada, particularly when we have had the United Nations being very vocal about it. It has been in the House of Commons and in the news for many months now, many years now, and I find it

corps tout en criminalisant les pratiques de santé et de reproduction autochtones. Pour que les femmes autochtones puissent choisir librement parmi des solutions médicales occidentales, il faut des solutions de rechange viables, créées et contrôlées par les peuples autochtones, bénéficiant d'un soutien complet.

La stérilisation forcée brise les liens entre les femmes autochtones et leurs peuples tout en réduisant le nombre de personnes à l'égard desquelles le gouvernement fédéral a des obligations. Elle met un terme définitif à la perpétuation de la descendance légitime qui pourrait revendiquer des droits des autochtones ou issus de traités et des titres concernant des terres. Dans ce contexte, la stérilisation forcée est non seulement une violation des droits de la personne, mais aussi un acte de génocide. Par conséquent, cela m'amène à poser certaines questions. Je vous en donne des exemples. Existe-t-il des traces écrites internes, notamment des documents du Cabinet, qui pourraient confirmer ou réfuter cette accusation? Dans quelle mesure le gouvernement était-il ou est-il au courant de la stérilisation forcée de femmes autochtones? Qui a pratiqué ces opérations et qui les a approuvées? Où se trouvent ces documents et ces données? Où se trouvent les personnes criminellement responsables, soit directement ou indirectement? Pourquoi le gouvernement n'a-t-il pas donné suite à cette information jusqu'à aujourd'hui?

Les femmes qui ont subi une stérilisation forcée méritent que l'on mette à leur disposition un financement ouvert pour les aider à faire face à cette violation et aux répercussions sur leur vie qui se font sentir encore aujourd'hui. Toutefois, je tiens à préciser que le recensement des expériences de ces femmes ne fournira pas les réponses à ces questions plus générales. Donc, bien respectueusement, je tiens à réaffirmer que la question ne sera pas réglée à moins que le gouvernement ne fasse preuve de la transparence et de l'humilité requises pour mener une enquête approfondie, que les conditions du colonialisme soient abolies, que les terres et les ressources des peuples autochtones leur soient rendues et qu'ils jouissent de la liberté de répondre à leurs besoins à leur façon sans condition.

J'ose espérer que l'on ne demandera pas aux femmes autochtones de raconter encore une fois leurs expériences de violence sans mettre en œuvre ces changements systémiques en retour.

Je vous remercie beaucoup de votre attention.

La vice-présidente : J'aimerais remercier les deux témoins de leurs excellents exposés.

La sénatrice Boyer : Je trouve qu'il est absolument consternant qu'on stérilise encore aujourd'hui des personnes sans leur consentement au Canada, surtout que les Nations Unies ont exprimé une opinion claire sur cette question. On en parle à la Chambre des communes et aux nouvelles depuis des mois,

particularly shocking that we have heard about another young woman who has been sterilized against her will.

Thank you both for all of the work you do in this area and thank you for coming today with some recommendations and some ideas on how we can move forward.

Ms. Lombard, I have a question for you. You have advocated for the criminalization of forced and coerced sterilization as a way forward. Why do you believe this will solve a systemic issue such as this, particularly given Indigenous peoples' mistrust of the system? Do you have other legislative recommendations that you think may be applicable to assist in this area?

Ms. Lombard: Thank you for your question. Our advocacy for specific criminalization of forced sterilization really comes from our clients. After their experiences, they have consistently asked why is it that nobody is punished? Why is it that I live this way and this person walks free and there are no repercussions whatsoever?

First, in terms of the bigger picture, the reason for which we are advocating for criminalization is because that's what the women want. Second, I do believe sincerely that it will have the immediate effect of deterring the practice at the very least.

So, yes, the Criminal Code does contain particular provisions that deal with aggravated assault and assault, et cetera. The trouble is we have not been able to identify a single instance where a doctor, a nurse or someone involved in these practices has been charged, never mind convicted. Clearly, those provisions don't seem to be specific enough.

In international law, this is one of the foremost recommendations and I do believe the United Nations Committee Against Torture recommended that Canada consider the specific criminalization of forced sterilization precisely to prevent the practice from occurring.

Will it eradicate the practice? No, I don't think it will. I don't think that it will solve the issue. I think it is a tool among many that we must consider to solve this systemic problem. Of course, systemic problems require systemic responses and we have used specific criminalization, my clients use specific criminalization as a component of that systemic change.

et même des années, et je trouve particulièrement consternant que nous venions d'entendre parler d'une autre jeune femme qui a été stérilisée contre son gré.

J'aimerais remercier les deux témoins de leur travail dans ce domaine. Je les remercie également de comparaître aujourd'hui pour formuler certaines recommandations et suggérer des pistes de solutions.

Madame Lombard, j'aimerais vous poser une question. Vous avez milité pour la criminalisation de la stérilisation forcée et obligatoire. Pourquoi croyez-vous qu'une telle mesure permettra de résoudre un problème systémique comme celui-ci, surtout lorsqu'on tient compte du fait que les Autochtones ne font pas confiance au système? Avez-vous d'autres recommandations législatives qui pourraient être utiles, selon vous, dans ce domaine?

Mme Lombard : Je vous remercie de votre question. Nos efforts pour promouvoir la criminalisation de la stérilisation forcée ont réellement commencé chez nos clientes. Après avoir vécu leur expérience, ces femmes nous demandaient chaque fois pourquoi personne n'avait été puni. Elles voulaient savoir pourquoi elles devaient vivre avec les conséquences, alors que l'individu qui leur avait fait cela ne faisait face à aucune répercussion.

Tout d'abord, en général, si nous faisons la promotion de la criminalisation, c'est parce que les femmes le demandent. Ensuite, je crois sincèrement que cela aura au moins un effet dissuasif immédiat.

Donc, oui, le Code criminel contient des dispositions sur les voies de fait et les voies de fait graves, et cetera. Le problème, c'est que nous n'avons pas pu trouver un seul cas dans lequel un médecin, un membre du personnel infirmier ou une personne qui avait participé à cette pratique avait été accusée, et encore moins condamnée. Il semble visiblement que ces dispositions ne sont pas suffisamment précises.

Dans le droit international, c'est l'une des recommandations les plus importantes, et je crois que le Comité des Nations Unies contre la torture a recommandé que le Canada envisage la criminalisation explicite de la stérilisation forcée précisément pour empêcher qu'on se livre à cette pratique.

Cela permettra-t-il d'enrayer cette pratique? Non, je ne le pense pas. Je ne crois pas que cela permettra de résoudre le problème. Je pense plutôt qu'il s'agit d'un outil parmi de nombreux autres que nous devons envisager d'utiliser pour résoudre ce problème systémique. Manifestement, les problèmes systémiques exigent des solutions systémiques et, de concert avec nos clientes, nous utilisons la criminalisation explicite comme composante de ce changement systémique.

Senator Boyer: We recently heard in the news that the RCMP did a search of their records for anybody who had registered any complaints about being coerced or sterilized against their will and they didn't find any. Does that surprise you and why?

Ms. Lombard: It doesn't surprise me because complaints would have been made to local police forces. I can confirm that one of my clients did make a complaint to a local police force months ago. So clearly, there is a disconnect between the RCMP and any type of local police force.

The status of that complaint I don't know, but I can confirm that the complaint was made in writing and was filed before summer I believe.

Senator Wells: Thank you both for coming here. I have to say that I'm shocked that this still occurs. I'm shocked that it has occurred, but I'm shocked that it still occurs. I thank you for the work you are doing on this.

Also, I want to thank you, Senator Boyer, for the important work you have done on this.

I have a few questions, because I profess I don't know a lot about this topic.

You have mentioned, Ms. Lombard, proper and informed consent. It suggests that there was something said, but it wasn't proper and informed. Can you tell me what proper and informed consent should look like or is?

Ms. Lombard: From my perspective, and I believe the law's perspective, proper and informed consent contains four pillars. The first is capacity. The person involved in this transaction, if you will, must have the capacity to consent. There can't be too many stressors. This person cannot be under the effects of medication, for example. Childbirth, post-administration of an epidural and active labour — even a few weeks leading into active labour — we might say that things aren't the way that they usually are.

The second component is that there must be full disclosure of the risks, consequences and other birth control options. That constitutes the doctor's obligation to disclose that information, and I do not believe — though I would have to check to be absolutely certain — that obligation can necessarily be discharged to or delegated to another entity, person or professional.

La sénatrice Boyer : Nous avons récemment entendu aux nouvelles que la GRC avait fouillé dans ses dossiers pour trouver une ou des plaintes enregistrées liées à la stérilisation forcée ou contre le gré d'une personne, mais elle n'a rien trouvé. Cela vous surprend-il et, si oui, pourquoi?

Mme Lombard : Cela ne me surprend pas, car les plaintes sont habituellement déposées au service de police local. Je peux confirmer que l'une de mes clientes a déposé une plainte à un service de police local il y a quelques mois. Il y a donc visiblement un manque de communication entre la GRC et les services de police locaux.

Je ne connais pas l'état de cette plainte, mais je peux vous confirmer que cette plainte a été faite par écrit et qu'elle a été déposée avant l'été, si je me souviens bien.

Le sénateur Wells : Je vous remercie toutes les deux d'être ici aujourd'hui. Je dois admettre que je suis consterné que ce genre de chose se produise encore de nos jours. Je suis consterné que cela se soit déjà produit, mais je suis abasourdi que cela se produise encore. Je vous remercie du travail que vous faites dans ce dossier.

De plus, j'aimerais remercier la sénatrice Boyer du travail important qu'elle effectue dans ce dossier.

J'ai quelques questions, car j'admets que je ne connais pas ce sujet de façon approfondie.

Madame Lombard, vous avez mentionné le consentement libre et éclairé. On laisse entendre que quelque chose a été dit, mais que ce n'était pas de façon libre et éclairée. Pourriez-vous me décrire à quoi devrait ressembler le consentement libre et éclairé ou me dire ce que c'est?

Mme Lombard : Selon moi, et selon la loi, je crois, le consentement libre et éclairé repose sur quatre piliers. Le premier est la capacité. La personne visée par cette pratique doit être capable de donner son consentement. Elle ne doit pas être soumise à un nombre trop élevé de facteurs de stress. Cette personne ne doit pas être sous l'effet de médicaments, par exemple. Nous pouvons dire aussi que l'accouchement et la période qui suit l'épidurale et l'accouchement actif — et même les semaines précédant l'accouchement actif — ne représentent pas une situation habituelle pour ces femmes.

Le deuxième pilier exige une divulgation complète des risques, des conséquences et des autres méthodes de contraception possibles. Le médecin a l'obligation de divulguer ces renseignements et je ne crois pas — mais il faudrait que je vérifie pour en être absolument certaine — que cette obligation peut être transférée ou déléguée à une autre entité, personne ou professionnel.

Third, the patient has to be afforded the proper time, in the appropriate environment and atmosphere, to consider the information that's been imparted to them. They have to be able to think about it, ask questions, come to it again later and have a conversation.

Fourth, proper and informed consent means that there is no coercion. That means there is no preference of one particular birth control option, for example, over another. There is simply a presentation of such options.

This does not mean that there are not particular choices that may or may not be medically advisable, but proper and informed consent, further to our law, means that if a person is facing the risk of, for example, death in the case of having another child, if they choose to have another child, that is their risk to face. Is it a risk that everyone would take? Of course not, but some might and it's theirs to take.

So proper and informed consent involves those four pillars.

Senator Wells: Could you educate me a little more? Is this procedure — when there is not proper and informed consent — is this often done complementary to childbirth?

Ms. Lombard: In most cases.

Senator Wells: It would appear to me that it would almost be impossible for there to be sober second thought or grave consideration during and after childbirth. It's often a time, I imagine, when there is not that kind of reflection; you have other things on your plate.

Ms. Lombard: Thank you, Senator Wells. That's one of our primary points.

Senator Wells: I have another question. When this procedure is proposed, assuming it is, what's typically told that doesn't reach the level of proper and informed? What's typically said? "We are just going to do this," or is nothing said?

Ms. Lombard: There are variances in the circumstances. Close to 100 women have contacted us, so the events don't always happen in the same way. Given the five examples I shared, in some instances, there was no disclosure of risks, consequences and options, and no consent form is signed. It was, "This is going to happen to you whether you like it or not." In other circumstances it's a matter of "You have to do this. It's what's best for you;" or, "The doctor doesn't want you to leave before you do it." "You have had enough children. Don't you think you should consider this?" "We think it's a good idea for you to do this."

Troisièmement, on doit donner à la patiente suffisamment de temps, dans un environnement approprié, pour examiner les renseignements qui lui ont été fournis. Les patientes doivent pouvoir réfléchir, poser des questions, revenir sur le sujet plus tard et participer à une conversation.

Quatrièmement, le consentement libre et éclairé signifie qu'il n'y a aucune coercition. Cela signifie qu'on ne favorise aucune option de contraception, par exemple, au détriment d'une autre. On se contente simplement de présenter les différentes options.

Cela ne signifie pas qu'aucune option n'est conseillée ou déconseillée sur le plan médical, mais le consentement libre et éclairé, en vertu de nos lois, signifie que si une personne risque, par exemple, de mourir si elle a un autre enfant, si elle choisit d'avoir un autre enfant, c'est son choix de s'exposer à ce risque. Est-ce un risque que tout le monde prendrait? Bien sûr que non, mais certaines personnes pourraient le prendre, et c'est leur choix.

Le consentement libre et éclairé repose donc sur ces quatre piliers.

Le sénateur Wells : Pouvez-vous me renseigner un peu plus? Cette procédure — en l'absence du consentement libre et éclairé — se fait-elle souvent lors de l'accouchement?

Mme Lombard : Dans la plupart des cas.

Le sénateur Wells : Il me semble qu'il soit presque impossible de se livrer à une seconde réflexion objective pendant et après un accouchement. J'imagine que c'est souvent une période pendant laquelle la patiente ne se livre pas à ce type de réflexion, car elle a d'autres préoccupations.

Mme Lombard : Merci, sénateur Wells. C'est l'un des principaux points que nous faisons valoir.

Le sénateur Wells : J'aimerais poser une autre question. Lorsqu'on propose cette intervention — si nous présumons qu'elle est proposée —, que dit-on pour se retrouver sous le niveau du consentement libre et éclairé? Que dit-on habituellement aux patientes? Leur dit-on simplement qu'on pratiquera l'intervention ou ne dit-on rien du tout?

Mme Lombard : Cela varie selon les circonstances. Presque 100 femmes ont communiqué avec nous, et les évènements ne se déroulent donc pas toujours de la même façon. Si vous prenez les cinq exemples que je vous ai fournis, dans certains cas, on n'a pas divulgué les risques, les conséquences et les autres options, et aucun formulaire de consentement n'a été signé. On a essentiellement dit à la patiente que cette intervention serait pratiquée qu'elle le veuille ou non. Dans d'autres cas, on tente de convaincre la patiente qu'elle doit accepter l'intervention, car c'est le meilleur choix pour elle ou on lui dit que le médecin ne veut pas la laisser partir avant qu'elle subisse l'intervention.

In other situations, “It’s reversible, so if you change your mind later, we can have another discussion about it, and then perhaps if your circumstances have changed, we can talk about reversing it.” That’s one thing I’ve heard, as though it’s a negotiation, which it is not.

Senator Wells: That’s really interesting. Is this practice generally occurring among lower socioeconomic people — First Nations, rural people, and people with mental health issues? Are there categories that we could identify after the fact, that would go, “Yes, this is clearly for a ‘targeted population,’” for want of a better term?

Ms. Lombard: In terms of who has contacted us, it is primarily Indigenous women, largely First Nations women and some Metis women. A review of the records and historical practices surrounding this issue would reveal that the practice was and perhaps remains prevalent in Inuit communities in the North.

I would say that the vast majority of the people who are impacted by this practice would be Indigenous peoples.

Senator Wells: Thank you.

Finally, would the legal or legislative mitigations be federal or provincial?

Ms. Lombard: That’s an interesting question. I think a complement of both would be required.

The Deputy Chair: I’ll put you on the second round, Senator Wells.

Senator Wells: I know we can make changes through laws, but we can also make changes by shining a light, like we are doing now.

Senator Pate: Thank you, Senator Boyer, for bringing forward this important study. I share Senator Wells’ commendation. And thank you, both of you, for all the work you are doing.

I have a multi-part question for both of you, although some of it will be more particularly for one than the other.

In terms of the numbers, you just said you have about 100 women who have come forward so far in the class action. Picking up on Senator Wells’ question, do either of you have any idea of the scope we are looking at? In addition to Indigenous

On lui dit aussi qu’elle a suffisamment d’enfants et qu’elle devrait envisager de subir l’intervention, car selon le personnel médical, c’est une bonne idée.

