



LES CICATRICES QUE NOUS PORTONS :

LA STÉRILISATION FORCÉE
ET CONTRAINTE DE PERSONNES
AU CANADA - PARTIE II



SÉNAT | SENATE
CANADA

Rapport du Comité sénatorial permanent des droits de la personne

L'honorable Salma Ataullahjan, *présidente*

L'honorable Wanda Thomas Bernard, *vice-présidente*

JUILLET 2022

Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada - Partie II



SÉNAT | SENATE
CANADA

Renseignements :

Par courriel : RIDR@sen.parl.gc.ca

Par la poste : Comité sénatorial permanent des droits de la personne
Sénat, Ottawa (Ontario) Canada, K1A 0A4

Le rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante : www.sencanada.ca

Le Sénat est présent sur Twitter : @SenateCA, suivez le comité à l'aide du mot-clic #RIDR

This report is also available in English.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	4
MEMBRES DU COMITÉ.....	5
ORDRE DE RENVOI	6
RÉSUMÉ	7
Introduction	8
La situation au Canada.....	10
Contexte historique	10
Témoignages des survivantes.....	12
Déséquilibre du pouvoir et vulnérabilité pendant les interventions non consentuelles.....	12
Racisme et discrimination.....	19
Répercussions de la stérilisation.....	22
Cadre juridique et intervention fédérale.....	25
Droit international et appels à l'action de la part du Canada	25
Infractions criminelles au Canada.....	27
Mesures fédérales de lutte contre la stérilisation forcée et contrainte	27
Questions clés et solutions	29
Responsabilisation	29
Reconnaissance et dédommagement	31
Processus de consentement et éducation.....	33
Professionnels de la santé autochtones, noirs et racialisés	36
Collecte de données.....	39
Liste complète des recommandations	41
Conclusion.....	44
ANNEXE A – Témoins	45
ANNEXE B – À propos de l'artiste	46

REMERCIEMENTS

Le Comité sénatorial permanent des droits de la personne (le Comité) tient à exprimer toute sa gratitude aux témoins qui se sont présentés dans le cadre de la deuxième partie de son étude sur la stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada.

Alors que des témoins experts ont permis au Comité de mieux comprendre le contexte entourant la stérilisation forcée et contrainte ainsi que ses répercussions, des survivantes de cette pratique ont livré des témoignages difficiles et courageux en décrivant sans détour la barbarie de la pratique, ainsi que les souffrances et la perte de confiance en soi qui ont résulté des actes que ces femmes ont subis dans des moments de très grande vulnérabilité.

Le Comité a été ému par leurs histoires et inspiré par leur résilience et leur force.

MEMBRES DU COMITÉ

L'honorable sénatrice Salma Ataullahjan, *présidente*

L'honorable sénatrice Wanda Thomas Bernard, *vice-présidente*

L'honorable sénatrice Michèle Audette (jusqu'à juin 2022)

L'honorable sénatrice Yvonne Boyer

L'honorable sénatrice Amina Gerba

L'honorable sénatrice Nancy J. Hartling

L'honorable sénatrice Yonah Martin

L'honorable sénatrice Ratna Omidvar

Membrane d'office du comité :

L'honorable sénateur Marc Gold, c.p., ou Raymonde Gagné

L'honorable sénateur Donald Plett ou Yonah Martin

Autres sénateurs ou sénatrices ayant participé à l'étude :

L'honorable David Arnot

L'honorable Brian Francis

L'honorable Peter Harder, c.p.

L'honorable Frances Lankin, c.p.

L'honorable Kim Pate

L'honorable David Wells

Services d'information, d'éducation et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement :

Robert Mason, analyste

Brendan Naef, analyste

Direction des comités du Sénat :

Sébastien Payet, greffier du comité

Barbara Reynolds, greffière à la procédure

Marc-André Lanthier, adjoint administratif

Adam Thompson, greffier du comité (25 avril 2022)

Martine Willox, adjointe administrative (avril - mai 2022)

Direction des communications du Sénat :

Ben Silverman, agent de communications, Comités

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 3 mars 2022 :

L'honorable sénatrice Ataullahjan propose, appuyée par l'honorable sénateur Wells,

Que le Comité sénatorial permanent des droits de la personne, conformément à l'article 12-7(14) du Règlement, soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, les questions qui pourraient survenir concernant les droits de la personne en général;

Que le comité soumette son rapport final au Sénat au plus tard le 12 juin 2025.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier intérimaire du Sénat,

Gérald Lafrenière

RÉSUMÉ

La stérilisation est une intervention chirurgicale visant à empêcher la conception. Elle est forcée ou contrainte lorsqu'elle est pratiquée sans le consentement libre, préalable et éclairé de la patiente.

Le Canada a une longue histoire de stérilisation forcée et contrainte. Pendant une grande partie du XX^e siècle, il y avait des lois et des politiques gouvernementales visant explicitement à réduire les naissances dans les communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits, dans les communautés noires ainsi que chez les personnes présentant des vulnérabilités multiples liées à la pauvreté, à la race et à la déficience. Bien que ces lois et politiques eugéniques aient été abrogées, les idées racistes et discriminatoires qui les ont inspirées sont toujours présentes dans la société canadienne, et la stérilisation forcée et contrainte est toujours pratiquée.

Au début de 2019, le Comité sénatorial permanent des droits de la personne (le Comité) a entrepris une étude sur l'ampleur du problème de la stérilisation forcée et contrainte des personnes au Canada, entendant à cette fin des spécialistes et des représentants de groupes de la société civile. En 2022, le Comité a reçu d'autres témoignages à ce sujet, notamment de plusieurs survivantes qui ont courageusement raconté leur histoire.

La pratique de la stérilisation forcée ou contrainte ne tient pas seulement à notre passé lointain, et les lois et politiques doivent être modifiées pour empêcher que d'autres personnes soient victimes de cette pratique odieuse. Le présent rapport met en lumière les expériences et points de vue des survivantes et propose des solutions qui, selon le Comité, doivent être mises en place de toute urgence pour mettre fin à cette pratique inacceptable.

Introduction

La stérilisation forcée et contrainte est une pratique odieuse qui se poursuit encore au Canada. Elle est contraire au droit canadien et international, et il faut y mettre fin.