Dans d’autres cas, on dit à la patiente que l’intervention est réversible et que si elle change d’avis plus tard et que sa situation est différente, il sera possible d’envisager de le faire. J’ai entendu cela comme si c’était une négociation, mais ce n’est pas le cas.

Le sénateur Wells : C’est très intéressant. Cette pratique est-elle généralement utilisée au sein des populations au statut socioéconomique inférieur — les Premières Nations, les habitants des milieux ruraux et les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale? Est-il possible de cerner des catégories après les faits et de déterminer qu’une population est clairement « ciblée », faute d’un qualificatif plus approprié?

Mme Lombard : Les personnes qui ont communiqué avec nous sont surtout des femmes autochtones, en grande partie des femmes des Premières Nations et quelques Métisses. Un examen des dossiers et des pratiques historiques liées à cet enjeu révélerait que cette pratique était prévalente dans les communautés inuites du Nord, et que c’est peut-être toujours le cas aujourd’hui.

Je dirais que la grande majorité des personnes touchées par cette pratique sont autochtones.

Le sénateur Wells : Merci.

Enfin, les mesures législatives ou juridiques atténuantes seraient-elles fédérales ou provinciales?

Mme Lombard : C’est une question intéressante. Je crois qu’une combinaison des deux serait nécessaire.

La vice-présidente : Je vais ajouter votre nom aux intervenants de la deuxième série de questions, sénateur Wells.

Le sénateur Wells : Je sais que nous pouvons apporter des changements par voie législative, mais nous pouvons également apporter des changements en exposant une situation, comme nous le faisons maintenant.

La sénatrice Pate : Merci, sénatrice Boyer, d’avoir proposé cette importante étude. Je suis d’accord avec la recommandation du sénateur Wells. J’aimerais également remercier les deux témoins de tout le travail qu’elles accomplissent.

J’ai une question à plusieurs volets à laquelle j’aimerais que les deux témoins répondent, même si certains volets concerneront davantage l’une que l’autre.

En ce qui concerne les nombres, vous venez de dire qu’à ce jour, environ 100 femmes s’étaient manifestées dans le cadre du recours collectif. Pour faire suite à la question du sénateur Wells, avez-vous une idée de l’ampleur de cette situation? En plus des

women, are there other women coming forward? Through media attention on this issue, we are hearing more about women in prison, other racialized women and poor women. Do you have an idea of the scope of the issue?

Also, we know there is legislation, as you mentioned, in B.C. and Alberta. Were there other provinces that had legislation that specifically authorized this kind of eugenics? If so, when were they ended?

Picking up again on Senator Wells' question, what are some of the specific recommendations you would have for provincial and territorial legislation? Part of it is health care, and part is a federal responsibility in terms of criminal law.

Ms. Stote: I'll leave Alisa Lombard to speak about more recent cases. A lot of my work is historical and deals with archival documents. I'll leave her to speak to the specific populations that are coming forward today or whether there are any indications there.

To go to your second question about authorizing what is often referred to as eugenic sterilization, Alberta and B.C. had legislation in effect. There were changes made to the Medical Act in Ontario that allowed doctors, physicians to perform sterilizations without being held liable. Before 1969, sterilizations could not be performed for non-therapeutic reasons — for birth control, to prevent reproduction. I'm not aware of other provinces that legislated, one way or another, eugenic sterilization.

In 1969, when there were changes made to the Criminal Code that decriminalized contraceptives, that increased the likelihood that sterilizations would be performed for non-therapeutic and birth control reasons.

Part of the work I have done is to demonstrate that the federal government shares a primary responsibility here for creating a context through legal means and setting the parameters in which medical practitioners were allowed to act in performing sterilizations as an option of family planning, whether birth control, abortion or sterilization. There is a primary responsibility, I think, that lies on the federal government for creating the context that freed up medical practitioners to be able to perform sterilizations more freely within their practice.

Does that answer your question?

femmes autochtones, d'autres femmes se manifestent-elles? Grâce à l'attention que les médias accordent à cet enjeu, nous entendons parler davantage des femmes incarcérées, d'autres femmes racialisées et des femmes vivant dans la pauvreté. Avez-vous une idée de l'ampleur de cette situation?

De plus, comme vous l'avez mentionné, nous savons qu'il existe des lois à cet égard en Colombie-Britannique et en Alberta. D'autres provinces avaient-elles aussi des lois qui autorisaient spécifiquement ce type d'eugénisme? Si oui, à quel moment ont-elles été abrogées?

Pour faire suite encore une fois à la question du sénateur Wells, quelles recommandations précises formuleriez-vous aux législateurs provinciaux et territoriaux? Une partie de cet enjeu concerne les soins de santé, mais une autre partie concerne la responsabilité du gouvernement fédéral en matière de droit criminel.

Mme Stote : Je laisserai à Alisa Lombard le soin de vous parler de cas plus récents. Une grande partie de mon travail se concentre sur l'aspect historique et les documents d'archives. Je lui laisserai le soin de vous parler des groupes spécifiques qui se manifestent aujourd'hui ou de vous dire s'il existe des indications que de tels groupes se précisent.

Pour répondre à votre deuxième question sur le fait d'autoriser ce qu'on appelle souvent la « stérilisation eugénique », l'Alberta et la Colombie-Britannique avaient de telles lois. En Ontario, on avait apporté des modifications à la Loi médicale pour permettre aux médecins de procéder à la stérilisation sans être tenus responsables. En effet, avant 1969, on ne pouvait pas procéder à la stérilisation à des fins non thérapeutiques, par exemple comme moyen de contraception pour empêcher la reproduction. À ma connaissance, il n'y a pas d'autres provinces qui ont adopté des lois, dans un sens ou dans l'autre, sur la stérilisation eugénique.

En 1969, les modifications apportées au Code criminel qui ont décriminalisé les contraceptifs ont fait augmenter la probabilité qu'on procède à la stérilisation à des fins non thérapeutiques et à des fins contraceptives.

Une partie des mes travaux servent à démontrer que le gouvernement fédéral a une responsabilité première dans ce cas-ci, car il a établi les paramètres nécessaires et il a créé, par voie législative, un contexte dans lequel on permet aux médecins praticiens de procéder à la stérilisation à des fins de planification familiale, que ce soit pour la contraception, l'avortement ou la stérilisation. Puisque le gouvernement fédéral a créé le contexte qui a permis aux médecins praticiens de procéder à la stérilisation plus librement dans le cadre de leurs fonctions, je pense qu'il doit en assumer la responsabilité principale.

Cela répond-il à votre question?

Senator Pate: Yes. In terms of where they were happening, certainly I'm familiar from previous work with issues within psychiatric hospitals, as well as prisons, but I'm just curious as to the places and range of population. We're talking about women.

Ms. Stote: In terms of the historical documents that I have looked at, it was sometimes but not solely people who were institutionalized. It was people who came into contact with social workers, with doctors, because of other issues. They may have been in southern hospitals giving birth. They encountered a racism and paternalism there that resulted in them being sterilized without their consent.

I have no documented evidence to refer to — not that it didn't happen, but I have nothing to refer to about prisons and populations in prisons.

Senator Pate: Any idea of the scope of the issue? How many women were impacted?

Ms. Stote: I can only speak to the documents I have looked at historically. It involves women from the North of Canada or women being treated in federally operated Indian hospitals, and also women who were sent to provincial hospitals or provincial health providers because the federal government did not want those sterilizations performed in federally-operated Indian hospitals.

The scope of the documents that I have looked at indicate, depending how you crunch the numbers, approximately 1,150 sterilizations of Indigenous women. There are another 50 or so cases where the sex of the person sterilized is not noted. Those are the documents that I have looked at.

Ms. Lombard: The first question was with respect to the scope. All we have are numbers and geographic locations of women who have contacted us. I can share that information. The number totals approximately 100. These are our concrete numbers: Alberta, 10; British Columbia, five; Manitoba, 12; Northwest Territories, five; Ontario, four; Quebec, two; Saskatchewan, 64; and Oklahoma, United States, two. That is the only idea I can have of the scope, looking at the lived experiences of the women who have reported.

Insofar as specific recommendations, we have made a long list of them to the Inter-American Commission on Human Rights in February 2018. Those that would touch upon any kind of federal-provincial cooperation, if you will, or adjustments to the legislative scheme would include the regulation of health professionals — doctors, nurses, et cetera — to ensure that

La sénatrice Pate : Oui. En ce qui concerne les endroits où on procédait à ces stérilisations, je suis certainement au courant, par l'entremise de travaux précédents, des problèmes liés aux hôpitaux psychiatriques, ainsi qu'aux prisons, mais j'aimerais connaître les autres endroits et les segments de la population visés. Nous parlons des femmes.

Mme Stote : Dans les documents historiques que j'ai examinés, il s'agissait parfois, mais pas toujours, de personnes qui avaient été placées en milieu institutionnel. Il s'agissait aussi de personnes qui avaient été mises en contact avec des travailleurs sociaux et des médecins en raison d'autres problèmes. Elles avaient peut-être accouché dans un hôpital du sud du pays, où elles ont été assujetties à un racisme et à un paternalisme qui a entraîné leur stérilisation sans leur consentement.

Je n'ai aucun document qui fait référence aux... Cela ne signifie pas que ce n'est pas arrivé, mais je n'ai aucun document qui fait référence aux prisons et à leurs populations.

La sénatrice Pate : Avez-vous une idée de l'ampleur du problème? Combien de femmes ont été touchées?

Mme Stote : Je peux seulement parler des documents historiques que j'ai consultés. Ils concernent des femmes qui vivaient dans le Nord du Canada ou des femmes qui ont été traitées dans des hôpitaux indiens gérés par le gouvernement fédéral, ainsi que des femmes qui ont été envoyées dans des hôpitaux provinciaux ou dans d'autres établissements de services de santé provinciaux, car le gouvernement fédéral ne souhaitait pas qu'on procède à ces stérilisations dans les hôpitaux indiens qu'il gérait.

L'ensemble des documents que j'ai consultés indiquent, selon la méthode de calcul utilisée, qu'environ 1 150 femmes autochtones ont été stérilisées. Il y a également 50 autres cas pour lesquels le sexe de la personne stérilisée n'est pas mentionné. Ce sont les documents que j'ai consultés.

Mme Lombard : La première question concernait l'ampleur du problème. Nous avons seulement le nombre et l'emplacement géographique des femmes qui ont communiqué avec nous. Je peux vous communiquer ces renseignements. Il s'agit d'environ 100 femmes au total. Voici les chiffres exacts : 10 en Alberta, 5 en Colombie-Britannique, 12 au Manitoba, 1 aux Territoires du Nord-Ouest, 4 en Ontario, 2 au Québec, 64 en Saskatchewan et 2 en Oklahoma, aux États-Unis. Les expériences vécues qu'ont signalées ces femmes représentent le seul indicateur de l'ampleur du problème dont je dispose.

En ce qui concerne la question sur les recommandations, en février 2018, nous avons dressé une longue liste de recommandations spécifiques pour la Commission interaméricaine des droits de l'homme. Les recommandations liées à la coopération entre le gouvernement fédéral et les provinces ou aux rajustements à apporter au cadre législatif

licensing is contingent, at least in part, on a particular degree or measure of cultural competence and respect for bodily autonomy. Of course, for sterilization, that should be subject to a specific criminalization.

In Saskatchewan we uncovered that there is a race identifier on the face of Saskatchewan health cards — an embossed "R" which indicates that the cardholder is a registered Indian. This practice, as far as we can tell, has been happening since the late 1950s. No one can say why. However, I can say with absolute certainty that, today, registered Indians are required to disclose their status and their status card number on an application for a health card in Saskatchewan. When they receive their health card, next to "Beneficiary/Family Number," there is an embossed "R" which means registered Indian.

Now, does everyone know what that means? Probably not, but the information is still there and it is still subject to mandatory disclosure. We say that is problematic.

Insofar as other kinds of legislation, I think we can point to a framework. The framework here that falls most closely on all fours is assisted dying. That is because, although on the face of it, it may seem extremely different, it is not in its effect. A person who is considering assisted dying cannot reverse that decision. A person who's considering permanent sterilization also, in most cases, cannot reverse that decision. In one case, we have the end of a life; in the other case, we have the end of the ability to make a life. In our view, those two consequences require the same amount of diligence insofar as the consent framework is concerned. We would point to that example as a framework.

Insofar as other very specific recommendations, I would be happy to share them in writing. They're about two pages long and I feel that perhaps we don't have time for that.

The Deputy Chair: Thank you very much for that.

Senator Hartling: Thank you for being here today. This is very informative. I first learned about this issue from Senator Boyer last spring. Like Senator Wells, I am shocked to hear that is happening and continuing to happen.

Ms. Lombard, thank you for giving us the lived experience. It is always important to hear the voices of the women. Looking ahead, or just knowing what you know from talking to them, what are some of the long-term trauma effects, especially with their spiritual connection to life-giving? Do you have a sense of some of the things they're going through, living right now, to cope with this trauma that happened to them against their wills?

concernent notamment la réglementation des professionnels de la santé, c'est-à-dire les médecins, le personnel infirmier, et cetera, pour veiller à ce que les autorisations dépendent, du moins en partie, d'un degré précis de compétence culturelle et de respect de l'autonomie corporelle. Manifestement, dans le cas de la stérilisation, cela devrait être assujetti à la criminalisation explicite.

Nous avons découvert l'existence d'un identifiant racial au recto des cartes d'assurance-maladie de la Saskatchewan, un « R » en relief, qui révèle que le détenteur est un Indien inscrit. Autant que nous sachions, il est en usage depuis la fin des années 1950. Personne ne peut en expliquer la raison d'être. Je peux toutefois affirmer avec une certitude absolue que, aujourd'hui, les Indiens inscrits qui demandent cette carte dans cette province sont tenus de divulguer leur statut et leur numéro de carte de statut, et ce « R » en relief figure à côté du numéro de bénéficiaire ou de famille, sur la carte qu'ils reçoivent.

Est-ce que tous en connaissent la signification? Peut-être pas, mais l'information subsiste, et sa divulgation reste obligatoire. D'après nous, c'est problématique.

En ce qui concerne les autres types de lois, je pense que nous pouvons faire apparaître un cadre. En l'occurrence, celui qui répond le plus exactement aux quatre conditions est celui de l'aide à mourir. C'est la raison pour laquelle, bien que, apparemment, ça puisse sembler extrêmement différent, ce ne l'est pas dans son effet. La personne qui envisage l'aide médicale à mourir ne peut pas revenir sur sa décision ni, dans la plupart des cas, celle qui envisage la stérilisation permanente. L'une veut mettre fin à sa vie; l'autre, à la faculté de créer une vie. D'après nous, ces deux conséquences exigent la même diligence dans le cadre de consentement. Nous citerions cet exemple comme un exemple de cadre.

Je serai heureuse de vous communiquer par écrit d'autres recommandations très précises. Elles remplissent environ deux pages et j'ai l'impression que le temps nous manquerait pour en parler.

La vice-présidente : Merci beaucoup.

La sénatrice Hartling : Je vous remercie d'être ici. Que de renseignements! J'ai appris l'existence de ce problème par la sénatrice Boyer le printemps dernier. Tout comme le sénateur Wells, je suis scandalisée d'entendre qu'il persiste.

Madame Lombard, merci de nous donner un aperçu d'expériences vécues. Il est toujours important d'entendre la voix des femmes. En prévision de l'avenir ou simplement en sachant ce que vous savez pour leur avoir parlé, quels sont certains des traumatismes à long terme qu'elles subissent, particulièrement en ce qui concerne le lien spirituel avec le don de la vie? Avez-vous une idée de certaines des expériences qu'elles vivent actuellement, pour affronter ce traumatisme qui leur a été imposé contre leur gré?

Ms. Lombard: Thank you for your question. That's a very deep question. I don't think any response could really do it justice. Every woman would probably have a different response.

In terms of what they're living with today, I don't know if anyone knows a woman who has reproductive challenges? It's very hard on families; it's very hard on women and on their mental health, on their notion of family, when a particular culture holds that ability very near and dear — frankly, many cultures do, because that's the essence of why we are all here. We all went through that process somehow, to be here. It's quintessential to all of our existences. There's a lot of difficulty — mental health issues, for sure; depression, anxiety, et cetera.

Insofar as cultural connections, there are a lot of feelings of inadequacy, feeling as though they can't fulfill their role as a woman. That's something I often hear. "I don't feel like a woman anymore." How to qualify that is an impossible and gargantuan task. That's about as far as I can go.

Senator Hartling: Yes, that's a lot. Are there supports for those women as well? Do you see that there are places to get help or to talk about it?

Ms. Lombard: Inadequate supports. I believe there are trust issues. We have to keep in mind that they would have to go to the very same health institutions that perpetrated this harm upon them. The trust is problematic in seeking out those health services.

Some women who have experienced this have never gone to see a doctor again, sometimes over decades. We all know what that can mean in the way of prevention and women's health issues.

Senator Hartling: Thank you.

Thank you for being here, Dr. Stote. I know your parents; it's so neat to have that connection from New Brunswick.

Your book sounds interesting. I would like to have an opportunity to read it. I am curious: What led you do that research? You also said you're curiously optimistic. What's the next step for you and the hope that you have for us in going forward?

Ms. Stote: Thank you for the question. In terms of what led me to the research, it was Indigenous peoples and my engagement with Indigenous peoples. This is something that the Indigenous peoples whom I know and with whom I have interacted say has been happening in their communities for a very long time. This is not something that started in the 1970s. This has been going on for a very long time. There was nothing in Canada, no history to read on the topic, so that's where the work came from.

Mme Lombard : Merci de votre question, qui est très profonde. Je ne crois pas qu'on puisse y répondre comme elle le mérite. La réponse de chaque femme serait peut-être différente.

En ce qui concerne leur vécu, j'ignore si l'un de vous connaît une femme qui éprouve des problèmes de fertilité. C'est très difficile pour les familles, pour les femmes et pour leur santé mentale, pour leur notion de famille, quand leur culture tient la fécondité en très haute estime, comme beaucoup de cultures, parce que, franchement, c'est l'essence de notre raison-d'être à tous. C'est ce processus qui nous a tous conduits ici. C'est ce qu'il y a de plus essentiel à toutes nos existences. Les difficultés sont nombreuses — problèmes de santé mentale, certainement; dépression, l'anxiété, et cetera.

Les liens culturels font ressortir beaucoup de sentiments d'impuissance, d'incapacité d'accomplir son rôle de femme. J'entends souvent : « Je ne me sens plus femme. » Le qualifier est une tâche impossible, gargantuesque. Je ne peux pas en dire plus.

La sénatrice Hartling : Oui, c'est beaucoup. Ces femmes ont-elles aussi des appuis? D'après vous, y a-t-il des endroits où elles peuvent recevoir de l'aide ou parler de leur situation?

Mme Lombard : L'aide est insuffisante. Je crois qu'il y a des problèmes de confiance. Il faut se rappeler qu'elles devraient se rendre dans les établissements qui les ont maltraitées. L'obtention de ces services de santé pose un problème de confiance.

Certaines de ces femmes ne sont jamais retournées voir un médecin et, parfois, si elles l'ont fait, ce n'est qu'au bout de plusieurs décennies. Nous savons tous ce que ça signifie en matière de prévention et pour les problèmes de santé féminine.

La sénatrice Hartling : Merci.

Merci d'être ici, madame Stote. Je connais vos parents; ce lien avec le Nouveau-Brunswick est vraiment formidable.

Votre livre semble intéressant. Je voudrais le lire. Par curiosité, je voudrais savoir ce qui a inspiré votre recherche. Vous avez aussi dit que vous étiez curieusement optimiste. Quel est votre prochain projet, et qu'espérez-vous nous offrir ensuite?

Mme Stote : Merci pour la question. Ce qui m'a poussée à la recherche a été les peuples autochtones et mon engagement auprès d'eux. Ces événements, d'après les Autochtones que je connais et avec qui j'ai communiqué, se produisent dans leurs communautés depuis longtemps. Ils ne remontent pas aux années 1970. Ils remontent à beaucoup plus longtemps. Au Canada, il n'existait rien, il n'y avait rien à lire sur le sujet, et c'est ce qui m'a inspirée.

I'm sorry, the second part of your question, where do we think it should go?

Senator Hartling: Yes.

Ms. Stote: This is why I'm cautiously optimistic, in that I spend a lot of time reading the words of senators, of MPs, of elected officials and of government officials. Your past generations of government officials have been aware of this issue and they've consistently responded in a way that has sought to minimize responsibility and avoid liability for the issue. That is part of why I'm cautiously optimistic. I'm very hopeful that there are good people in this room who are going to do good things and push the changes that are required. However, there is caution because there is a long history that has come before all of you in this room of governments trying to avoid accountability and liability, and trying to minimize these issues.

The other day, I was going through some of my archival documents and saw the words of one particular elected official saying that we looked into these allegations of coercion and there's nothing to them. This is part of where my caution is coming from.

I want to reiterate there that Indigenous peoples have the same caution about not only interacting with Western medicine, because Western medicine has been used as a tool of colonialism throughout history, but also engaging with governments, the criminal justice system and the child welfare system and trying to understand the harms of sterilization. The harms experienced by Indigenous peoples because of coerced sterilization don't exist in isolation from the harms perpetuated against Indigenous peoples through all other aspects of society. How you quantify or even qualify those harms is very difficult. This is why I want to stress that coerced sterilization and what to do about it can't be considered in isolation from its larger context. Systemic change is needed.

We need to be interacting with Indigenous peoples as nations. Indigenous peoples have a right to reconstitute their ways of health and healing, as well. It's not just about having more culturally competent care within Western institutions, in my opinion, though that is important. It's also about providing Indigenous peoples with opportunities to reconstitute their own ways of health and healing.

I teach classes on reproductive justice and issues of informed consent. Can you consent freely and in an informed fashion when you're living under oppressive conditions? What does informed consent look like for Indigenous peoples while living under conditions of colonialism? That is the central question that needs to be not forgotten as we work through these issues. Thank you.

Je suis désolée, mais la deuxième partie de votre question, c'est vers où croyons-nous que ça devrait se diriger?

La sénatrice Hartling : Oui.

Mme Stote : Voilà pourquoi je suis optimiste tout en étant prudente, dans la mesure où je consacre beaucoup de temps à lire ce qu'écrivent les sénateurs, les députés, les élus et les fonctionnaires. Les générations antérieures de fonctionnaires étaient au courant du problème et elles ont constamment répondu de manière à minimiser leurs responsabilités ou à éviter d'être tenues pour responsables du problème. Voilà pourquoi je suis optimiste, mais prudente. J'ai très bon espoir que, compte tenu de la bonté des personnes ici présentes, nous réaliserons de bonnes choses et provoquerons les changements nécessaires. Il faut faire attention, compte tenu des longs antécédents qui vous ont été révélés à tous, de gouvernements qui ont essayé de se soustraire à leurs responsabilités et qui ont essayé de minimiser ces problèmes.

L'autre jour, j'ai lu dans mes archives la déclaration d'un élu selon qui ces allégations de contraintes s'étaient révélées infondées. Voilà en partie d'où vient ma prudence.

Je tiens à répéter que les Autochtones ont les mêmes réserves non seulement à l'égard de la médecine occidentale, qui a servi, dans toute l'histoire, d'outil au colonialisme, mais aussi à l'égard de leurs interactions avec les gouvernements, la justice pénale, le système de protection de l'enfance et les tentatives pour comprendre les conséquences néfastes des stérilisations. Les dommages éprouvés par les Autochtones à cause des stérilisations forcées n'existent pas isolément de ceux qu'on a perpétués contre les Autochtones dans tous les autres aspects de la société. Il est très difficile de chiffrer ou même de qualifier ces dommages. C'est la raison pour laquelle je tiens à insister sur l'impossibilité de considérer la stérilisation forcée et les remèdes à y apporter isolément du contexte général. Il faut changer le système.

Nous devons communiquer avec les peuples autochtones considérés comme des nations. Ils ont aussi le droit de reconstruire leurs pratiques d'hygiène et de médecine. À mon avis, il ne suffit pas de leur prodiguer des soins adaptés à leur culture dans des établissements occidentaux, bien que ce soit important. Il faut aussi leur donner la chance de reconstruire leurs propres pratiques.

Je donne des cours sur la justice en matière de reproduction et sur les problèmes de consentement éclairé. Peut-on donner son consentement librement et en connaissance de cause quand on vit dans l'oppression? À quoi ressemble le consentement éclairé d'Autochtones vivant dans un régime colonialiste? C'est la question centrale à retenir pendant que nous creuserons ces problèmes. Merci.

Senator Hartling: Thank you very much.

The Deputy Chair: Before we go to our second round, like Senator Wells and Senator Hartling, before I spoke with Senator Boyer, I was under the misconception that coerced sterilization didn't happen after the 1960s and 1970s because I wasn't hearing about it.

When we hear you speaking this morning about oppressed conditions, proper and informed consent, and being asked to sign a consent form when you're in labour — and, as anybody who has ever been in labour knows, you would sign anything that was put in your face or you would tear the arm off the person who put the form in your face — that certainly wouldn't be informed consent.

You said women have told their stories so many times and yet we're not having any result from that. We look at the RCMP investigation which took place. The women who have told their stories are finding out, well, there's no paper trail; there's no sign that complaints have been registered; or they've looked into allegations and there's nothing to them.

How did this cone of silence come about so that these stories aren't out there? How do we convince these women, who have told and retold their stories — and it must be heart-wrenching every time you tell it — to continue to tell our committee, for example, their stories in the hope and with cautious optimism, Dr. Stote, to use your terminology, that, in fact, things will change because they have to.

Ms. Stote: Is this a question?

The Deputy Chair: How was it hidden for so many years? Three of us sitting at the table thought that this was something that had happened — for me it was in the 1960s and the 1970s — but that it just didn't happen anymore.

Ms. Lombard: To be very frank, if I may, interactions between Indigenous people and non-Indigenous people in Canada are not super frequent. There's a lot of underreporting because there's no trust. Various processes, including the Truth and Reconciliation Commission and the testimony before the missing and murdered women's inquiry, has repeated this over and over again. The reason for that is because when women do come forward, they're not believed. They are dismissed. They are told that people who are more important than them know more about what's good for them than they do. That's why they don't come forward.

They come forward to people like me, or like Dr. Stote, because there's a degree of trust, because we listen and because we try our hardest to do something about it. They come forward to people like Senator Yvonne Boyer for the same reason. There's a level of trust because we're trying. We're trying to fix

La sénatrice Hartling : Merci beaucoup.

La vice-présidente : Avant d'entamer notre deuxième tour, je tiens à préciser que, avant de parler à la sénatrice Boyer, je croyais à tort, comme mes collègues, les sénateurs Wells et Hartling, que la stérilisation forcée avait cessé après les années 1960 et 1970, parce que je n'en entendais pas parler.

Devant vos témoignages sur l'oppression, le consentement donné librement et en connaissance de cause et la présentation, à une femme en travail, d'un formulaire de consentement à signer — et comme toutes celles qui ont connu les douleurs de l'enfantement le savent, elles signeraient tout ce qu'un tiers leur présenterait, en risquant, lui, de se faire arracher le bras —, ce consentement ne serait certainement pas en connaissance de cause.

Vous dites que les femmes ont raconté leur histoire tellement de fois et que, pourtant, ça ne donne rien. De l'enquête de la GRC qui a eu lieu, pour laquelle elles ont témoigné, aucune trace écrite ne subsiste; les plaintes ne semblent pas avoir été enregistrées; ou, encore, la GRC a enquêté sur les allégations, et elles ne reposent sur rien.

Comment cette chape de silence a-t-elle réussi à étouffer ces témoignages? Comment convaincre ces femmes qui ont raconté et répété leur histoire — ce qui, chaque fois, a dû leur arracher le cœur — de continuer de le faire pour notre comité, par exemple, dans l'espoir, et avec l'optimisme prudent de Mme Stote, de faire changer des choses qui doivent changer?

Mme Stote : Est-ce une question?

La vice-présidente : Comment a-t-on réussi à le cacher pendant tellement d'années? Trois d'entre nous qui sont ici pensaient que c'était une chose du passé — pour moi, c'était dans les années 1960 et 1970 — mais un passé enterré.

Mme Lombard : Très honnêtement, si vous permettez, les communications entre les Autochtones et les non-Autochtones du Canada ne sont pas très fréquentes. Il y a beaucoup de silence, faute de confiance. Divers processus, notamment la Commission de vérité et de réconciliation et les témoignages devant la Commission d'enquête sur les femmes disparues et assassinées, ont ressassé ces témoignages. C'est que personne ne croit les témoignages des femmes. On les rejette. On leur dit que des personnes plus importantes qu'elles en savent plus qu'elles sur ce qui est bon pour elles. Voilà pourquoi elles ne se manifestent pas.

Elles se présentent à des personnes comme moi ou comme Mme Stote, en qui elles ont confiance, parce que nous les écoutons et parce que nous faisons tout notre possible pour trouver une solution. Elles se présentent à des personnes comme la sénatrice Yvonne Boyer pour les mêmes motifs.

it. We're listening to them and we believe them. It's important to believe them.

When women share one of their most atrocious experiences, one of the hardest things they've ever been through, something which can tarnish the beautiful experience of having a child, which I went through seven weeks ago, that can obliterate that experience. You don't share it lightly. You don't share it over tea and you don't knock on the RCMP's door and say, "Do you think there's something wrong with this?" That is especially the case if you have to see that doctor in six weeks to see if you're okay.

We're talking about a significant power imbalance. That power imbalance requires checks and balances, some deterrence and accountability for those people in positions of authority and in positions to abuse that authority.

The Deputy Chair: We'll start second round now.

Senator Boyer: Dr. Stote laid out the historical impacts and framework on why this is happening. Ms. Lombard, why is it still happening? What can be done immediately to assist? Do you think the passage of Bill C-262, UNDRIP, with free, prior and informed consent, would assist these women in making people a little more aware that consent does mean free, prior and informed?

Ms. Lombard: I will answer the questions by layer. Why is it still happening? I think it's still happening because nothing has been done to prevent it, to be very clear. We know that it's still happening. We know that it happened less than four months ago. There's no question about that.

A wise person once told me if we want things to stay the same, then we just have to do nothing. Here we are suggesting we should do something.

The passage of Bill C-262 is movement and that's wonderful. The issue here and the disconnect — again, to be frank — is that we have the law, civilly anyway, to protect these women. The problem is that it's not equally accessible by Indigenous women. So women in this set of circumstances, for whatever reason — those who have experienced this practice — cannot access this framework of proper and informed consent. Their experience at the hands of the health care system and other Canadian institutions, if I may be so broad, is not the same as the experience of others. That is because of a variety of things that we know, but let's call it what it is. It is because of racism.

Nos efforts inspirent la confiance. Nous essayons de trouver une solution. Nous les écoutons et nous les croyons. Il est important de les croire.

Quand des femmes révèlent l'une de leurs pires expériences, une expérience qui peut altérer le bonheur d'enfanter, que j'ai connu il y a quelques semaines, ça risque d'effacer ce bonheur. La révélation ne se fait pas à la légère. Elle ne se fait pas à l'heure du thé, et on ne frappe pas à la porte de la GRC pour lui demander si elle croit que quelque chose ne va pas. C'est particulièrement vrai s'il faut consulter le médecin dans six semaines pour un bilan de santé.

Ici, le déséquilibre des forces est considérable. Cela exige des freins et des contrepoids, de la dissuasion et des obligations de rendre compte, pour les personnes en position d'autorité et en position d'abuser de cette autorité.

La vice-présidente : Commençons maintenant la deuxième série de questions.

La sénatrice Boyer : Mme Stote a fait l'exposé du cadre historique et des répercussions qui expliquent pourquoi ce n'est pas terminé. Madame Lombard, pourquoi n'est-ce pas terminé? Quelle aide pouvons-nous apporter tout de suite? Croyez-vous que l'adoption du projet de loi C-262, relatif à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, avec la notion de consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause, aidera ces femmes à sensibiliser un peu plus les Canadiens au fait que consentement signifie « préalable, donné librement et en connaissance de cause »?

Mme Lombard : Je vais répondre à chaque sous-question. Pourquoi est-ce que cela se produit encore? Je pense que c'est parce que rien n'a été fait pour l'empêcher, pour le dire très nettement. Nous savons que ça se produit encore. Nous savons que ça s'est produit il y a moins de quatre mois. Cela ne fait aucun doute.

Un jour, un sage m'a dit que, pour que rien ne change, il suffisait que nous ne fassions rien. Ici, nous proposons d'agir.