On reconnaît de plus en plus la gravité et l'ampleur du problème au Canada. En 2015, des reportages des médias sur la stérilisation forcée et contrainte ont amené la régie régionale de la santé de Saskatoon à mandater un examen externe. Terminé en 2017, cet examen a donné lieu à des appels à l'action en matière de soutien et de réparation, de formation et d'éducation sur la culture, et de réforme des lois et des politiques¹. D'autres reportages et des recours collectifs en cours ont permis de recenser d'autres cas. À l'échelle internationale, le Comité contre la torture des Nations Unies (ONU), la Commission interaméricaine des droits de l'homme et deux rapporteurs spéciaux de l'ONU ont exhorté le Canada à agir de manière concrète dans ce dossier.

En 2019, le Comité sénatorial permanent des droits de la personne (le Comité) a entrepris une étude sur l'étendue et l'ampleur de la stérilisation forcée et contrainte des personnes au Canada. Le Comité a entendu plusieurs spécialistes et représentants de groupes de la société civile dans le but de se faire une idée préliminaire de la question, afin de mener une étude plus en profondeur lors d'une prochaine session parlementaire.

En juin 2021, le Comité a publié son premier rapport, dans lequel il constate que la stérilisation forcée et contrainte est clairement toujours pratiquée au Canada et qu'il s'agit d'un problème qui n'est pas assez signalé et dont le nombre de cas est sous-estimé. Le Comité s'est également dit préoccupé par l'impact disproportionné de cette pratique sur les groupes marginalisés et vulnérables au Canada, y compris les femmes autochtones, les femmes noires et racialisées, les personnes handicapées, les enfants intersexués et les personnes institutionnalisées.

Le Comité a recommandé que la question soit étudiée plus en profondeur, notamment pour entendre les survivantes dans un cadre qui tient compte de leur culture et traumatismes, et pour finalement formuler des recommandations quant à la manière de mettre fin à la stérilisation forcée et contrainte au Canada.

En 2022, le Comité a poursuivi son examen de la question conformément à son ordre de renvoi l'autorisant « à examiner, pour en faire rapport, les questions qui pourraient survenir concernant les droits de la personne en général² ».

¹ Yvonne Boyer et Judith Bartlett, *External Review: Tubal Ligation in the Saskatoon Health Region: The Lived Experience of Aboriginal Women*, 22 juillet 2017.

² Sénat du Canada, *Journaux du Sénat*, 3 mars 2022.

Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada - Partie II

Dans le cadre de cet examen, le Comité a tenu quatre réunions et entendu 19 témoins, dont neuf se sont identifiées comme survivantes.

Le présent rapport donne un aperçu des constatations du Comité et énonce les recommandations que le Comité juge nécessaires de suivre pour mettre fin à cette pratique odieuse au Canada. Le rapport se divise en trois grandes sections. La première section présente un bref historique de la stérilisation forcée et contrainte au Canada, suivi d'un sommaire des témoignages des survivantes. La deuxième section décrit le cadre juridique et les interventions fédérales à cette question. La troisième propose une analyse des aspects stratégiques clés nécessitant des solutions, notamment en ce qui concerne l'indemnisation des survivantes et la responsabilisation, la réforme du processus d'obtention du consentement et l'éducation, le soutien aux professionnels autochtones, noirs et racialisés du domaine de la santé, et l'amélioration de la collecte de données en vue de mieux éclairer les futures interventions législatives et stratégiques. Le rapport se termine par une liste complète des recommandations du Comité.

La situation au Canada

Contexte historique

La stérilisation forcée et contrainte ne date pas d'hier au Canada. Elle a notamment été utilisée en tant que stratégie pour subjuguier et éliminer les populations des Premières Nations, de Métis et d'Inuits. L'Enquête nationale sur les femmes autochtones disparues et assassinées a souligné que des politiques officielles de stérilisation ont été mises en place dans les années 1920 dans le cadre du mouvement eugénique, s'inscrivant dans une politique de génocide ciblant les peuples autochtones³. Lors de son témoignage devant le Comité, Alisa Lombard (avocate, Lombard Law) et plusieurs survivantes étaient en accord avec cette caractérisation de l'histoire de la stérilisation forcée et contrainte au Canada⁴.

D^r Evan Adams (médecin en chef adjoint de la santé publique, Services aux Autochtones Canada) a déclaré que « [p]our les femmes autochtones en particulier, la stérilisation forcée et contrainte est un acte de sexisme, de racisme et de génocide culturel ancré dans la colonisation et le paternalisme⁵ ». D^{re} Karen Stote (écrivaine et professeure adjointe, Programme d'études des femmes et de genre, Université Wilfrid Laurier) a mentionné des documents historiques selon lesquels environ 1 150 femmes du Nord du Canada et femmes traitées dans des hôpitaux fédéraux pour Autochtones auraient été stérilisées⁶.

Madeleine Redfern (présidente, Amautiit Nunavut Inuit Women's Association) a parlé plus en détail de cette étude et plus particulièrement de ce qu'elle révèle des expériences des femmes inuites :

Dans une enquête réalisée dans les années 1970, il a été établi que des centaines de femmes autochtones provenant de 52 collectivités nordiques avaient été stérilisées. Grâce à ses recherches, [D^{re}] Karen Stote, professeure à l'Université Wilfrid Laurier, a pu déterminer, en examinant les dossiers historiques, qu'au moins 70 femmes inuites avaient fait l'objet d'une stérilisation. À Igloolik, 26 % des femmes âgées entre 30 et

³ Enquête nationale sur les femmes autochtones disparues et assassinées, [Réclamer notre pouvoir et notre place : Le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées](#), Volume 1a, 2019, p. 57, 288 et 2897; Enquête nationale sur les femmes autochtones disparues et assassinées, [Rapport supplémentaire – Génocide](#), 2019.

⁴ Comité sénatorial permanent des droits de la personne (RIDR), [Témoignages](#), 25 avril 2022 (Alisa Lombard, avocate, Lombard Law, à titre personnel).

⁵ RIDR, [Témoignages](#), 25 avril 2022 (D^r Evan Adams, médecin en chef adjoint de la santé publique, Services aux Autochtones Canada).

⁶ RIDR, [Témoignages](#), 3 avril 2019 (D^{re} Karen Stote, écrivaine et professeure adjointe, Programme d'études des femmes et de genre, Université Wilfrid Laurier, à titre personnel).