L'adoption du projet de loi C-262 est une évolution, et c'est merveilleux. L'enjeu, ici, et la contradiction — encore une fois, je parle franchement — est que la loi, le droit civil, de toute façon, protègent ces femmes. Le problème est que les femmes autochtones n'y ont pas accès de manière égale. Les femmes, donc, dans cet ensemble de circonstances, pour je ne sais quelle raison — celles qui ont subi cette opération — ne peuvent pas accéder à ce cadre de consentement donné librement et en connaissance de cause. Ce qu'elles ont vécu aux mains du système de santé et d'autres institutions canadiennes, si vous me permettez de ne pas faire dans la nuance, n'est pas ce

When we talk about who is this happening to, namely, is it happening to Metis women, or to non-status women, or to women here and there, and we start talking about the details, I have to be frank. The women who have come forward to us are brown. It is happening to darker-skinned Indigenous women, or women who are audibly Indigenous, women whom people are able to identify as Indigenous.

Racism does not much care about legal status, does it? I think we have to be honest about that. This is the problem, if we're going to find any kind of meaningful solution.

My hope is the passage of that bill may assist in a better understanding. However, Canadian law still stands for the clear proposition that proper and informed consent means the four pillars what I described earlier. For whatever reason, professionals and other people operating in Canadian institutions that are publicly funded and administered, operate with impunity when they do not respect those pillars. So why is that?

Senator Boyer: Thank you. I just have one more quick thing to say, and that is thank you to the brave women who have come forward and who are watching here today. Thank you both.

The Deputy Chair: That was a great final comment from you and it's true.

Senator Pate: You may have answered this, Ms. Lombard, and in no way am I doing anything but trying to explore the scope of this.

How many of the individuals whom you're working with or, Dr. Stote, whom you've talked to — part of the capacity issue is youth, mental health, intellectual disability, and, as well, how many have also been sexually abused? No doubt, because of the type of work I have done, sometimes it appears that sterilizations have also — there's been coercion that has come from family members, especially in situations of sexual abuse. Do you have any information about that and the scope of that as part of this issue? This is not to take away from the responsibility of medical professionals in all of those cases to fully explore the circumstances.

Ms. Stote: I can only speak historically from the work that I do. In particular, in the 1970s, once Canada changed the laws and implemented a family planning program, there is a consistent continuation of targeting young, Indigenous women who are often single, unmarried mothers. Following that 1969 change to the law and the implementation of family planning

qu'ont vécu les autres femmes. C'est attribuable à divers facteurs que nous connaissons, mais appellons-les par leur nom : c'est du racisme.

Les victimes, disons-le, sont des femmes métisses, des femmes sans statut, des femmes ici et là, et, quant aux détails, il ne faut rien en cacher. Les femmes qui se sont manifestées à nous ont la peau brune. Cela arrive à des femmes autochtones à la peau foncée ou à des femmes qui s'expriment comme des Autochtones, des femmes qu'on peut reconnaître comme Autochtones.

Le racisme ne s'embarrasse pas beaucoup du statut juridique, n'est-ce pas? Je pense que nous devons le dire franchement. C'est le problème, si nous allons trouver une solution digne de ce nom.

Mon espoir est que l'adoption du projet de loi aidera à mieux comprendre, mais le droit canadien continue de défendre la proposition claire selon laquelle le consentement donné librement et en connaissance de cause signifie les quatre conditions que j'ai décrites. Pour je ne sais quelle raison, les professionnels et les autres acteurs des établissements canadiens publiquement financés et administrés enfreignent impunément ces conditions. Pourquoi?

La sénatrice Boyer : Merci. Je voulais seulement faire une petite observation pour remercier les femmes courageuses qui se sont avancées et qui surveillent ce qui se passe ici. Merci à vous deux.

La vice-présidente : Votre mot de la fin était vraiment formidable.

La sénatrice Pate : Madame Lombard, vous avez peut-être déjà répondu à cette question, mais j'essaie d'examiner toutes les possibilités.

Combien de personnes avec qui vous travaillez ou, madame Stote, à qui vous avez parlé — une partie du problème de capacités touche des jeunes, des personnes malades mentales, intellectuellement handicapées — et combien, aussi, ont aussi été victimes de violence sexuelle? Sans doute en raison de mes travaux, il me semble parfois que les stérilisations ont également été imposées par des membres de la famille, particulièrement dans des situations de violence sexuelle. Avez-vous des renseignements à ce sujet et sur l'importance relative de cet élément dans le cadre du problème? Ce n'est pas soustraire le corps médical à ses responsabilités que, dans tous ces cas, d'examiner toutes les circonstances.

Mme Stote : Je ne peux parler, sur le plan historique, que du travail que je fais. Depuis les années 1970, notamment, dès que le Canada a modifié ses lois et mis sur pied un programme de planification familiale, on ne cesse de cibler les jeunes femmes autochtones souvent mères célibataires. Après la modification de la loi, en 1969, et la mise en œuvre de la politique de

policy, that translated its way down to a provincial level. If you read family planning reports from the 1970s, which is part of what I'm working with right now, there is a consistent focus on young people, rural populations, Northern populations; but in particular young, single, unmarried mothers. "Sexually promiscuous," those are the words used in the documents. It ends up being Indigenous women who are targeted. I'm not saying completely, but based on the documents I am looking at, that is definitely a focus, historically, that's been shaping this practice.

Ms. Lombard: In terms of contemporary times, I think we have to examine the categories you identified and look at the disproportionate representation of Indigenous women in those categories to understand how this operates. I should also mention that I was contacted by an individual who was calling on behalf of a person who was incarcerated. That has happened.

In terms of mental health issues, it's hard to say. The damages that arise from something like this give rise to mental health issues. Whether they predated the forced sterilization or not is anyone's guess. It's hard to say. Even if they did, it doesn't matter. Proper and informed consent and the obligation of the physician are not displaced by some kind of temporary or permanent physical condition or mental state.

In terms of socio-economic status and the like, yes, that's usually an issue, but it isn't always. Some of the women who have contacted us have been very, if I may say, responsible mothers who take care of their children and do the best that they can, despite sometimes having gone to residential schools, or despite being Sixties Scoop survivors. They are doing their best to provide for their children in a different way for them.

I don't think we can silo. I can say that the overarching chorus is that the women who contact us are visibly or audibly Indigenous. There is no doubt about that.

Senator Pate: Any information about histories of abuse?

Ms. Lombard: No, not always. Of course, I would guess probably, but that's just an educated guess.

Senator Pate: Thank you.

The Deputy Chair: Thank you very much, Ms. Lombard and Dr. Stote. You have been very open in your comments today. You have given us a lot of information and a lot of things

planification familiale, les modifications se sont étendues à l'échelon provincial. Si on lit les rapports sur la planification familiale des années 1970, qui font partie de la matière que j'étudie actuellement, ils ciblent constamment les jeunes, les populations rurales, les populations du Nord; mais, notamment, les jeunes mères célibataires. Les documents parlent de « promiscuité sexuelle ». On finit ainsi par cibler les femmes autochtones. Je ne dis pas uniquement elles, mais, d'après les documents que je consulte, c'est indéniablement une priorité qui, historiquement, a influé sur cette pratique.

Mme Lombard : Concernant ce qui se passe de nos jours, je pense qu'il faudrait que nous examinions les catégories que vous avez données et que nous nous penchions sur la représentation disproportionnée des femmes autochtones dans ces catégories afin de comprendre ce qui se passe. Je devrais aussi mentionner que quelqu'un a communiqué avec moi au nom d'une personne qui a été incarcérée. C'est arrivé.

Quant aux problèmes de santé mentale, c'est difficile à dire. De tels événements peuvent donner lieu à des problèmes de santé mentale. On ne peut pas savoir si les problèmes sont apparus avant la stérilisation forcée ou après. C'est difficile à dire. Et s'ils sont apparus avant, cela n'a pas d'importance. Le fait qu'une personne ait un problème de santé physique ou mentale temporaire ou permanent n'a pas pour effet d'annuler l'obligation du médecin d'obtenir de la personne un consentement donné librement et en connaissance de cause.

Quant au statut socioéconomique, entre autres, oui, c'est habituellement un problème, mais pas toujours. Certaines des femmes qui ont communiqué avec nous sont des mères très responsables qui prennent soin de leurs enfants et qui font leur possible, même si elles sont des survivantes des pensionnats autochtones ou de la rafle des années 1960. Elles font de leur mieux pour subvenir aux besoins de leurs enfants, même si elles le font différemment.

Je ne crois pas que nous puissions envisager les choses en les cloisonnant. Je peux dire que généralement, les femmes qui communiquent avec nous sont manifestement des Autochtones, car cela se voit ou s'entend. Cela ne fait aucun doute.

La sénatrice Pate : Avez-vous de l'information sur les antécédents de violence subie?

Mme Lombard : Non, pas toujours. Bien entendu, je devinerais probablement, mais ce ne serait qu'une supposition éclairée.

La sénatrice Pate : Merci.

La vice-présidente : Merci beaucoup, madame Lombard et madame Stote. Vous vous êtes montrées très ouvertes. Vous nous avez donné beaucoup d'information et beaucoup de sujets

to think about. You have been a terrific panel to start our study. Thank you so much for being here today.

In our second panel today on the forced and coerced sterilization of women in Canada, we are going to hear from witnesses from two organizations about Canada's international obligations.

We have Jackie Hansen, a campaigner for Amnesty International Canada, and Sandeep Prasad, Executive Director, Action Canada for Sexual Health and Rights.

Each of the organizations has been asked to make a five-minute opening statement and then we will have questions.

Jackie Hansen, Gender Rights Campaigner, Amnesty International: Thank you very much, senators, for this opportunity to appear before you today on unceded Algonquin territory.

As a global human rights watchdog, Amnesty International wants to make sure every person everywhere has their human rights respected, protected and upheld. Amnesty International has documented cases of both forced and coerced sterilization in a number of countries, and we are deeply concerned that women in Canada are being subjected to torture in the form of sterilization without consent. To situate this in an international context, I want to share with you the story of Michelle from the state of Veracruz in Mexico.

Michelle is a 26-year-old mother of two who found out she was HIV-positive when she was pregnant. The gynecologist told her she would need surgery to prevent her from having any more children. The doctor said, "What are you waiting for? You have HIV and you are about to bring a sick child into the world. Why would you want to get pregnant again?" She said she wanted a non-permanent method of contraception, but the doctor pressured her and her mother on the issue of sterilization.

When she went to the hospital to deliver her baby, she was treated terribly because of her HIV status. Staff wrote "HIV" in a big sign over her bed and, when she suffered from a hemorrhage, she was forced to clean up her blood herself.

She woke up from a C-section to find out that she had been sterilized without her consent. She told Amnesty International: "It caused me a great deal of suffering, and it is a scar I will carry all my life. It wasn't my decision. They did it to me by force."

de réflexion. Vous avez été formidables comme premier groupe de témoins pour cette étude que nous amorçons. Merci infiniment de votre présence aujourd'hui.

Pour la deuxième partie de notre réunion d'aujourd'hui sur la stérilisation forcée de femmes au Canada, nous allons discuter des obligations internationales du Canada avec les représentants de deux organismes.

Nous accueillons Jackie Hansen, responsable de la campagne pour les droits des femmes d'Amnistie internationale Canada, ainsi que Sandeep Prasad, directeur exécutif d'Action Canada pour la santé et les droits sexuels.

Chacune de ces organisations a été invitée à présenter un exposé de cinq minutes, après quoi nous aurons des questions.

Jackie Hansen, responsable de la campagne pour les droits des femmes, Amnistie internationale : Mesdames et messieurs, je vous remercie beaucoup de me permettre de comparaître devant vous aujourd'hui en territoire algonquin non cédé.

Amnistie internationale veut s'assurer, en tant qu'organisme mondial de défense des droits de la personne, que ces droits sont respectés, protégés et réalisés partout et pour tout le monde. Amnistie internationale a documenté des cas de stérilisation contrainte et forcée dans un certain nombre de pays, et nous sommes profondément préoccupés de voir qu'au Canada, des femmes sont soumises à la torture sous la forme de stérilisation sans consentement. Pour situer la question dans un contexte international, je vais vous raconter l'histoire de Michelle, de l'État de Veracruz, au Mexique.

Michelle, qui est âgée de 26 ans, est mère de deux enfants. Elle était enceinte quand elle a découvert qu'elle était séropositive. Le gynécologue lui a dit qu'elle devrait être opérée pour ne pas avoir d'autres enfants. Il lui a dit : « Qu'est-ce que vous attendez? Vous avez le VIH et vous êtes sur le point de mettre au monde un enfant malade. Pourquoi voudriez-vous être encore enceinte? » Elle lui a répondu qu'elle voulait une méthode de contraception non permanente, mais il a insisté auprès d'elle et de sa mère pour qu'elle soit stérilisée.

Quand elle a donné naissance à son bébé, Michelle a été très mal traitée à l'hôpital parce qu'elle était séropositive. Le personnel a accroché à son lit une grosse affiche sur laquelle on pouvait lire « VIH », et elle a été obligée de nettoyer elle-même son sang après avoir fait une hémorragie.

Elle a découvert à son réveil, après une césarienne, qu'on l'avait stérilisée sans son consentement. Elle a déclaré à Amnistie internationale qu'elle en avait beaucoup souffert, et que c'était une blessure qu'elle porterait toute sa vie, car ce n'était pas sa décision et qu'on lui avait fait cela de force.

Discrimination was at the heart of the treatment that Michelle received. It denied her the right to the same reproductive health services to which all women are entitled under international human rights standards. According to these standards, contraceptives must be available and affordable, and women must have the right to freely choose or reject family planning services, including sterilization.

Mexico is not the only country where we have documented cases of forced or coerced sterilization. We have documented cases in Chile, China and Peru, among other countries. Specifically in Peru, about 200,000 women, most of them Indigenous, low income, *campesinos* and Quechua speakers were sterilized in a family planning program in the 1990s.

In 2014, the Inter-American Commission on Human Rights found that Bolivia violated the right to be free from torture and ill-treatment in the case of a Peruvian refugee who was sterilized in a public hospital after a C-section. The court also agreed to hear the case of a woman living with HIV in Chile who was forcibly sterilized. The European Court of Human Rights found that forced sterilization of Roma women in Slovakia violates the prohibition of torture and inhuman or degrading treatment or punishment.

The reason I'm sharing with you these international examples is to illustrate the striking similarities with the cases that Alisa Lombard outlined in her testimony just an hour ago.

All of the cases that Amnesty International has documented have been women from marginalized groups who have experienced multiple forms of discrimination. This gets to the central point that government action to address sterilization without consent must recognize that multiple and intersecting forms of discrimination may place some groups of women at a heightened risk of being sterilized without their consent.

In December, the UN Committee Against Torture affirmed that forced and coerced sterilization of women in Canada is a form of torture, and called on Canada to ensure that all allegations of forced or coerced sterilization are impartially investigated, that the persons responsible are held accountable, and that adequate redress is provided to the victims.

When the word "torture" is invoked, many people automatically have this Hollywood idea of a political prisoner being subjected to electric shocks. I found, in the work that we are doing on these issues in Canada, that I am having to talk through the definition of "torture," because there are often preconceived notions. Torture can take many forms and it is very gendered. So I will reiterate why forced and coerced sterilization is torture.

La discrimination était au cœur du traitement infligé à Michelle. On lui a nié son droit aux mêmes services de santé génésique auxquels toutes les femmes ont droit en vertu des normes internationales en matière de droits de la personne. D'après ces normes, des contraceptifs doivent être disponibles et abordables, et les femmes doivent avoir le droit de choisir librement ou de rejeter les services de planification familiale, y compris la stérilisation.

Le Mexique n'est pas le seul pays où l'on trouve des cas recensés de stérilisation forcée. Nous en avons au Chili, en Chine et au Pérou, entre autres. Environ 200 000 Péruviennes, principalement des paysannes autochtones à faible revenu de langue maternelle quechua, ont été stérilisées dans le cadre d'un programme de planification familiale dans les années 1990.

En 2014, la Commission interaméricaine des droits de l'homme a conclu que la Bolivie avait violé le droit de ne pas être soumis à la torture ou aux mauvais traitements d'une réfugiée péruvienne qui avait été stérilisée dans un hôpital public après une césarienne. La cour a également accepté d'entendre le cas d'une femme séropositive qui a été stérilisée de force au Chili. La Cour européenne des droits de l'homme a statué que la stérilisation forcée de femmes roms en Slovaquie constituait une violation de l'interdiction de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

Je vous donne ces exemples étrangers pour montrer les similitudes frappantes avec les cas exposés dans le témoignage d'Alisa Lombard, il y a une heure seulement.

Tous les cas documentés par Amnistie internationale concernent des femmes membres de communautés marginalisées qui subissent de nombreuses formes de discrimination. Cela fait ressortir l'importance pour le gouvernement d'adopter, par rapport aux stérilisations sans consentement, des mesures qui tiennent compte du fait que des formes multiples et croisées de discrimination exposent sans doute certains groupes de femmes à un risque accru d'être stérilisées sans leur consentement.

En décembre, le Comité contre la torture de l'ONU a affirmé que la stérilisation contrainte et forcée de femmes au Canada est une forme de torture et a demandé au Canada de veiller à ce que toutes les allégations de stérilisation contrainte ou forcée fassent l'objet d'enquêtes impartiales, que les personnes responsables répondent de leurs actes et que les victimes obtiennent une réparation adéquate.

Quand on parle de torture, beaucoup pensent automatiquement à l'image hollywoodienne du prisonnier politique auquel on inflige des décharges électriques. J'ai constaté, dans le cadre du travail que nous réalisons sur ces questions au Canada, que je dois réexpliquer ce qu'on entend par « torture », à cause des idées préconçues qui sont courantes. La torture peut prendre de nombreuses formes et elle est très sexospécifique. Je vais donc réitérer les raisons pour lesquelles la stérilisation sans consentement répond à la définition de « torture ».

According to Article 1 of the Convention against Torture, "torture" includes any act that is intentionally inflicted and results in physical and/or mental pain or suffering serious enough to be considered severe. It is committed by state officials, either directly or indirectly, and it is committed for specific reasons including "any reason based on discrimination of any kind." Sterilization of Indigenous women in Canada without their consent meets all of these elements of the definition.

The federal government's approach to addressing sterilization without consent has been to focus on the need for culturally safe health care, and we would say that yes, of course, this is an important concern and something we've advocated for, but such an approach must incorporate and be supported by a clear position on the absolute necessity of consent.

Whether an Indigenous woman births with a traditional midwife in a rural area or with a doctor in an urban hospital, her free, full and informed consent must be secured before undergoing any medical procedures.

We have been calling on the federal government to thoroughly investigate all allegations of forced or coerced sterilizations of Indigenous women in Canada, to establish policies and accountability mechanisms across Canada that provide clear guidance on how to ensure that sterilizations are only performed with free, full and informed consent and, critically, to provide access to justice for both survivors and their families.

Further information is available in our written submission and I am really looking forward to responding to your questions. Thank you.

The Deputy Chair: Thank you very much, Ms. Hansen.

Sandeep Prasad, Executive Director, Action Canada for Sexual Health and Rights: Honourable senators, I wish to begin by recognizing we are on unceded Algonquin territory, and I wish to thank this committee for taking up this urgent matter.

Action Canada for Sexual Health and Rights is Canada's national sexual and reproductive health and rights organization, and we were one of the stakeholders who raised this issue with the UN Committee Against Torture in November 2018. The following month, Action Canada along with our colleagues here today and the Native Women's Association of Canada, developed a joint call to action that was signed by nearly 80 civil society and Indigenous organizations and experts in Canada. Many of those recommendations I will reiterate in these remarks.

Conformément à l'article premier de la Convention contre la torture, le terme « torture » désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales sont intentionnellement infligées à une personne, par des représentants de l'État, directement ou indirectement, pour des raisons précises, y compris « pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination, quelle qu'elle soit ». La stérilisation de femmes autochtones au Canada répond à tous ces éléments de la définition.

L'approche du gouvernement fédéral par rapport à la stérilisation sans consentement consiste à mettre l'accent sur la nécessité de soins de santé adaptés à la réalité culturelle, et nous dirions qu'en effet, bien sûr, c'est important et c'est ce que nous préconisons. Cependant, une telle approche doit englober une position claire sur l'absolue nécessité du consentement et s'appuyer sur cette position.

Qu'une femme autochtone accouche avec l'aide d'une sage-femme traditionnelle dans une région rurale ou d'un médecin dans un hôpital urbain, son consentement libre et éclairé doit être obtenu avant tout acte médical.

Nous continuons de demander au gouvernement fédéral de mener une enquête approfondie sur toute allégation de stérilisation contrainte ou forcée de femmes autochtones au Canada, de mettre en place dans tout le Canada des politiques et des mécanismes de responsabilisation qui fournissent des directives claires afin qu'il ne soit procédé à des stérilisations qu'avec le consentement libre et éclairé des intéressées et, ce qui est crucial, de faire en sorte que les survivantes et leurs familles aient accès à la justice.

Je vous invite à consulter le mémoire que nous avons soumis au comité pour obtenir plus de détails, et je serai vraiment ravie de répondre à vos questions. Merci.

La vice-présidente : Merci beaucoup, madame Hansen.

Sandeep Prasad, directeur exécutif, Action Canada pour la santé et les droits sexuels : Honorables sénateurs, j'aimerais commencer par souligner que nous nous trouvons en territoire algonquin non cédé, et je tiens à remercier le comité d'avoir entrepris de se pencher sur cette question urgente.

Action Canada pour la santé et les droits sexuels est l'organisation nationale de la santé sexuelle et génésique et des droits connexes au Canada. Nous sommes l'une des parties prenantes à avoir soulevé cet enjeu auprès du Comité contre la torture de l'ONU en novembre 2018. Le mois suivant, Action Canada, nos collègues qui sont présents aujourd'hui et l'Association des femmes autochtones du Canada avons rédigé un appel à l'action conjoint qui a été signé par près de 80 organismes de la société civile, organismes autochtones et experts au Canada. Je vais répéter dans mon exposé plusieurs de ces recommandations.

Since that time, we have been concerned with the relative inaction by the federal government on this front, given the magnitude and significance of this issue, which I would call a systemic and significant pattern of human rights violations.

Forced and coerced sterilization are violations of sexual and reproductive rights. These are acts of torture and tools of genocide. We have seen them used throughout history and are continuing to learn every day they disproportionately affect Indigenous, disabled and otherwise marginalized people within the Canadian health system for which the federal, provincial and territorial governments share responsibility. As a party to numerous international human rights treaties, the federal government has a legal duty to end forced and coerced sterilization across all jurisdictions.

In contrast to that duty, the consultation that occurred behind closed doors within Indigenous Services Canada several months ago did not meet any standards of the government's duty to consult, nor was it transparent in its approach and outcomes. The federal-provincial-territorial working group that has been called has likewise not been transparent to us and has not included many key expert stakeholders, to our knowledge. The mandate and agenda for this meeting is unclear, and even before deciding what it must accomplish, this working group must transparently consult with survivors, experts and other stakeholders.

While there is no doubt that systemic racism plays a major role in these violations, it is inappropriate for the Prime Minister and others to infer that this is a problem that will be solved with increased culturally appropriate services for Indigenous peoples. Similarly, even the name of the federal-provincial-territorial working group created to address this issue is called cultural competency in health care, which belies the issue. Forced sterilization is not about misunderstanding a person's culture; it is about violating their right to determine for themselves what happens to their bodies. While culturally appropriate services are needed, the health system at every level must take a comprehensive approach to sexual and reproductive rights and ensure that all people know how to define and achieve informed consent from any individual and every individual they encounter.

What will it take for Canada to ensure that these human rights violations do not happen again, or how do we ensure non-repetition as part of achieving accountability?

First, investigation is needed. We do not yet understand the scope and scale of this current problem in terms of Indigenous survivors of these practices, but also in terms of others who may

Depuis, nous sommes préoccupés par l'inaction relative du gouvernement fédéral sur ce front, compte tenu de l'ampleur et de l'importance de ce problème dont je dirais qu'il s'agit d'une réalité systématique et importante de violations des droits de la personne.

La stérilisation forcée est une forme de violation des droits sexuels et génésiques. Il s'agit d'actes de torture et d'outils génocidaires. Cela a été observé au fil du temps, et nous constatons jour après jour que les Autochtones, les personnes handicapées et les personnes marginalisées sont touchées de façon disproportionnée dans le système de santé canadien dont la responsabilité est partagée entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. En tant que partie à de nombreux traités internationaux sur les droits de la personne, le gouvernement fédéral a l'obligation légale de mettre fin à la stérilisation forcée dans l'ensemble des secteurs de compétence.

La consultation qui s'est déroulée derrière des portes closes avec Services aux Autochtones Canada, il y a plusieurs mois, ne respectait absolument pas les critères relatifs à l'obligation du gouvernement en matière de consultation. Il n'y a pas eu de transparence non plus dans l'approche adoptée et les résultats obtenus. Le groupe de travail fédéral-provincial-territorial qui a été formé a également manqué de transparence à notre égard et n'a pas inclus de nombreux intervenants experts, à notre connaissance. Le mandat et l'ordre du jour de cette réunion ne sont pas clairs, et même avant de déterminer ce qu'il doit accomplir, ce groupe de travail doit consulter avec transparence les survivantes, les experts et autres intervenants.

Il ne fait aucun doute que le racisme systématique est un facteur majeur de ces violations, mais il ne convient pas au premier ministre et à d'autres personnes de déduire que c'est un problème qu'on pourra résoudre en augmentant les services adaptés à la culture des peuples autochtones. Même le nom donné à ce groupe de travail fédéral-provincial-territorial créé pour s'attaquer à ce problème parle de compétence culturelle au sein du système de santé, ce qui est contradictoire. La stérilisation forcée n'a rien à voir avec la compréhension de la culture d'une personne. C'est une violation de son droit de décider d'elle-même ce qui arrive à son propre corps. Il faut effectivement des services adaptés à la culture, mais le système de santé doit, à tous les niveaux, adopter une approche globale concernant les droits sexuels et génésiques et veiller ce que chacun sache établir et obtenir un consentement éclairé de la part de toutes les personnes rencontrées.

Que faut-il faire pour que le Canada veille à ce que de telles violations des droits de la personne ne se répètent pas? Comment veillons-nous à mettre en œuvre la reddition de comptes de sorte que cela ne se répète pas?

Premièrement, il faut une enquête. Nous ne comprenons pas encore toute la portée et l'ampleur de ce problème en ce moment, concernant les survivantes autochtones de telles

have been subjected to these practices, such as women with disabilities.

One of several critical first steps would be to conduct a formal national investigation of forced and coerced sterilization, with the purpose of understanding the scope and scale of this harmful practice, as well as ensuring effective reparations to victims. As part of this, the government should appoint a special representative to meet with survivors and their families and to hear their requests for justice and reparations.

In considering sanctions for health professionals who have perpetrated forced or coerced sterilization, it is important to apply criminal sanctions for cases where warranted, but also to ensure the full and effective use of other accountability processes, such as professional disciplinary measures and civil remedies, including human rights tribunals, and to support survivors in engaging these processes.

A serious consideration that has not yet been addressed in public discourse is that we must ensure that use of criminal sanctions does not have a chill effect on the availability and accessibility of high-quality sexual and reproductive health services based on free and informed consent, particularly for those people often stigmatized and discriminated against by the health sector. Those who are Indigenous or otherwise marginalized are often disproportionately targeted by law enforcement and so are among the least likely to seek police protection. The problem will not be solved without comprehensive changes within the health system.

Last, Health Canada, under the leadership of the Minister of Health, must take responsibility for the health system and create a national action plan that needs to squarely tackle this issue to ensure, first, that standards of practice are clarified as they relate to consent in medical practices; second, that compulsory education is provided to health professionals on these standards and on key issues of racism and other forms of discrimination and stigma; third, that cultural change within health professions can be achieved; and fourth, that accountability for these human rights violations can be strengthened. Thank you.

The Deputy Chair: Thank you both very much for your presentations. We'll start questioning with the person who brought us all of this information and convinced us this is a study we need to do. The more we get into it, the more we know that you were absolutely correct.

pratiques. Et nous ne savons pas non plus dans quelle mesure d'autres femmes ont été soumises à de telles pratiques, par exemple les femmes handicapées.

Il y a plusieurs mesures essentielles à prendre initialement, dont celle de mener une enquête nationale officielle sur la stérilisation forcée afin de comprendre la portée et l'ampleur de cette pratique néfaste, ainsi que de garantir aux victimes des mesures de réparation efficaces. Dans le cadre de cette enquête, le gouvernement devrait nommer un représentant spécial qui rencontrerait les survivantes et leurs familles et qui entendrait leurs demandes de justice et de réparation.

Au moment d'envisager les sanctions à imposer aux professionnels de la santé qui ont perpétré des stérilisations forcées, il est important de recourir à des sanctions criminelles dans les cas où il est justifié de le faire, mais aussi de veiller à l'utilisation complète et efficace d'autres processus de responsabilisation, par exemple des mesures disciplinaires professionnelles et des recours civils, notamment devant les tribunaux des droits de la personne, et de soutenir les survivantes qui entament de telles procédures.

Un élément important n'a pas encore été abordé dans le discours public, et c'est que nous devons veiller à ce que les sanctions pénales n'aient pas d'effet paralysant sur la disponibilité de services de santé sexuelle et génésique de grande qualité qui se fondent sur un consentement libre et éclairé, en particulier pour les personnes souvent stigmatisées et victimes de discrimination dans le secteur de la santé. Les personnes marginalisées, entre autres, les Autochtones, sont souvent ciblées de façon disproportionnée par la police et sont donc les moins susceptibles de demander la protection de la police. On ne peut résoudre ce problème sans changement approfondi au sein du système de santé.

Pour terminer, Santé Canada, sous la direction de la ministre de la Santé, doit assumer la responsabilité du système de santé et créer un plan d'action national qui va s'attaquer directement à ce problème en garantissant, premièrement, que les normes de pratique sont éclaircies en matière de consentement dans les pratiques médicales; deuxièmement, qu'une formation obligatoire est donnée aux professionnels de la santé concernant ces normes et les enjeux clés que sont le racisme et les autres formes de discrimination et de stigmatisation; troisièmement, qu'on réalise un changement culturel parmi les professions de la santé; et quatrièmement, qu'on renforce la responsabilisation relative à ces violations des droits de la personne.

La vice-présidente : Je vous remercie beaucoup tous les deux de vos exposés. La première personne à poser des questions est celle qui nous a apporté toute cette information et qui nous a convaincus de mener cette étude.

Senator Boyer: Thank you, Madam Chair. Thank you both very much for your presentations and for all of the work that you are doing in this area. It's phenomenal.

I have really enjoyed the recommendations that you have spoken about, Mr. Prasad. You had suggested that the government put something in place to meet with the survivors and hear their voices. If there is one thing that I found in doing the report, it was absolutely critical that these women were protected because even by us speaking today and having women listening, it triggers such a horrific emotional response. I would like you to comment on how that could be accomplished within the framework that you have already laid out for us, keeping in mind that the women's safety is primary.

Mr. Prasad: Absolutely. I think there are many ways of achieving that. Senator Boyer, let me first begin by thanking you for your leadership on this issue. It is a very important issue.

Privacy, confidentiality and safety within any investigation would need to be paramount in how that's approached in terms of how records of those conversations and interviews with survivors are kept, how they are approached, and who they have to advocate and support them within that process.

It also needs to be voluntary. The survivors need to be willing to come forward and speak to any special representative who's appointed to carry out this task of meeting with survivors and their families. I think it's paramount to offer that choice and offer different means of ensuring privacy, confidentiality and support during the actual process. That would be critical.

Senator Boyer: Would you suggest that possibly the women who have been affected should be the ones making the decisions on what would be adequate to protect their own safety?

Mr. Prasad: I think that is an excellent step for sure. That is a critical consideration. In terms of a human rights approach, you need to centre those who are most affected by this issue so their needs in that moment and within that process need to be given priority, absolutely.

Senator Boyer: Ms. Hansen, would you like to comment on that at all?

Ms. Hansen: Further to that, I think it's up to the women to really define what the supports are that would be useful for them, both during the process as well as after, and to really think through how to structure and streamline processes so that survivors aren't getting repeated requests over and over again to appear, recognizing the process of retraumatization that can happen. Really taking that trauma-informed and culturally informed response is so critical.

La sénatrice Boyer : Merci, madame la présidente. Je vous remercie beaucoup tous les deux de vos exposés et de tout le travail que vous faites dans ce domaine. C'est phénoménal.

J'ai vraiment aimé les recommandations dont vous avez parlé, monsieur Prasad. Vous aviez suggéré que le gouvernement mette en place quelque chose pour rencontrer les survivantes et les entendre. S'il est une chose que j'ai constatée avec le rapport, c'est la protection absolument essentielle de ces femmes, car, même à nous entendre aujourd'hui parler de cela, ces femmes peuvent avoir une réaction émotive terrible. J'aimerais que vous nous disiez comment cela peut se faire à l'intérieur des paramètres que vous avez déjà établis pour nous en gardant à l'esprit que la sécurité des femmes est primordiale.