50 ans avaient été stérilisées. À Naujaat, anciennement connu sous le nom de Repulse Bay, près de 50 % des femmes dans la tranche d'âge des 30 à 50 ans avaient été stérilisées. À Gjoa Haven, 31 % des femmes avaient été soumises à la stérilisation. Plus de 25 % des femmes à Chesterfield Inlet et à Kugaaruk avaient été stérilisées. Ce sont les seuls cas bien documentés, mais nous savons qu'il y en a eu beaucoup d'autres.

D'autres données provenant du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social révèlent qu'au moins 470 femmes inuites et autochtones ont été stérilisées en 1972 seulement. De plus, je m'en voudrais de ne pas reconnaître que certains hommes ont également subi des vasectomies et ont été stérilisés à leur insu ou sans leur consentement⁷.

Bien que les données disponibles indiquent que les femmes des Premières Nations, métisses et inuites ont été plus que d'autres la cible de politiques de stérilisation forcée et contrainte, le Comité a appris que les membres d'autres groupes vulnérables ont également été assujettis de manière disproportionnée à ces interventions, notamment les femmes noires et racialisées, les personnes handicapées, les enfants intersexués et les personnes institutionnalisées. Par exemple, dans un mémoire présenté au Comité, l'Association canadienne pour l'intégration communautaire et l'organisme Personnes d'abord au Canada souligne que les gouvernements de l'Alberta et de la Colombie-Britannique avaient, jusque dans les années 1970, des lois prévoyant la stérilisation sans consentement des personnes atteintes de déficience intellectuelle, en particulier les personnes vivant dans des institutions ou encore celles qui, en raison de leurs différences raciales, sexuelles, culturelles ou socioéconomiques, étaient considérées comme déviantes ou inaptes⁸.

Comme l'indique le rapport précédent du Comité, la stérilisation forcée et contrainte n'a pas pris fin lorsque ces lois et politiques explicites ont été abrogées⁹. Lors de sa comparution devant le Comité en 2019, D^{re} Josephine Etowa (professeure, Université d'Ottawa) a parlé de sa participation à un projet mené en 2002 portant sur la prestation de services de santé aux femmes noires dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse. La professeure Etowa a expliqué qu'après avoir examiné les données de l'étude, les membres de l'équipe ont remarqué que « l'hystérectomie revenait sans cesse sur le tapis lors des entretiens en profondeur menés auprès de 237 femmes¹⁰ ».

Ce constat a incité une des étudiantes de troisième cycle de la professeure Etowa à réaliser une étude de suivi sur les expériences de sept femmes noires ayant subi une hystérectomie pour des

⁷ RIDR, *Témoignages*, 9 mai 2022 (Madeleine Redfern, présidente, Amautiit Nunavut Inuit Women's Association).

⁸ RIDR, *Mémoire au Comité sénatorial permanent des droits de la personne* présenté par l'Association canadienne pour l'intégration communautaire et Personnes d'abord du Canada, 17 mai 2019.

⁹ RIDR, *La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada*, juin 2021.

¹⁰ RIDR, *Témoignages*, 15 mai 2019 (Dre Josephine Etowa, professeure, faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa).

problèmes de santé ne mettant pas leur vie en danger dans la municipalité régionale de Halifax. L'étude a révélé que ces femmes ne comprenaient pas vraiment pourquoi on avait pratiqué une telle intervention et que le « contexte socioculturel » des femmes noires avait eu une incidence considérable sur la manière dont elles avaient vécu leur hystérectomie¹¹.

Bien qu'incomplètes pour diverses raisons¹², les données historiques sur la stérilisation forcée et contrainte sont très troublantes et montrent que cette pratique ciblait surtout les femmes des Premières Nations, métisses et inuites, ainsi que les femmes noires et celles ayant de multiples vulnérabilités liées à la pauvreté, à la race et à la déficience.

Témoignages des survivantes

En partageant leurs histoires avec le Comité, les témoins qui se sont identifiées comme survivantes de la stérilisation forcée et contrainte ont décrit les graves conséquences de cette intervention sur leur santé physique et mentale, leurs relations, leurs familles et leurs communautés. Les prochaines sections contiennent des descriptions graphiques de la stérilisation forcée et contrainte. Leur contenu pourrait être troublant ou bouleversant, en particulier pour les personnes ayant subi des traumatismes.

Déséquilibre du pouvoir et vulnérabilité pendant les interventions non consentuelles

Toutes les survivantes ayant témoigné devant le Comité ont décrit des situations pour lesquelles une procédure de stérilisation a été poursuivie sans l'obtention de leur consentement libre, préalable et éclairé. Il est arrivé, par exemple, que certains membres du personnel médical demandent le consentement de la patiente à des moments inappropriés, qu'ils menacent même la patiente, qu'ils l'informent mal de la nécessité de l'intervention ou des effets de la stérilisation ou, voir même dans certains cas, qu'ils ne cherchent tout simplement pas à obtenir leur consentement.

Le 11 septembre 2001, Nicole Rabbit devait accoucher par césarienne au Royal University Hospital à Saskatoon, en Saskatchewan. Les mains attachées à ses côtés, elle a reçu une épidurale et de l'oxyde d'azote aux fins de l'intervention. Elle a raconté que « [l'] accouchement s'est déroulé normalement et nous avons accueilli notre fille Ali. Mon partenaire et moi étions très heureux¹³ ». Leur bonheur a cédé sa place à l'inquiétude lorsque les médecins et le personnel infirmier ont quitté la salle avec le bébé alors que M^{me} Rabbit était encore immobilisée.

¹¹ *Ibid.*

¹² Des témoins ont indiqué que certaines de ces raisons tiennent au fait que les personnes survivantes ne se manifestent pas à cause des traumatismes ou de la honte qui les habitent, ou parce qu'elles ne savent pas ce qui leur est arrivé ou ignorent leurs droits. Voir, par exemple, RIDR, [Témoignages](#), 10 avril 2019 (Melanie Omeniho, présidente, Les Femmes Michif Otipemisiwak).

¹³ RIDR, [Témoignages](#), 2 mai 2022 (Nicole Rabbit, à titre personnel).

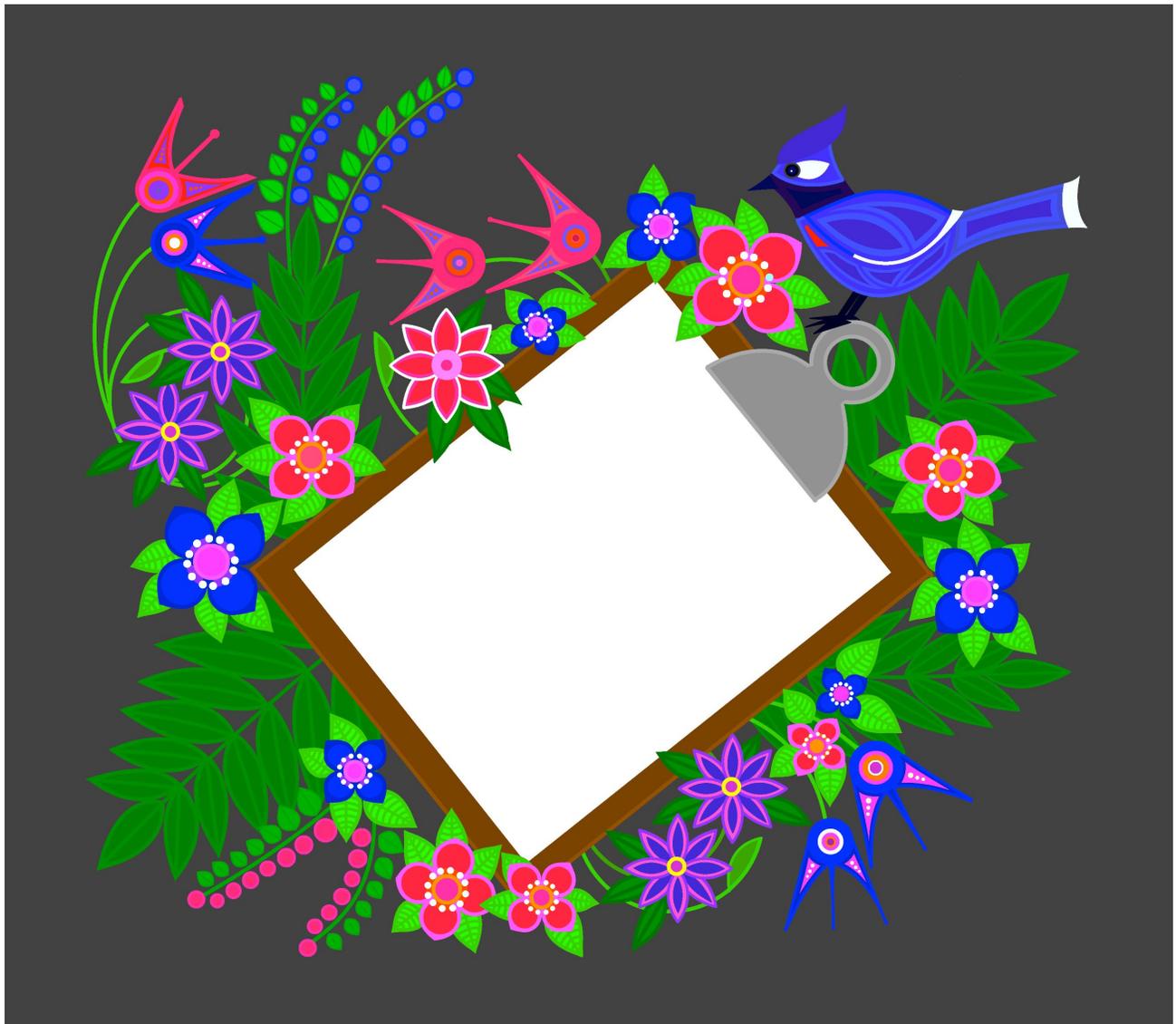


Figure 1 : *The Most Sacred Ceremony* (La Cérémonie la plus sacrée), Mars 2020

par Lisa Boivin

« La planche à pince représente le processus de consentement éclairé, la cérémonie la plus sacrée qui soit entre clinicien et patient. Au cours de cette cérémonie, les deux parties se retrouvent à égalité et définissent ensemble un plan clinique qui sera bénéfique pour le patient ou la patiente. J'ai donc ajouté un geai bleu, car il communique clairement et prudemment. Résolument épris de vérité et de justice, il chante les chansons les plus douces et nous encourage à avancer dans le bon sens. Les cliniciens doivent établir des relations égalitaires et sans coercition avec leurs patients, suivant un rigoureux processus de consentement éclairé. »

Des infirmières et des médecins sont revenus. Je pouvais les entendre parler. Mon partenaire, qui était assis à ma gauche près de ma tête, m'a dit que l'équipe médicale était regroupée à mes pieds. Une infirmière s'est alors approchée de moi à ma droite et m'a dit très fort que je ne pourrais pas avoir d'autre enfant, et qu'il valait mieux que je subisse une ligature des trompes. J'étais confuse et je regardais mon partenaire. L'infirmière s'est alors tournée vers lui et lui a dit : « Elle ne peut pas avoir d'autre

enfant. Il est dans son intérêt qu'elle subisse cette intervention. » Mon partenaire m'a répété ce que l'infirmière avait dit, et j'ai demandé alors si c'était réversible. Elle a répondu que oui.

Je n'ai pas eu le temps de réfléchir et je n'avais pas les idées claires. L'infirmière m'a dit que je devais prendre une décision. J'ai été contrainte de décider, toujours exposée, avec mon abdomen encore ouvert après la césarienne, et mes bras toujours attachés et engourdis. Je me suis crue obligée de dire oui.

Quelques instants plus tard, j'ai senti une odeur de brûlé et je me suis dit : « Est-ce qu'ils ont brûlé mes trompes? » Ensuite, le médecin a refermé la plaie.

Je faisais confiance à l'équipe médicale, mais j'ai su que quelque chose n'allait pas lorsque j'ai senti l'odeur de chair brûlée. Ce sont des étrangers, avec qui je n'avais jamais eu de contact, qui ont insisté pour que je subisse une ligature des trompes. L'équipe médicale a profité de moi dans un état de vulnérabilité.

...

Personne ne m'a demandé ce que je voulais. Personne ne m'a expliqué pourquoi j'avais apparemment besoin qu'on fasse cela, et je n'ai signé aucun formulaire. Je n'ai toujours pas une idée précise des options qui s'offraient à moi et des raisons pour lesquelles on m'a dit qu'il valait mieux me stériliser. Je sais maintenant que la stérilisation est irréversible.