M. Prasad : Absolument. Je pense qu'il y a diverses façons de réaliser cela. Sénatrice Boyer, permettez-moi d'abord de vous remercier de votre leadership sur cette question. C'est une question vraiment importante.

Il est primordial de veiller à la protection des renseignements personnels, à la confidentialité et à la sécurité dans le cadre de toute enquête, pour ce qui concerne la façon de conserver les comptes rendus des conversations et des entrevues avec les survivantes, la façon de les aborder, et les personnes qui sont là pour les défendre et les soutenir dans ce processus.

Il faut aussi que ce soit volontaire. Il faut que les survivantes veuillent venir parler à tout représentant spécial qui est nommé pour exécuter la tâche de rencontrer les survivantes et leur famille. Je crois qu'il est essentiel d'offrir ce choix et d'offrir différentes façons de garantir la protection de la vie privée, la confidentialité et le soutien pendant le processus. Ce serait crucial.

La sénatrice Boyer : Selon vous, est-ce que ce sont les femmes qui ont été touchées qui devraient décider de ce qui convient pour leur propre protection?

M. Prasad : Je crois que ce serait excellent, à n'en pas douter. C'est crucial. Quant à une approche axée sur les droits de la personne, vous devez tout centrer sur les personnes les plus touchées par cet enjeu de sorte que leurs besoins à ce moment-là et dans le cadre de ce processus soient prioritaires.

La sénatrice Boyer : Madame Hansen, auriez-vous quelque chose à dire à ce sujet?

Mme Hansen : J'ajouterais à cela qu'il appartient vraiment aux femmes, selon moi, de définir les mesures de soutien qui leur seraient utiles, aussi bien pendant le processus qu'après, et qu'il est important de bien réfléchir à la façon de structurer et de rationaliser les processus de sorte que les survivantes ne soient pas tenues de comparaître à répétition, étant donné les nouveaux traumatismes que cela pourrait causer. Il est vraiment crucial d'être sensibilisé au traumatisme et de comprendre la culture.

Senator Boyer: Thank you very much for that. Very good suggestions of positive solutions and recommendations to address some of these issues. Thank you.

Senator Pate: Thank you to both of you and your organizations for the work you do.

In the Action Canada submission to the UN Committee Against Torture, you mentioned that you think there may be issues of Indigenous women being sterilized in prison. I'm curious what the extent of this issue is, as far as you know, internationally but also in Canada, more particularly for those who are institutionalized, including those in prison.

I think you were here when I was asking a question earlier about how often it's linked to other issues of oppression in addition to discrimination, but also where people have experienced abuse. Sometimes those who have been party to that abuse have participated in the coercion or the forced sterilizations.

Second, just in case we don't get to second round, you have both mentioned the importance of criminalization, which is a position that both of your organizations haven't necessarily taken. I'm curious if you could speak to the value of law as an identifier of a standard of behaviour and if that's part of the rationale for why you would come to that conclusion.

The Deputy Chair: Senator Pate, you are really good at asking three or four questions at one time.

Senator Pate: My apologies.

Mr. Prasad: I think there is within our submission to the United Nations Committee Against Torture, Senator Pate — and thank you so much for those questions. I'm hoping I will respond to all of them, but please feel free to follow up if I've missed something.

I think our overarching recommendation to this committee is that we have anecdotally heard from different stakeholders that this practice is happening within their communities, whether they are Indigenous women who are incarcerated or women with certain types of disabilities. From our perspective, we glean that information through effective partnerships with different organizations doing different sorts of work, whether it's the DisAbled Women's Network or the Native Women's Association of Canada and so on.

La sénatrice Boyer : Je vous remercie beaucoup. Ce sont d'excellentes suggestions de solutions et de recommandations positives qui contribueraient à résoudre certaines de ces difficultés. Merci.

La sénatrice Pate : Merci à vous deux et à vos organisations pour le travail que vous accomplissez.

Dans le mémoire présenté par Action Canada au Comité des Nations Unies contre la torture, vous avez indiqué que des femmes autochtones ont probablement été stérilisées en prison. J'aimerais savoir si vous avez une idée de l'ampleur de cette problématique, à l'étranger comme au Canada, surtout en ce qui concerne les femmes qui sont institutionnalisées, y compris celles qui sont incarcérées.

Je crois que vous étiez ici lorsque j'ai posé une question tout à l'heure pour savoir si la discrimination s'accompagnait souvent d'autres formes d'oppression, comme des mauvais traitements de toutes sortes. Il arrive en effet que ceux qui sont responsables de ces abus aient un rôle à jouer dans la stérilisation forcée.

J'aurais une autre question, juste au cas où nous n'aurions pas le temps pour un second tour. Vous avez mentionné tous les deux l'importance de la criminalisation bien que vos organisations respectives ne se soient pas nécessairement prononcées à ce sujet. J'aimerais que vous nous parliez du rôle que peut jouer la loi en établissant des normes de comportement et que vous nous indiquiez si c'est l'un des éléments qui vous ont amenés à en arriver à cette conclusion.

La vice-présidente : Sénatrice Pate, vous n'avez pas votre pareil pour poser trois ou quatre questions en même temps.

La sénatrice Pate : Je suis désolée.

M. Prasad : Merci, sénatrice Pate. J'espère pouvoir répondre à toutes vos questions, mais n'hésitez pas à revenir à la charge si jamais j'en oublie.

Comme nous l'indiquions dans notre mémoire présenté au Comité des Nations Unies contre la torture, je pense que notre recommandation principale à votre intention serait la suivante. Nous avons appris de différents intervenants que c'est une pratique qui avait cours dans leur communauté, qu'il s'agisse des détenues autochtones ou de femmes vivant avec certains handicaps. Nous obtenons ces renseignements en travaillant en partenariat dans différents dossiers avec des organisations comme le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada et l'Association des femmes autochtones du Canada.

For us, what's paramount here is fully understanding as a starting point the scale and scope of this practice in Canada as it's happening currently. I feel that happen only through a comprehensive national investigation of the problem.

There also needs to be, as part of that, the federal government taking real ownership of what is happening within our health systems in terms of these practices and saying that we are going to figure this out on a case-by-case basis. We will look at what has happened with respect to each of these cases. What went wrong? Who was responsible in terms of individuals, health practitioners, health institutions and health systems? Where does the accountability lie? What needs to happen to ensure that this does not happen again? I think those solutions are certainly important to grasp and they are varied in terms of what I believe human rights standards would call for in different cases.

There is certainly the value of law in denouncing particular actions and providing for sanctions, and the value of criminal law in that. There is no doubt that many of these cases merit some form of criminal or other sanction. The key is to investigate and to ensure a range of accountability tools is being used here, including professional disciplinary procedures, as well. The requirements of human rights to engage a large system of accountability tools is important to bear in mind in this.

I do think that different options need to be considered, including potentially creating a specific criminal offence, but also the application of existing criminal offences. Why haven't those tools been used? What are the systemic problems preventing assault charges being laid in these cases? As well, they are considering the various options that could be possible.

We do also need to bear in mind, Senator Pate, that the use of criminal law is the most powerful tool of the state and in doing so we must ensure that access to sexual and reproductive health services is not compromised and there is no chill effect in terms of the accessibility of those services.

Ms. Hansen: The reason I specifically chose to highlight the case of a HIV-positive woman living in Mexico is to show the various contexts in which we know this practice occurs in other countries.

Our research has documented generally poor women, rural women, Indigenous women, women living with HIV and other marginalized women. We haven't specifically done any work that's related to women being subjected to forced or coerced sterilization in prisons, institutions nor linked with histories of abuse, but I think, given the international examples, as part of an investigation in Canada, it's really worth recognizing that there

Il nous apparaît essentiel de pouvoir, au départ, bien saisir toute l'ampleur que prend actuellement cette pratique au Canada. À mes yeux, une enquête nationale détaillée est nécessaire pour en arriver à bien cerner la problématique.

Il faut en outre que le gouvernement fédéral assume pleinement ses responsabilités à l'égard du recours à de telles pratiques dans notre système de santé. Il faut que l'on soit prêt à se pencher sur chaque cas pour déterminer ce qui a mal tourné et qui est responsable, qu'il s'agisse d'un individu, d'un professionnel de la santé, d'un établissement ou du régime dans son ensemble. À qui incombe la responsabilité? Que faut-il faire pour éviter que la situation se reproduise? Il est primordial selon moi de trouver des pistes de solution en reconnaissant qu'elles pourront varier d'une situation à l'autre compte tenu des différentes normes qui entrent en jeu en matière de droits de la personne.

Il va de soi qu'il serait bénéfique d'adopter une loi dénonçant certains comportements et prévoyant des sanctions avec le soutien du système de justice pénale. Il ne fait aucun doute que des sanctions pénales ou autres sont de mise dans bon nombre de ces cas. Il faut s'assurer de mener les enquêtes nécessaires et de prévoir un éventail complet de mesures, y compris des sanctions disciplinaires pour les professionnels, afin que les coupables répondent vraiment de leurs actes. Il est primordial de pouvoir ainsi compter sur une panoplie complète d'outils de reddition de comptes pour assurer le respect des droits de la personne.

Je pense que différentes options doivent être envisagées, y compris la création d'une infraction criminelle distincte. Il faut toutefois également s'assurer que l'on n'hésite pas à recourir aux infractions criminelles existantes. Pourquoi ne nous servons-nous pas de ces outils à notre disposition? Quels sont les obstacles systémiques qui empêchent de porter des accusations de voies de fait dans ces situations? Il faut donc examiner les différentes avenues qui s'offrent à nous.

Il convient également, madame la sénatrice, de ne pas oublier que le recours au droit pénal est l'outil le plus puissant à la disposition de l'État, et qu'il convient donc de s'en prévaloir en essayant d'éviter tout effet d'intimidation ou de dissuasion qui pourrait compromettre l'accès aux services de santé en matière de sexualité et de procréation.

Mme Hansen : Si j'ai voulu mettre en lumière le cas de cette femme séropositive vivant au Mexique, c'est justement pour illustrer la diversité des contextes dans lesquels on a recours à cette pratique ailleurs dans le monde.

Nos recherches indiquent que le problème touche surtout les femmes pauvres, celles qui vivent en milieu rural, les femmes autochtones, les femmes séropositives et les autres femmes marginalisées. Nous n'avons pas effectué de recherches portant expressément sur les femmes ayant subi une stérilisation forcée dans une prison ou un autre établissement ou après avoir été victimes de mauvais traitements. Cependant, étant donné les

may be groups outside of Indigenous women who are disproportionately impacted by in practice.

In terms of criminalization, our goal would be to focus on mechanisms to prevent this from ever occurring again, to really look at the role of health care providers and how they can be promoted as human rights defenders who are positively working to impact human rights and to be promoting that and to be creating clarity around how free, full and informed consent needs to be obtained. It is not just do it, but really having that clarity on what are the expectations, and doing that at federal level so there is consistency across jurisdictions in Canada.

We recognize when something meets the threshold of torture, there also is a need for accountability. While we want to see the focus on prevention, when this does happen, there needs to be accountability mechanisms. Part of that can be justice mechanisms. Part of that can be through reparations.

When we are looking at justice mechanisms, we would really encourage, when warranted, for the existing legislation surrounding both aggravated assault and torture to be applied. That is certainly a deterrent and a really important accountability mechanism to have in place. But recognizing these are existing tools that are not being applied, we think it is worth investigating whether there is a need to create a specific Criminal Code provision for forced and coerced sterilization, both to give it more visibility and to increase its enforceability.

Senator Pate: I have a supplementary question.

Both of your responses gave rise to another question that is linked to some of the other work we have been doing here. One is when you talk about deterrence, most of the research shows that, in fact, deterrence is not effective unless you have a near certainty of being discovered, pursued and prosecuted. It seems to me, based on what you and the previous panel have said, the chances of that being likely, given what has happened to date, is not great. That's more of a comment.

Particularly in a prison setting — I'm linking this to the prison study we are doing — how likely is it that there will be any kind of voluntariness? This is in a context where we have heard from witnesses in that study and the nurses union indicated that in order for prisoners to have access to health care if they are in segregation by whatever term it is eventually going to be known, there will have to be two guards present. Any comments on how

exemples que nous avons au niveau international, il faudrait vraiment qu'une éventuelle enquête menée au Canada tienne compte du fait que les femmes autochtones ne sont pas nécessairement les seules à être touchées de façon disproportionnée par cette pratique.

Pour ce qui est de la criminalisation, nous voudrions mettre l'accent sur les mécanismes de prévention afin d'éviter que des situations semblables puissent se reproduire. Il faut voir comment on peut mettre en valeur le rôle des pourvoyeurs de soins à titre de défenseurs des droits de la personne de telle sorte que chacun sache bien comment on doit s'y prendre pour obtenir un plein consentement, donné librement et en connaissance de cause. Il ne suffit pas de le faire, car on doit aussi bien préciser les attentes en la matière en agissant à l'échelon fédéral pour assurer une démarche uniforme dans l'ensemble du Canada.

Lorsqu'une telle pratique devient assimilable à une forme de torture, nous sommes conscients que les coupables doivent répondre de leurs actes. Nous voulons axer nos efforts sur la prévention, mais reste quand même que les mécanismes de reddition de comptes sont nécessaires pour les cas où de telles choses se reproduiraient. Il peut s'agir en partie de mécanismes judiciaires ou de mesures d'indemnisation, par exemple.

Pour ce qui est des mécanismes judiciaires, nous préconisons l'application des dispositions existantes à l'encontre des voies de fait graves et de la torture lorsque la situation le justifie. Il est assurément important de pouvoir compter sur un tel moyen de dissuasion qui fait en sorte que les coupables ont vraiment des comptes à rendre. Étant donné que certains outils déjà à notre disposition ne sont pas utilisés, nous pensons qu'il vaudrait la peine de chercher à déterminer s'il est nécessaire d'ajouter une nouvelle disposition au Code criminel interdisant la stérilisation forcée, ce qui permettrait à la fois de braquer les projecteurs sur cette problématique et de faciliter l'imposition de sanctions en la matière.

La sénatrice Pate : J'ai une question complémentaire.

Vos réponses à tous les deux m'ont inspiré une nouvelle question en lien avec une autre étude menée par notre comité. La plupart des recherches révèlent que les mesures de dissuasion ne sont efficaces que si l'individu a la quasi-certitude d'être démasqué et poursuivi. À la lumière de ce que les témoins précédents et vous-même nous avez dit, j'ai bien l'impression que les chances que cela se produise sont plutôt minces, compte tenu de ce que nous avons pu observer jusqu'à maintenant. Disons que c'était davantage une observation qu'une question.

Si je fais le lien avec cette autre étude que nous menons sur la situation des prisonniers, je me demande quelles sont les probabilités que l'on puisse satisfaire au critère du caractère volontaire en milieu carcéral. Certains témoins que nous avons reçus dans le cadre de cette autre étude, et notamment les gens de l'association des infirmières et infirmiers, nous ont indiqué que deux gardiens doivent toujours être présents lorsqu'une

likely that could ever be deemed to be voluntary, in your views, by any legal standard?

Ms. Hansen: You mean how likely would women be to provide their free, full and informed consent?

Senator Pate: Is it possible with two guards present?

Ms. Hansen: It would certainly create a significant power imbalance.

Mr. Prasad: I think it would be very difficult to establish that. The power imbalances are very significant. We need to consider that context is a hugely significant factor in determining informed consent and providing for that.

Senator Pate: Thank you. If they are taken out of the prison to a hospital, and they still have officers there and they are in shackles, I presume you would think that would be also less likely.

Ms. Hansen: I think this is why we are looking for more guidance from Health Canada about exactly what needs to happen to obtain free, full and informed consent, so that you can apply it to a range of different situations, and it's very clear whether the conditions are present or not to get that consent.

Senator Pate: Thank you witnesses. I'm thinking of some of the examples you have mentioned, if it's a situation where there is sexual abuse in the prison and one of the officers taking the woman to hospital also happens to be implicated.

Senator Hartling: Thank you very much for being here. This is our first day on the study but it's already raising a lot of questions and lots more that we can look at. As you know, this is a short study for the next few weeks but, supposing that we are able to go forward next fall and continue the study in a broader sense — because the questions we are thinking about are raising more questions — could you give us some ideas of what aspects we might look at, recommendations or gaps in the current literature that we might explore for the future? Any thoughts on that, please?

Mr. Prasad: Thank you for that question, Senator Hartling. The benefit and privilege of parliamentary work is that it's resourced, transparent, accountable and non-partisan. I think

détenue placée en isolement reçoit des soins de santé. Pouvez-vous nous dire d'un point de vue juridique comment il est possible dans ce contexte que cela se fasse de manière volontaire?