Nicole Rabbit

Préférant l'anonymat, une autre survivante a raconté la naissance de son fils en 2018, alors qu'elle avait 24 ans. Elle a décrit à la fois sa vulnérabilité et sa confusion lorsque les médecins ont évoqué la possibilité d'une ligature des trompes alors qu'elle attendait de subir une césarienne pour son bébé en détresse, risquant un choc septique. Elle a expliqué qu'en raison de son état d'esprit à ce moment, elle était prête à consentir à la stérilisation si cela voulait dire qu'on procéderait plus rapidement à la césarienne et qu'on sauverait la vie de son enfant¹⁴.

Avant que l'on m'apporte les papiers à signer [pour la césarienne], la ligature des trompes a été évoquée. Comme ils allaient déjà m'opérer, ils ont dit que ce serait un processus rapide. Avant d'entendre cela, je n'avais jamais pensé à une ligature des trompes et, en toute honnêteté, je n'avais aucune idée de ce que c'était. Je me souviens avoir demandé ce que cela signifiait, et la réponse que j'ai reçue m'a semblé très vague et cruelle. Le médecin m'a dit que la personne qui allait réaliser l'intervention avait une très bonne réputation et que c'était une intervention sûre. Ils m'ont expliqué qu'ils

¹⁴ RIDR, *Témoignages*, 9 mai 2022 (Témoignage A, à titre personnel).

allaient couper mes trompes de Fallope et les refermer en plaisantant sur le fait que plus rien ne passerait par là. À ce moment-là, je n'ai pas remis en question ma décision, car la seule chose que j'avais à l'esprit était de survivre et d'assurer la survie de mon enfant à naître.

J'ai signé sans lire, car j'avais l'impression que la vie de mon enfant à naître était entre mes mains si je ne signais pas les documents assez vite. Après que j'ai accepté, je me souviens que le médecin et l'infirmière sont entrés dans la pièce et ont demandé à mon conjoint, qui était lui aussi clairement Autochtone, de quitter la pièce pour nous laisser quelques instants seuls. Il est parti sans incident. Cependant, ma mère est restée dans la pièce avec moi. Ils ont commencé par me demander si c'était vraiment ce que je voulais et m'ont dit que je pouvais changer d'avis, car je pourrais regretter ma décision plus tard. Ils ont également dit que je ne pourrais pas changer d'avis si je trouvais un nouveau partenaire et que je voulais un enfant avec lui. Ils ont dit cela en parlant d'un genre de pire scénario, du genre « si votre partenaire vous quitte et que vous décidez plus tard que vous voulez un enfant avec un nouveau partenaire... » C'est le genre de ton qu'ils ont utilisé. J'ai été complètement prise au dépourvu, et j'ai eu l'impression qu'ils essayaient de se protéger en me faisant presque me battre pour ma ligature des trompes. À ce moment-là, j'ai senti que je devais leur prouver ma valeur et leur prouver à quel point j'étais sérieuse et engagée envers mon partenaire.

Témoin A

Sylvia Tuckanow a raconté au Comité que, peu après la naissance de son enfant, le personnel médical avait attendu que son époux quitte son chevet avant de la déplacer de force dans une salle d'opération, de lui administrer une péridurale et de la stériliser, malgré ses protestations et ses pleurs incontrôlables¹⁵.

J'ai été stérilisée contre mon gré quand j'avais 29 ans. Le 9 juillet 2001, je me suis rendue à l'Hôpital universitaire Royal de Saskatoon alors que j'étais sur le point d'accoucher. J'ai donné naissance à un petit garçon en bonne santé, avec mon mari à mes côtés. Peu après la naissance, j'ai entendu mon mari dans le couloir dire haut et fort aux infirmières : « Je ne signe pas cela. » Personne ne m'a posé de questions ou expliqué quoi que ce soit au sujet de ce qu'on lui avait demandé, et je suis absolument certaine que je n'ai rien signé.

Dès que mon mari a quitté l'hôpital, on m'a emmenée dans un ascenseur en fauteuil roulant. Je ne me souviens pas si je suis montée ou descendue, car j'étais encore désorientée par l'accouchement et les effets des analgésiques. J'ai été placée à l'extérieur d'une pièce, près de la porte. J'ai réussi à voir l'intérieur, mais ça ne me disait

¹⁵ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Sylvia Tuckanow, à titre personnel).

strictement rien, si ce n'est que j'ai automatiquement ressenti de la peur. J'ai donc commencé à essayer de me ramener à l'endroit où se trouvait l'ascenseur, mais un homme est venu derrière moi et m'a fait rouler vers cette pièce.

Je lui ai dit que je ne voulais pas faire cela, mais il n'a pas écouté. Je ne savais pas exactement à quoi je m'opposais à ce moment-là, mais j'avais un sentiment terrible parce que personne ne m'avait parlé de ce qui se passait.

J'ai ressenti de la terreur, une frayeur sans nom lorsque j'ai été introduite dans cette pièce. Quelques infirmières m'entouraient — je ne sais pas exactement combien — pour me préparer à une péridurale. J'avais déjà une péridurale dans le dos après avoir accouché, alors je me suis demandé pourquoi ils devaient recommencer. Je n'arrêtais pas de demander si la péridurale que j'avais déjà eue ne pouvait pas servir. Je voulais les retarder, je crois, parce que j'essayais de trouver des excuses. Pendant tout ce temps, je n'arrêtais pas de dire « Non, je ne veux pas faire ça » et de pleurer de façon incontrôlable, mais personne ne m'écoutait. Personne dans cette salle ne prêtait attention à ce que je disais.

J'étais tellement vulnérable parce que mes jambes ne fonctionnaient pas bien après l'accouchement et la première péridurale. On m'a placée dans un lit et ma peur était totale. Je pleurais et j'étais terrifiée. Je faisais de l'hyperventilation à cause de la position que j'occupais sur ce lit. Ma tête était plus basse que mon corps, et ils m'ont attachée au lit.

Il y avait une odeur de brûlé, qui me rappelle encore aujourd'hui celui des poulets passés à la flamme. À quelques reprises, j'ai demandé à l'homme qui faisait la chirurgie s'il avait terminé. Il n'a pas dit mot avant d'achever la besogne. Lorsqu'il a terminé, il a dit : « Là, c'est attaché, coupé et brûlé. Plus rien ne passera par là. »

J'étais soulagée de sortir de cette salle. On m'a ramenée à la maternité, et ce n'est qu'à ce moment-là qu'on m'a laissée tenir mon fils dans mes bras. Je ne me souviens pas d'avoir tenu mon bébé avant qu'on m'amène au bloc opératoire pour me stériliser, mais je ne pense pas l'avoir tenu.