Mme Hansen : Vous voulez savoir dans quelle mesure il est possible qu'une femme donne librement, dans ces circonstances, son plein consentement en toute connaissance de cause?

La sénatrice Pate : Est-ce possible avec la présence de deux gardiens?

Mme Hansen : Cela crée assurément un important déséquilibre des pouvoirs.

M. Prasad : Je pense qu'il serait très difficile d'établir qu'il y a eu un tel consentement. Le déséquilibre des pouvoirs est effectivement vraiment marqué. Il faut considérer que le contexte revêt une importance capitale lorsqu'il s'agit de déterminer s'il y a eu consentement éclairé, et il nous faut agir en conséquence.

La sénatrice Pate : Je présume que vous considéreriez qu'un tel consentement serait également moins probable dans le cas d'une femme qui est amenée de la prison à l'hôpital en étant accompagnée de deux gardiens et toujours menottée.

Mme Hansen : C'est justement pour cette raison que nous souhaiterions obtenir des directives plus claires de Santé Canada quant aux conditions exactes à remplir pour qu'il y ait plein consentement, donné librement et en connaissance de cause. Nous pourrions ainsi mieux savoir à quoi nous en tenir dans différentes situations en sachant clairement quelles conditions doivent être respectées pour qu'il y ait effectivement consentement.

La sénatrice Pate : Merci. Je pense aussi à certains exemples que vous nous avez donnés en me demandant ce qui peut arriver lorsqu'une détenue est victime d'une agression sexuelle et que l'un des agents qui l'accompagnent à l'hôpital est impliqué.

La sénatrice Hartling : Merci beaucoup de votre présence aujourd'hui. C'est la première séance que nous consacrons à cette étude, mais elle soulève déjà un grand nombre de questions auxquelles il nous sera difficile de répondre dans le peu de temps à notre disposition. Comme vous le savez, il s'agit d'une étude qui ne durera que quelques semaines, mais si l'on présume qu'il sera possible de la poursuivre à l'automne en élargissant la portée de notre examen — compte tenu de ces nouvelles questions qui ont été soulevées —, pourriez-vous nous faire quelques suggestions quant aux aspects que nous pourrions analyser, aux recommandations que nous pourrions faire ou aux lacunes que nous pourrions chercher à combler par rapport aux recherches déjà menées à ce sujet?

M. Prasad : Merci de cette question, madame la sénatrice. Le travail des parlementaires comporte de nombreux avantages et privilèges. Vous disposez des ressources nécessaires et vous avez

your point is a great one. The study you are undertaking right now is an important beginning to this process and, even at the level of Parliament, more needs to happen towards a thorough understanding of the crisis at hand.

My personal hope would be that there could be even a special joint subcommittee struck with parliamentarians from health, human rights and Indigenous affairs committees to continue this study in a fulsome manner as time goes on. I think there are a number of aspects that can be studied in this respect.

Ms. Hansen: We have also supported the call for a joint subcommittee which can do a much deeper dive and think that such a committee would be really well placed to do so.

One example of one of the things we think, with existing information, a deep dive could be done is beginning to pull some of the data that is existing that may not identify the presence or absence of free, full and informed consent. Certainly by looking at the Canadian Institute for Health Information, one would presume it's possible to start looking at information around where sterilizations are being provided across Canada. Let's look at the numbers; let's overlay that with some identity factors. Are there some things that come into focus? Does it suddenly appear that in a certain part of the country, for example, we are seeing very high levels of sterilization? What does that mean? Where does that lead us? What other questions are we going to want to ask based on that? When you overlay that with identity factors, what else does that tell you?

Starting to pull the existing information to begin to better understand the scope and scale of this issue, even without knowing whether consent is there or not, I think that would help as part of a study in the fall to bring into focus some additional areas that you may want to investigate.

Mr. Prasad: If I could add to that, I think it's also important to consider what it is within the culture of health professions that these practices are happening. What are the cultural elements that are facilitating this? Is it a culture that somehow providers know better than the patients, the rights holders who are before them? I think that is part of the problem and you see that manifested in other ways in other sorts of interactions that health care providers might have with patients outside of this area of core sterilization.

I think that's an important attitude to root out, what within the culture of those health professions gives rise to that and how can that be changed? What is the nature of education that health care providers receive when it comes to issues of racism, colonialism, ableism and classism? I think those are important factors for that study to look at as well.

des comptes à rendre à l'égard d'un travail que vous effectuez en toute transparence et de manière non partisane. Je pense que vous avez tout à fait raison. L'étude que vous entreprenez aujourd'hui n'est que le début d'un processus important et il convient d'en faire davantage, même au niveau du Parlement, pour en arriver à une meilleure compréhension de cette crise.

Je souhaiterais pour ma part que l'on puisse même aller jusqu'à mettre en place un sous-comité mixte spécial formé de parlementaires membres des comités de la santé, des droits de la personne et des affaires autochtones afin d'approfondir cette étude. Je crois qu'il y a différents aspects sur lesquels un sous-comité semblable pourrait se pencher.

Mme Hansen : Nous sommes également favorables à la création d'un sous-comité mixte, car ce serait sans doute l'instance la mieux appropriée pour approfondir ces questions.

Pour aller davantage au fonds des choses, nous pourrions notamment puiser à même les données déjà existantes, sans qu'elles n'indiquent nécessairement s'il y a eu ou non consentement libre et éclairé. On pourrait sans doute par exemple obtenir de l'Institut canadien d'information sur la santé des renseignements quant aux endroits où l'on pratique la stérilisation au Canada. En mettant ces chiffres en parallèle avec certains facteurs d'identification, on pourrait voir si certains éléments sont particulièrement frappants. Peut-être nous rendrions-nous soudainement compte que la stérilisation est très fréquente dans une certaine région du pays, par exemple. Que faut-il en conclure? Quelles autres questions cela nous amène à poser? Qu'apprenons-nous de plus en superposant ces chiffres à des facteurs d'identification?

Il faudrait donc mettre à contribution les données existantes pour commencer à mieux comprendre l'ampleur de cette problématique, même sans nécessairement savoir s'il y a eu consentement ou non. Je pense que nous serions ainsi mieux à même de cibler quelques autres enjeux d'intérêt pour la poursuite de votre étude à l'automne.

M. Prasad : Je crois qu'il est également important de se demander quels éléments de la culture des professionnels de la santé font en sorte que ces pratiques puissent avoir cours. Est-ce que les pourvoyeurs de soins ont l'impression pour une raison ou une autre d'être mieux équipés pour prendre une telle décision que les patientes devant eux? Je pense que c'est un élément du problème dont on peut observer des manifestations distinctes dans le cadre d'autres formes d'interactions entre pourvoyeurs de soins et patients à l'extérieur du cadre strict de la stérilisation.

Il m'apparaît primordial d'éradiquer une telle attitude en se demandant d'où elle origine dans la culture de ces pourvoyeurs de soins et comment nous pouvons la changer. Quel genre d'éducation reçoivent ces professionnels relativement aux problèmes de racisme, de colonialisme ou de discrimination fondée sur la capacité physique ou la classe sociale? Je pense

Senator Hartling: Thank you very much. I appreciate it.

The Deputy Chair: You talked about possibly two departments being involved and possibly more. Health and Justice were two that come quickly to mind. I think one of you said earlier that you would hope all of these changes would become voluntary, but sometimes there has to be deterrence in terms of laws so people are held accountable for what they're doing.

In Canada, of course, with our health care system, we run into another jurisdictional aspect of it, and that's the provincial/federal jurisdiction. I assume the federal government could certainly play the leadership role, but how do we get three territories, 10 provinces and the federal government in line to understand the seriousness of this type of issue that we're dealing with that has been really hidden for so long?

Ms. Hansen: I think part of that is strong federal leadership and showing how much of a priority government is placing on an issue to help compel all jurisdictions to come together to discuss the issue.

When the UN Committee Against Torture in December issued its recommendations to Canada, it was very clear and the committee was clear in the recommendations that Canada must report back within a year on steps taken to implement their recommendations. That's by December. Certainly, Canada is the duty bearer for the treaty and bears the responsibility to coordinate this response.

Rather than having a lack of transparency, as Sandeep said, around this working group that's been established, really strong, bold federal leadership, accepting responsibility for what has happened, saying we need to change this, it is imperative that we come together and this is what needs to happen will help to draw all jurisdictions in.

We need not only federal leadership, we need a strong response from Health Canada, because we want to make sure we don't have a patchwork of different responses across the country so that depending on where you're sterilized determines the response that you're going to receive from the government and from health care bodies. We want to make sure that when we're saying that this is how we obtain free, full and informed consent in the public health care system in Canada, those guidelines on

que ce serait des facteurs importants à examiner également dans le cadre de cette étude.

La sénatrice Hartling : Merci beaucoup de vos réponses à tous les deux.

La vice-présidente : Vous avez parlé du rôle que pourraient jouer deux ministères et peut-être davantage. Ceux de la Santé et de la Justice viennent tout de suite à l'esprit. Je crois que l'un de vous deux a indiqué espérer que l'on en vienne à apporter ces changements sans y être contraint, mais il arrive que la force dissuasive des lois soit nécessaire pour que les gens rendent compte de leurs actes.

Au Canada, bien évidemment, il y a également un problème de partage des compétences entre les provinces et le fédéral qui entre en jeu pour notre système de soins de santé. Je présume que le gouvernement fédéral pourrait sans doute prendre l'initiative en la matière, mais j'aimerais savoir comment nous pourrions mobiliser de concert les 3 territoires, les 10 provinces et le fédéral afin que tous comprennent la gravité de cette problématique qui a été vraiment camouflée pendant si longtemps.

Mme Hansen : Je pense qu'il faut notamment que le gouvernement fédéral exerce son leadership avec toute la fermeté voulue en montrant bien que cet enjeu figure au rang de ses priorités de telle sorte que les autres gouvernements n'aient d'autre choix que de lui emboîter le pas en vue d'une concertation dans ce dossier.

Lorsque le Comité des Nations Unies contre la torture a fait part de ses recommandations en décembre dernier, il a indiqué très clairement qu'il laissait un maximum d'une année au Canada pour faire rapport des mesures prises pour y donner suite. L'échéance est donc fixée à décembre prochain. Il va de soi que le Canada doit assumer les responsabilités découlant du traité et assurer la coordination des efforts déployés pour donner suite à ces recommandations.

Il faut éviter ce manque de transparence entourant le groupe de travail qui a été créé, comme l'indiquait Sandeep, pour plutôt tabler sur le leadership bien senti d'un gouvernement fédéral qui accepte la responsabilité de ce qui est arrivé, et admet que des changements s'imposent et qu'une concertation est nécessaire. C'est ainsi que l'on pourra obtenir la contribution de tous les ordres de gouvernement.

Non seulement le gouvernement fédéral doit-il exercer son leadership, mais il nous faut aussi une réponse très claire de Santé Canada de manière à éviter une mosaïque de solutions différentes à la grandeur du pays. Il ne faut pas que la réponse que vous allez recevoir du gouvernement et des autorités sanitaires varie suivant l'endroit où se fait la stérilisation. Nous voulons nous assurer que la marche à suivre pour obtenir un plein consentement, donné librement et en connaissance de cause

how free, full and informed consent is obtained are consistent across all jurisdictions across Canada.

The reason and the need for the federal role is really clear. How government prioritizes the issue will help to compel other jurisdictions to get involved in a meaningful way.

Mr. Prasad: Absolutely. I fully agree with what my colleague has said in response to your question, Senator Cordy.

I would add that, in addition to federal leadership, it's federal ownership over the health system in this country. I think that's key, the federal government and Health Canada recognizing that they have a key role to play in setting out standards and guidelines, as Ms. Hansen said, in terms of, in this case, what is involved in obtaining free and informed consent each and every time a health care provider is with a patient, and making sure that is clear across the country and that you would do that through a national action plan that has provincial and territorial buy-in and support.

The Deputy Chair: Ms. Hansen, you gave examples of non-Indigenous women who have been sterilized and we know that happens in Canada as well. From a lot of the reading that I've done and the witnesses that we heard earlier today, certainly the Indigenous women are very much at risk and the federal government has responsibility for Indigenous health. Although I know it gives it to the province, they ultimately have the responsibility, as they do with the prison system, going back to Senator Pate's questions earlier. They are the main person with those two particular groups.

Senator Boyer: I just want to go back to the scope a little bit. It would be going back to the UN Committee Against Torture. When you made your submissions, you had said, in Canada, Afro descendants, immigrants, Indigenous people, poor people and promiscuous women, among others, have been called feeble-minded and sterilized as a result. Can you elaborate on that? We've heard about the Indigenous women recently — four months ago — being sterilized and it is probably still happening. Do you believe these groups are being sterilized to date, and why do you say so?

Ms. Hansen: That was your submission.

Senator Boyer: I just want to frame the scope a little bit.

soit la même au sein des systèmes de santé de toutes les régions du Canada.

Il n'y a aucun doute que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer. C'est en priorisant comme il se doit cet enjeu qu'il incitera les autres ordres de gouvernement à apporter une contribution significative dans la recherche de solutions.

M. Prasad : Je suis tout à fait d'accord avec la réponse que ma collègue vient de vous donner, sénatrice Cordy.

J'ajouterais qu'en plus d'exercer son leadership, le gouvernement fédéral doit s'approprier la responsabilité du système de santé au Canada. Il est essentiel que le gouvernement fédéral et Santé Canada reconnaissent le rôle important qu'ils ont à jouer dans l'établissement de normes et de lignes directrices permettant, comme le disait Mme Hansen, de connaître dans le cas qui nous intéresse les conditions à remplir pour obtenir un consentement libre et éclairé toutes les fois qu'un pourvoyeur de soins interagit avec une patiente. Il faut en outre que tout cela soit très clair dans l'ensemble du pays, ce qui exige la mise en œuvre d'un plan d'action national avec l'adhésion et le soutien des provinces et des territoires.

La vice-présidente : Madame Hansen, vous nous avez donné des exemples de femmes non autochtones qui ont été stérilisées et nous savons que cela arrive au Canada également. Reste quand même, à la lumière de tout ce que j'ai pu lire et des témoignages que nous avons entendus tout à l'heure, que les femmes autochtones sont certes très à risque et que le gouvernement fédéral est responsable de la santé des Autochtones. Bien qu'il y ait une certaine forme de délégation au bénéfice des provinces, le fédéral demeure responsable au bout du compte, comme il l'est également pour le système carcéral, pour revenir aux questions posées tout à l'heure par la sénatrice Pate. Le fédéral est le principal responsable dans ces deux secteurs.

La sénatrice Boyer : J'aimerais que l'on parle à nouveau de l'ampleur du problème. Je veux revenir au Comité des Nations Unies contre la torture. Vous avez indiqué qu'au Canada les femmes d'ascendance africaine, les immigrantes, les femmes autochtones, les femmes pauvres et les femmes aux mœurs légères font partie de celles qui ont été considérées faibles d'esprit et par conséquent stérilisées. Pourriez-vous nous en dire plus long à ce sujet? Nous avons appris que des femmes autochtones avaient été stérilisées il y a quatre mois à peine, et cette pratique a probablement toujours cours au moment où l'on se parle. Croyez-vous que les femmes de ces groupes sont encore stérilisées de force et, si tel est le cas, pour quelle raison?

Mme Hansen : C'était votre mémoire.

La sénatrice Boyer : J'essaie simplement de cerner un peu mieux la portée du problème.

Mr. Prasad: Our answer is very much rooted in the history of this practice in terms of who has disproportionately been targeted by practices of forced sterilization throughout history. The cases which have emerged in the last many months are, from our perspective, the tip of the iceberg in terms of what we believe is actually out there, once we start investigating and asking rights holders about their experiences in these settings.

Ms. Hansen: Similarly, our experience has been in other countries that, in addition to Indigenous women, there are often other groups, because of various forms of marginalization and discrimination, who may be disproportionately targeted. I think it's useful to keep that in mind, recognizing these histories and the experiences of other countries when applying research and investigation to the Canadian context.

It appears that that it's disproportionately Indigenous women who are impacted. That doesn't mean there aren't other people in this country who have also been impacted by this practice.

Senator Boyer: Would you say a commonality would be poverty?

Ms. Hansen: I would say it would be marginalization.

Senator Boyer: Okay. Thank you.

Senator Bernard: My apologies for not being here earlier. I was actually attending Autism on the Hill, another issue of national relevance and significance where not enough is being done. Forgive me if the question I'm about to ask is one that you've already addressed.

When this topic was first presented to the committee, the focus was on Indigenous women and we've certainly heard and know that there are major concerns around Indigenous women and forced sterilization. Through looking at this study, I was reminded of some findings of a research project that I did in my former life as an academic. Some colleagues and I were doing research back in the 2002-07 time frame with African-Nova Scotian women in rural communities, looking at their experiences with health care and their access to health-care services.

I was just reminded of one of the findings that many of the team members found disturbing, and that was the majority of the African-Nova Scotian women in one particular rural community had had hysterectomies. In one family, they found that a mother and all of her three or four daughters had hysterectomies. When we tried to further understand the reasons for the hysterectomies, the women who were directly involved and had had these hysterectomies did not know why, which would lead one to think it was an issue of uninformed consent.

M. Prasad : Nous nous sommes fondés en grande partie sur l'historique des groupes disproportionnellement ciblés en matière de stérilisation forcée. À notre avis, les cas qui ont fait les manchettes au cours des derniers mois ne représentent que la pointe de l'iceberg par rapport à l'idée que l'on peut se faire de l'ampleur véritable du problème lorsqu'on commence à interroger les détentrices de droits concernant leurs expériences dans ce contexte.

Mme Hansen : Nous avons également pu observer dans d'autres pays qu'outre les femmes autochtones, il y a également celles d'autres groupes, victimes de différentes formes de marginalisation et de discrimination, qui peuvent être ciblées de façon disproportionnée. J'estime qu'il est important de garder à l'esprit ces expériences vécues par les femmes ailleurs dans le monde lorsque vient le temps d'enquêter sur la situation dans le contexte canadien.

Il semble que le problème touche de façon disproportionnée les femmes autochtones. Il ne faut toutefois pas en conclure qu'il n'y a pas d'autres Canadiennes qui ont été victimes de cette pratique.

La sénatrice Boyer : Diriez-vous que le dénominateur commun est la pauvreté?

Mme Hansen : Je dirais que c'est la marginalisation.

La sénatrice Boyer : D'accord. Merci.

La sénatrice Bernard : Je m'excuse de n'avoir pas pu être ici avant. Je participais à l'événement L'autisme sur la Colline, un autre enjeu d'importance nationale sur lequel nous n'en faisons pas assez. Pardonnez-moi si vous avez déjà répondu à la question que je m'apprête à vous poser.

Quand ce sujet a été présenté au comité pour la première fois, l'accent a été mis sur les femmes autochtones, et nous avons évidemment entendu parler du grave problème de la stérilisation forcée de femmes autochtones. Cette étude m'a rappelé les conclusions d'un projet de recherche que j'ai mené pendant mon ancienne carrière universitaire. Quelques collègues et moi avons mené une recherche entre 2002 et 2007 sur les femmes néo-écossaises d'origine africaine vivant dans les régions rurales et leur expérience des soins de santé, leur accès aux soins de santé.

Je me suis rappelé l'une des conclusions que beaucoup de membres de l'équipe avaient trouvée troublante, c'est-à-dire que la majorité des femmes néo-écossaises d'origine africaine d'une petite ville rurale en particulier avaient subi une hystérectomie. Dans une même famille, la mère et ses trois ou quatre filles avaient subi une hystérectomie. Quand nous avons essayé d'en comprendre les raisons, les femmes directement touchées, qui avaient subi ces hystérectomies, ne savaient pas pourquoi elles les avaient subies, ce qui peut porter à croire qu'il y avait là un problème de consentement non éclairé.

Could you give us some direction in terms of whether the scope of this national study could uncover some of those other practices around the country as well? If we were going to look at some of those practices, would you have some suggestions for how we might do that?

Ms. Hansen: I think what you've just outlined indicates precisely why further investigation is so badly needed. I also think it really underscores the need for a trauma-informed, survivor-centred approach to any such investigation. It's one of those things that you have to have a sense of who may have been disproportionately impacted to know where to reach out, what questions to ask, who is best-placed to do that work, and how to centre the work on the people who have likely been impacted.

Right now we're all ending up with the information that we know from various pieces of work and bringing that together and asking how this can be done in a trauma-informed, systematic way, that will make sure that we're not just focusing on one group, but we're able to understand the many nuances and complexities of this practice in Canada.

It doesn't surprise me that this has happened, but it's something that I have not read about and that I don't know a lot about. I suspect there are a lot more stories like you've just shared from across Canada. I think considerable thought will need to go into how to structure an investigation so those people will have the trust and the confidence to come forward and share those truths.

Mr. Prasad: Senator Bernard, to add to my colleague's reply, I think part of the process of investigation is really about asking, in each and every case, what could have happened differently to ensure that this did not happen. When you compile that information, you probably will have a series of legislative and policy responses that are necessary to ensure non-repetition, as well as better defining and clarifying the standard of practice when it comes to informed consent and holding providers to that in each and every case. That definitely has to be part of a national action plan.

Senator Bernard: Thank you. I'm assuming the issue of disabilities has come up as well and women with disabilities are also included in that over-representation of women who have been sterilized without full, informed consent. Has that come up here already?

The Deputy Chair: It was touched on briefly in the previous panel.

Senator Bernard: Thank you.

Pouvez-vous nous orienter un peu et nous dire si vous croyez que la portée de cette étude nationale nous permettra de découvrir d'autres pratiques du genre au pays? Si nous devions les examiner, auriez-vous des angles d'approche à nous suggérer?

Mme Hansen : Je pense que l'exemple que vous venez de nous donner illustre parfaitement pourquoi nous avons tellement besoin d'enquêter davantage. Je pense qu'il met aussi vraiment en évidence la nécessité d'adopter une approche axée sur les survivantes et de tenir compte des traumatismes vécus. C'est le genre de contexte où il faut avoir une idée des personnes susceptibles d'être les plus touchées par le problème pour savoir où chercher, quelles questions poser, qui est le mieux placé pour faire le travail et comment faire en sorte qu'il soit vraiment axé sur les personnes les plus probablement touchées.

En ce moment, nous sommes tous en train de rassembler l'information tirée des divers travaux réalisés sur le sujet pour déterminer comment nous pouvons procéder pour étudier la question de façon systématique, mais en étant sensibles aux traumatismes et pour comprendre toutes les nuances et les complexités de ce phénomène au Canada, sans nous concentrer sur seulement un groupe en particulier.

Je ne suis pas étonnée que ce soit arrivé, mais je n'ai jamais lu sur le sujet et je ne suis pas très au courant non plus. Je soupçonne qu'il y a beaucoup d'histoires comme celles que vous venez de raconter au Canada. Je pense qu'il faudra réfléchir attentivement à la structure à donner à l'enquête pour que ces personnes se sentent assez en confiance pour nous faire part de leur vérité.

M. Prasad : Sénatrice Bernard, pour ajouter à la réponse de ma collègue, je pense qu'une partie de l'enquête devra vraiment consister à nous demander, dans chaque cas, ce qui aurait pu être fait différemment pour que cela n'arrive pas. Quand on aura compilé toute l'information, il y aura probablement toute une série de réponses législatives et politiques nécessaires pour que l'histoire ne se répète pas. Il faudra aussi probablement mieux définir la norme entourant le consentement éclairé et trouver une façon de veiller à ce que les fournisseurs la respectent dans tous les cas. Cela devra assurément faire partie d'un plan d'action national.

La sénatrice Bernard : Merci. Je présume que la question des personnes handicapées, des femmes en particulier, se pose aussi et que ces femmes sont surreprésentées parmi celles à avoir été stérilisées sans y avoir donné leur plein consentement éclairé. Est-ce qu'on en a déjà parlé?

La vice-présidente : Le groupe de témoins précédent en a parlé brièvement.

La sénatrice Bernard : Merci.

Senator Boyer: Ms. Hansen, I have a question for you. It is something we had briefly talked about in our previous meeting. Can you talk about some international examples of forced or coerced sterilization where, in your opinion, there have been proper reparations made? Can you elaborate a little bit on what those reparations were, how they came to be, and where the women are at now?

Ms. Hansen: I think Peru would be the best example in terms of this being something that affected hundreds of thousands of women. It was a state-run, family-planning program that happened over the course of a decade.

I would encourage this committee to hear from Maria Ysabel Cedano Garcia from DEMUS, an organization in Peru. She is one of the leading activists who has been working with survivors and accompanying them on the path to justice. She's going to be in Ottawa from April 29 to May 1. If there was an opportunity for her to appear before this committee, I know she would be keen to.

There's no way I can characterize the work in the way that she would, but I certainly think there's a lot that we could learn from the Peruvian experience, both in terms of things that have been good and things that have been a challenge.

One thing that has been an enormous challenge in the Peruvian case is holding responsible the masterminds behind this family-planning program. Holding accountable the people who devised this is something that's been 15 years in coming and still isn't quite there. There's been some movement, but that's been one of the biggest challenges.

One thing that has been positive in some ways has been having a registry for survivors, so they can come forward and be registered. There are various processes and access to things linked to that. One of the challenges is how that's communicated to Indigenous women living in rural and remote communities who may speak Quechua and not Spanish, for example, so that they are aware of some of the possible avenues they could access for support and reparations.

I think there were some lessons learned, good and bad, from the Peruvian experience that would be useful to look into. I think it's the country where this has been the most systematic approach to dealing with the issue. I want to emphasize it's still very much in progress and less than perfect, but it could provide some inspiration for some approaches in Canada.

Senator Boyer: Has that example gone outside of the scope of Indigenous women? Has it included others?

La sénatrice Boyer : Madame Hansen, j'ai une question pour vous. Nous avons effleuré le sujet à la séance précédente. Pouvez-vous nous donner des exemples de stérilisation forcée ou coercitive ailleurs dans le monde, où à votre avis, des mesures de réparation adéquates ont été prises? Pouvez-vous nous les décrire un peu, nous expliquer comment elles ont été mises en place et où en sont les femmes touchées maintenant?

Mme Hansen : Je pense que le meilleur exemple serait celui du Pérou, qui a touché des centaines de milliers de femmes dans le cadre d'un programme de planification des naissances administré par l'État pendant une dizaine d'années.

J'encouragerais le comité à entendre Maria Ysabel Cedano Garcia, de DEMUS, une organisation péruvienne. C'est l'une des principales défenseures des survivantes qui les accompagne sur la voie de la justice. Elle sera à Ottawa du 29 avril au 1er mai. Si vous avez l'occasion de l'inviter à comparaître devant le comité, je sais qu'elle serait prête à le faire.

Je ne pourrais absolument pas vous décrire ce travail comme elle le ferait elle-même, mais je suis convaincue que nous pourrions beaucoup apprendre de l'expérience péruvienne, de toutes les bonnes choses qui ont été faites comme des difficultés que le pays a connues.

L'un des défis les plus énormes dans cette affaire, au Pérou, c'est d'en tenir responsables les stratèges à l'origine de ce programme de planification des naissances. On attend depuis déjà 15 ans que les personnes qui ont imaginé ce programme soient tenues responsables de leurs actes, mais nous n'y sommes pas encore tout à fait. Il y a des avancées, mais c'est l'un des plus grands défis.

L'un des éléments positifs, d'une certaine façon, c'est qu'on a mis en place un registre des survivantes, pour qu'elles puissent s'enregistrer. Il y a différentes mesures qui ont été mises en place, et le registre leur donne accès à tout cela. L'une des difficultés est la communication avec les femmes autochtones des communautés rurales et éloignées susceptibles de parler la langue quechua plutôt que l'espagnol, par exemple, pour qu'elles soient au courant des services de soutien et des indemnités auxquelles elles pourraient avoir droit.

Je pense qu'il y a de bonnes et de mauvaises leçons à tirer de l'expérience péruvienne, qu'il serait utile d'étudier. Je pense que c'est le pays à avoir abordé la chose de la façon la plus systématique. Je rappelle que cette histoire n'est pas terminée et qu'elle est loin d'être parfaite, mais elle pourrait nous inspirer des pistes de solution pour le Canada.

La sénatrice Boyer : Cette affaire a-t-elle touché d'autres femmes que des femmes autochtones? A-t-elle fait d'autres victimes?

Ms. Hansen: It has. It has primarily been Indigenous women, but there have also been some other poor rural women, *campesinas*, who were sterilized without their consent, as well as some men.

Senator Boyer: What about trans people?

Ms. Hansen: That's a good question. Not to my knowledge. I don't know the answer to that, but we know that in a number of countries, including a number of northern European countries, sterilization is mandatory for many trans people to legally change their identity documents, and this is something we've been advocating against.

Senator Boyer: Is there a film that has been produced that has been released on this topic?

Ms. Hansen: There certainly has. There is a film named *Ama* that came out in December. It was produced by some British filmmakers and centres around stories of survivors in the U.S., primarily Navajo women. I have to admit that when I watched the documentary, it was exactly the stories that Alisa was sharing about the clients she represents. There really was no difference. This is something that has been acknowledged in the U.S. as a widespread practice that is probably still ongoing, and it also isn't receiving the attention in that country that it deserves.

Senator Boyer: Thank you.

The Deputy Chair: I would like to thank you so much for being here, Ms. Hansen and Mr. Prasad. You've brought an international flavour to our discussion, but at the same time you focused on what we should be doing within Canada to make thing better and to make changes. You've contributed to all of our knowledge here today. Thank you so much for being with us.

Honourable senators, before we adjourn, I'd like to mention that next Wednesday, April 10, our committee will continue to study the subject of coercion and forced sterilization and our witnesses will be representatives from three Indigenous and Inuit women's organizations, so it should be very interesting.

(The committee adjourned.)

Mme Hansen : Ce sont surtout des femmes autochtones qui en ont été victimes, mais il y a aussi d'autres femmes pauvres des régions rurales, des *campesinas*, qui ont été stérilisées sans leur consentement, de même que quelques hommes.

La sénatrice Boyer : Des personnes transgenres?

Mme Hansen : Bonne question. Pas à ma connaissance. Je ne connais pas la réponse à cela, mais nous savons que dans bien des pays, y compris dans certains pays de l'Europe du Nord, la stérilisation est obligatoire pour beaucoup de personnes transgenres désireuses de modifier leurs pièces d'identité, et c'est une chose contre laquelle nous nous élevons.

La sénatrice Boyer : Y a-t-il un film qui a été produit et diffusé sur le sujet?

Mme Hansen : Tout à fait. Il y a un film intitulé *Ama* qui est sorti en décembre. Il a été produit par des réalisateurs et des centres britanniques, qui y racontent l'histoire de survivantes aux États-Unis, principalement de femmes navajo. Je dois admettre que quand j'ai regardé ce documentaire, j'ai trouvé que leurs histoires correspondaient exactement à celles qu'Alisa entend des clientes qu'elle représente. Elles ne sont pas très différentes. Il est connu que c'était une pratique répandue aux États-Unis, qui a probablement toujours cours, et qui ne reçoit pas l'attention qu'elle mériterait dans ce pays.

La sénatrice Boyer : Merci.

La vice-présidente : J'aimerais vous remercier d'être venus vous entretenir avec nous, madame Hansen et monsieur Prasad. Vous avez donné une couleur internationale à notre discussion, mais en même temps, vous avez su mettre l'accent sur ce qu'il faut faire au Canada pour améliorer et changer les choses. Vous avez tous contribué à enrichir nos connaissances aujourd'hui. Je vous remercie infiniment d'avoir passé ce temps avec nous.

Honorables sénateurs, avant de lever la séance, j'aimerais mentionner que mercredi prochain, le 10 avril, notre comité poursuivra son étude sur la coercition et la stérilisation forcée, puis que nous entendrons le témoignage de représentantes de trois organisations de femmes autochtones et inuites, donc ce devrait être très intéressant.

(La séance est levée.)

WITNESSES

Wednesday, March 20, 2019

UCCO-SACC-CSN:

Jason Godin, National President;

Éric Thibault, National Vice-President.

Wednesday, April 3, 2019

As individuals:

Alisa Lombard, Lawyer and Partner, Semaganis Worme Lombard;

Karen Stote, Author and Assistant Professor, Women and Gender Studies Program, Wilfrid Laurier University.

Amnesty International:

Jackie Hansen, Gender Rights Campaigner.

Action Canada for Sexual Health and Rights:

Sandeep Prasad, Executive Director.

TÉMOINS

Le mercredi 20 mars 2019

UCCO-SACC-CSN :

Jason Godin, président national;

Éric Thibault, vice-président national.

Le mercredi 3 avril 2019

À titre personnel :

Alisa Lombard, avocate et associée,, Semaganis Worme Lombard;

Karen Stote, écrivaine et professeure adjointe, Programme d'études des femmes et de genre, Université Wilfrid Laurier.

Amnistie internationale :

Jackie Hansen, responsable de la campagne pour les droits des femmes.

Action Canada pour la santé et les droits sexuels :

Sandeep Prasad, directeur exécutif.