Sylvia Tuckanow

Louise Delisle a raconté au Comité, qu'à l'âge de 15 ans, alors qu'elle accouchait, sa mère s'est vue interdire l'accès à la salle d'accouchement. Elle a expliqué que le médecin qui a mis sa fille au monde avait procédé, de sa seule initiative, à une hystérectomie partielle, ce qu'elle a découvert seulement des années plus tard, lorsqu'elle a voulu avoir des enfants avec son époux¹⁶.

¹⁶ RIDR, *Témoignages*, 16 mai 2022 (Louise Delisle, à titre personnel).

J'étais très jeune lorsque j'ai eu ma fille. J'avais 15 ans. Mes parents n'étaient pas des parents à qui je pouvais dire que j'étais enceinte. Donc, cette période de ma vie était traumatisante et je ne l'ai dit à personne. J'ai dû quitter l'école parce que cela commençait à se voir et, en fait, c'est mon directeur qui a informé ma mère que j'étais enceinte.

Comme j'étais très jeune, je ne savais pas ce que cela signifiait et comment gérer la situation. Bien sûr, on m'a enlevé ma fille parce que j'étais si jeune, et j'étais l'aînée de sept enfants vivant dans une famille très pauvre.

Je me souviens de sa naissance, de la douleur pendant l'accouchement. Je me souviens également qu'une femme noire était dans la chambre avec moi, une infirmière auxiliaire. Malgré toute la douleur, je me rappelle qu'elle s'est disputée avec le médecin. Je me souviens encore aujourd'hui de sa voix et de la sévérité dans sa voix lorsqu'elle lui a dit « vous ne pouvez pas faire cela; vous devez obtenir la permission de le faire ». Le médecin a répondu qu'il était trop tard, qu'il ne voulait pas me voir revenir, avoir un enfant après l'autre et vivre cela, voire pire. Il a dit « nous ne nous retrouverons plus jamais dans cette situation ». Je ne savais pas du tout de quoi il parlait. J'étais en train d'accoucher et j'avais 15 ans, mais j'ai découvert qu'il avait fait quelque chose qui m'empêcherait d'avoir d'autres enfants. On n'en a jamais discuté avec moi ni avec ma mère, qui m'accompagnait pendant mon séjour à l'hôpital. Il n'en a jamais été question.

Ma mère n'a pas été autorisée à se trouver dans la pièce avec moi lorsque j'ai accouché, ce qui a également été traumatisant. Le plus dur pour moi a été de rentrer à la maison sans ma fille. Puisque j'avais 15 ans, comme je l'ai dit, j'ai dû la donner. Je ne pouvais pas subvenir à ses besoins.

Quoi que le médecin m'ait fait, je n'ai pas pu avoir d'autres enfants dans ma vie. À 29 ans, je me suis mariée, et mon mari et moi voulions avoir des enfants. Je ne savais pas ce qui s'était passé jusqu'à ce que je consulte un médecin dans une clinique de fertilité pour savoir pourquoi je ne tombais pas enceinte, pourquoi mon mari et moi n'arrivions pas à concevoir un enfant. C'est là qu'on m'a appris que j'avais subi une hystérectomie partielle.

Louise Delisle

D'autres témoins ont expliqué comment le manque d'information, ou des informations erronées, avaient influé leur consentement. Préférant rester anonyme, une témoin, qui exerce maintenant le métier d'infirmière autorisée, a raconté au Comité qu'immédiatement après son accouchement en août 2004, on lui avait demandé s'il elle souhaitait une ligature des trompes puisque « le chirurgien

Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada - Partie II

avait une annulation à son horaire¹⁷ ». La demande faisait suite à deux jours d'un travail douloureux et de privation de sommeil, sans la présence d'un soutien familial. Voici ce que la témoin a déclaré :

Si l'on tient compte du sang que j'avais perdu, de la douleur, de l'épuisement et de l'absence de ma famille, je trouve contraire à l'éthique qu'on m'ait même demandé de faire un choix au sujet d'une intervention dont je ne savais pas qu'elle était permanente. Pourtant, dans les deux heures qui ont suivi l'accouchement, je me suis fait stériliser au bloc opératoire.

Témoin B, infirmière autorisée

Melika Pop avait aussi été informée à tort que sa stérilisation était réversible. Elle a relaté qu'elle avait été « systématiquement interrogée, humiliée, harcelée et soumise à un profilage racial » par le personnel médical avant et durant sa césarienne¹⁸. M^{me} Pop a aussi souligné l'absence de mesures appropriées afin d'assurer l'obtention d'un consentement libre, préalable et éclairé, expliquant que dans son cas – comme dans celui de beaucoup d'autres femmes – son consentement pour la procédure de stérilisation a été demandé « au beau milieu d'une douleur intense », alors qu'elle était « sur le point d'accoucher¹⁹ ».

Elizabeth Esquega a également raconté au Comité qu'on l'avait forcée à consentir à un avortement à l'adolescence et qu'on l'avait stérilisée pendant la procédure. Se rappelant qu'une travailleuse des services de protection à l'enfance lui avait dit qu'on lui prendrait son bébé « d'une façon ou d'une autre », et qualifiant « d'immense » la pression exercée par la travailleuse sociale et un médecin, M^{me} Esquega a décrit comment elle n'avait pas été informée de la procédure de stérilisation²⁰ :

Dans mon cas, je ne me souviens pas d'avoir eu l'occasion de parler à un conseiller ou à un travailleur social des effets à long terme de ce que j'allais faire. Ce service ne m'a pas été offert. Tout ce dont je me souviens, c'est d'avoir été dans une petite pièce avec un médecin en blouse blanche et la travailleuse sociale debout dans le coin, et tous les deux s'en prenaient à moi.

Elizabeth Esquega

¹⁷ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Témoin B, infirmière autorisée, à titre personnel).

¹⁸ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Melika Pop, à titre personnel).

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Elizabeth Esquega, à titre personnel).

Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada - Partie II

Lucy Nickerson a déclaré avoir subi un comportement manipulateur similaire. Lorsqu'elle s'est rendue, autour de la trentaine, à l'hôpital pour recevoir une intervention médicale mineure, son médecin lui a suggéré « pendant qu'on y est, on pourrait aussi bien faire une hystérectomie²¹ ». M^{me} Nickerson a déclaré au Comité :

Il ne m'a jamais expliqué ce qui allait m'arriver et après l'opération, je ne me sentais pas bien. Je me sentais seule et j'essayais de rester calme. C'était une expérience épouvantable. Je voulais rentrer chez moi. Je n'arrêtais pas de demander aux membres du personnel de me laisser rentrer chez moi, mais ils refusaient de me laisser partir[...] Je ne savais pas quoi faire de moi. J'essayais de me calmer. Je ne veux plus jamais revivre cela. C'est ce que j'ai vécu. J'aurais aimé qu'on me dise ce qui se passerait.

Lucy Nickerson

Morningstar Mercredi a été stérilisée sans son consentement à l'âge de 14 ans. Elle a déclaré devant le Comité qu'elle avait été incapable de parler de sa stérilisation jusqu'à ce qu'elle atteigne la cinquantaine, et a choisi de ne pas aborder les détails de cette expérience devant le Comité pour éviter de revivre ce traumatisme²². M^{me} Mercredi a expliqué :

Pour ce qui est de moi et de ce qui m'est arrivé lorsque j'avais 14 ans et que je suis tombée enceinte, je préfère de ne pas divulguer les détails ici, parce qu'ils se trouvent dans mon livre Sacred Bundles Unborn. Si vous voulez prendre connaissance des détails horribles de la torture inhumaine et brutale et des sévices que je ne m'avoue qu'à moi-même, vous pouvez les lire dans [ce] livre.

Morningstar Mercredi

Racisme et discrimination

Dans son rapport de juin 2021 sur la stérilisation forcée et contrainte, le Comité a mis en évidence le lien entre le racisme et la pratique de la stérilisation forcée et contrainte au Canada²³. Dans le cadre de la présente étude, les témoins ont de nouveau souligné le rôle que le racisme a joué dans le contexte de la violence obstétricale au Canada et le problème persistant du racisme au sein du système de soins de santé canadien²⁴. Les survivantes l'ont confirmé et ont expliqué comment le

²¹ RIDR, *Témoignages*, 16 mai 2022 (Lucy Nickerson, à titre personnel).

²² RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Morningstar Mercredi, à titre personnel).

²³ RIDR, *La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada*, juin 2021.

²⁴ RIDR, *Témoignages*, 9 mai 2022 (Gerri Sharpe, présidente, Pauktuutit Inuit Women of Canada); RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (D' Evan Adams, médecin en chef adjoint de la santé publique, Services aux Autochtones Canada); RIDR,

racisme et la discrimination ont nui aux efforts de sensibilisation au problème de la stérilisation forcée et contrainte. Elles ont également fourni des suggestions sur la manière de le résoudre.

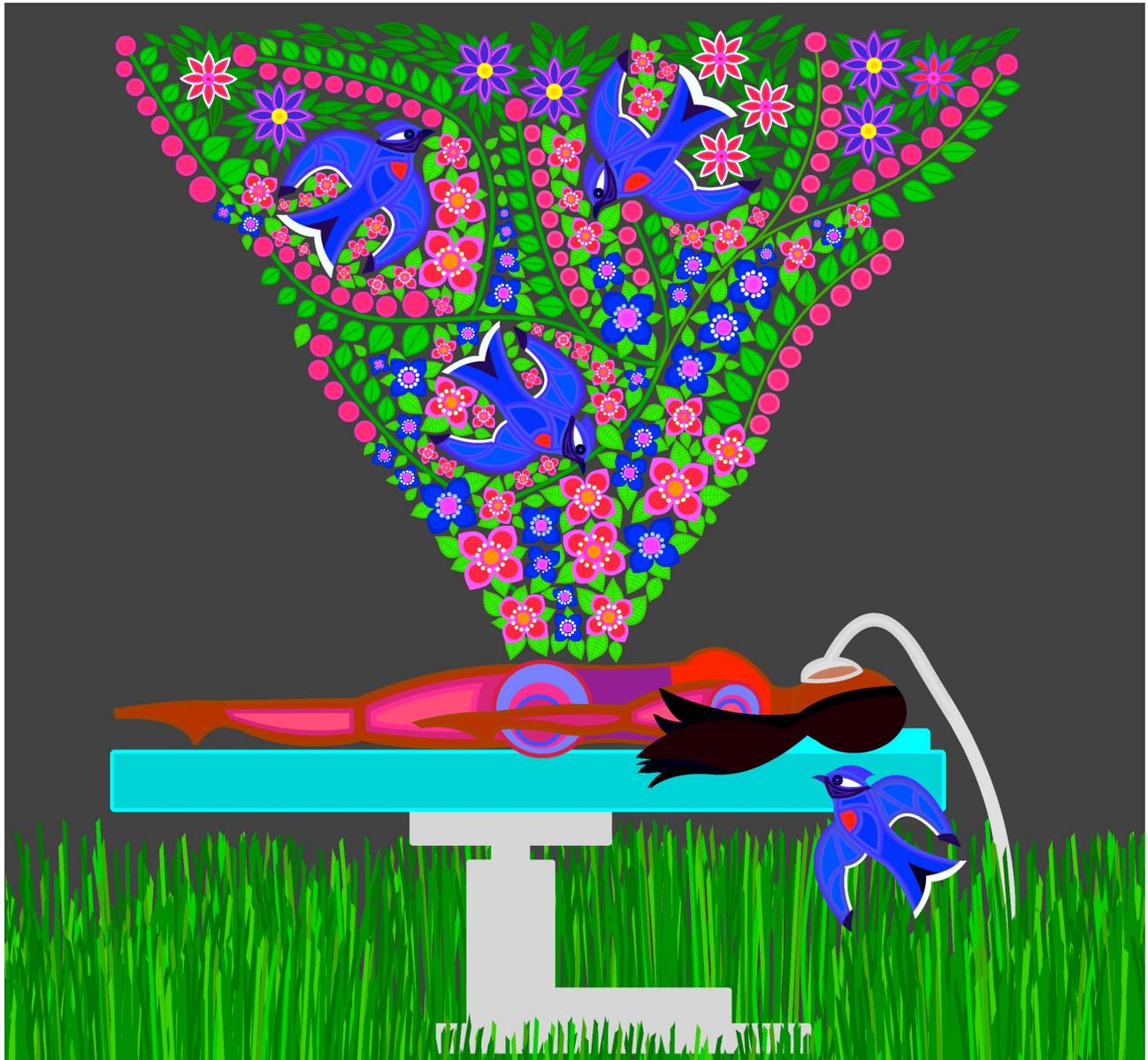


Figure 2 : *The Warning (L'Alerte)*, Mars 2020

par Lisa Boivin

« Cette image représente la stérilisation chirurgicale d'une femme. Les geais bleus sont des protecteurs. Ils se rassemblent autour de son corps anesthésié, et leur chant d'alerte se fait entendre : ils la préviennent que sa fertilité biologique va bientôt lui être enlevée. Cependant, même cet acte violent ne pourra lui arracher la beauté et la résilience qu'elle incarne, représentées par les fleurs et les baies qui poussent de son ventre puissant. »

Témoignages, 25 avril 2022 (Suzy Basile, professeure et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, à titre personnel); RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (D^{re} Unjali Malhotra, directrice médicale, Autorité sanitaire des Premières Nations).

Le racisme dans les établissements de soins de santé

Les survivantes qui ont partagé leurs histoires avec le Comité étaient catégoriques : selon elles, le racisme était le facteur déterminant de leur stérilisation forcée ou contrainte²⁵. Par exemple, M^{me} Mercredi a affirmé que « le racisme est sans aucun doute un facteur clé de la stérilisation forcée, de la disparition et du traitement inhumain des femmes autochtones, métisses, inuites et de couleur, mais plus particulièrement des femmes autochtones, absolument²⁶ ».

De même, M^{me} Delisle a attribué sa stérilisation au fait qu'elle est noire et qu'elle provenait d'une grande famille noire, déclarant : « C'est ce que je pense. Si j'avais été quelqu'un d'autre, d'une autre culture, d'une autre couleur, cela ne serait pas arrivé²⁷. »

Malgré leurs traumatismes respectifs, les survivantes ont l'espoir que la mise en place de programmes d'éducation améliorés à l'intention des professionnels de la santé contribuera à combattre le racisme dans le milieu de la santé. Elles ont entre autres proposé que les médecins et le personnel infirmier suivent chaque année un cours sur la responsabilisation²⁸ et que des programmes soient mis en place pour expliquer le racisme institutionnel²⁹. M^{me} Esquega a également souligné l'importance de la formation sur la compétence culturelle et l'histoire du racisme à l'endroit des peuples autochtones³⁰.

Racisme manifesté dans le cadre des efforts de sensibilisation

Plusieurs survivantes de la stérilisation forcée et contrainte ont parlé de la difficulté qu'elles ont eue à accepter ce qui leur était arrivé et à trouver le courage d'en parler publiquement. Elles ont relaté au Comité les commentaires discriminatoires qui leur ont été adressés lorsqu'elles ont cherché à sensibiliser le public à la question. M^{me} Mercredi a expliqué que les entrevues sur la stérilisation forcée et contrainte auxquelles elle a participé ont suscité des commentaires violents et racistes : « Il n'est pas sécuritaire pour moi de discuter de stérilisation dans les différents médias. La réaction est violente. C'est plus que du racisme; c'est de la violence. Je me sens encore plus ciblée³¹. »

Une témoin a raconté avoir été dénigrée sur les médias sociaux, malgré sa connaissance particulière du processus d'obtention du consentement acquise en tant que professionnelle de la

²⁵ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Melika Pop, à titre personnel); RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Elizabeth Esquega, à titre personnel); RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Témoin B, à titre personnel); RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Nicole Rabbit, à titre personnel).

²⁶ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Morningstar Mercredi, à titre personnel).

²⁷ RIDR, *Témoignages*, 16 mai 2022 (Louise Delisle, à titre personnel).

²⁸ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Melika Pop, à titre personnel).

²⁹ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Elizabeth Esquega, à titre personnel).

³⁰ *Ibid.*

³¹ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Morningstar Mercredi, à titre personnel).

santé³². M^{me} Pop a expliqué que l'ignorance du public au sujet de la stérilisation forcée et contrainte est douloureuse pour les survivantes³³. Plusieurs d'entre elles ont souligné que les commentaires du public peuvent réveiller les traumatismes, et évitent par conséquent toute sortie sur les différents médias sociaux³⁴.

Selon les survivantes, la société en général, et pas seulement les professionnels de la santé, gagnerait à être sensibilisée au sujet de la stérilisation forcée et contrainte. M^{me} Pop a fait valoir l'importance d'éduquer le public pour communiquer l'ampleur des préjudices subis par les victimes de la stérilisation forcée et contrainte, ainsi que le traumatisme intergénérationnel découlant de cette pratique³⁵. M^{me} Esquega a exhorté « une meilleure sensibilisation du public au fait que ce n'est pas seulement le fruit de l'imagination de certaines personnes, mais que ce sont des faits concrets et des histoires de femmes qui ont vécu ces actes horribles³⁶ ».

Répercussions de la stérilisation

En plus des traumatismes vécus par les survivantes, décrits dans les pages précédentes, les témoins ont évoqué les conséquences psychologiques à long terme, telles que la dépression, l'anxiété et la perte de confiance, de même que l'effondrement de leurs familles et de leurs communautés.

Effets sur la santé

Plusieurs témoins ont indiqué qu'elles avaient souffert de dépression et d'anxiété après leur stérilisation. Dans le cas de M^{me} Delisle, la stérilisation a causé divers troubles de santé : « J'ai souffert d'anxiété. J'ai subi une ménopause précoce. J'ai vécu de nombreux épisodes de dépression, sans que je sache pourquoi³⁷. » Huit mois après sa stérilisation, M^{me} Mercredi, qui n'avait que 15 ans, a tenté de s'enlever la vie. Soulignant qu'il lui avait fallu beaucoup de temps pour accepter la gravité de son traumatisme, elle a déclaré au Comité qu'elle souffre encore de troubles de stress post-traumatique et que son combat contre la dépression et les idées suicidaires se poursuit : « Les répercussions que cela a eues sur moi et sur mon bien-être sont profondes et indescriptibles. L'impact que cela a eu sur moi en tant que femme est indescriptible³⁸. »

³² RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Témoignage B, infirmière autorisée, à titre personnel).

³³ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Melika Pop, à titre personnel).

³⁴ *Ibid.*; RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Morningstar Mercredi, à titre personnel).

³⁵ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Melika Pop, à titre personnel).

³⁶ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Elizabeth Esquega, à titre personnel).

³⁷ RIDR, *Témoignages*, 16 mai 2022 (Louise Delisle, à titre personnel).

³⁸ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Morningstar Mercredi, à titre personnel).

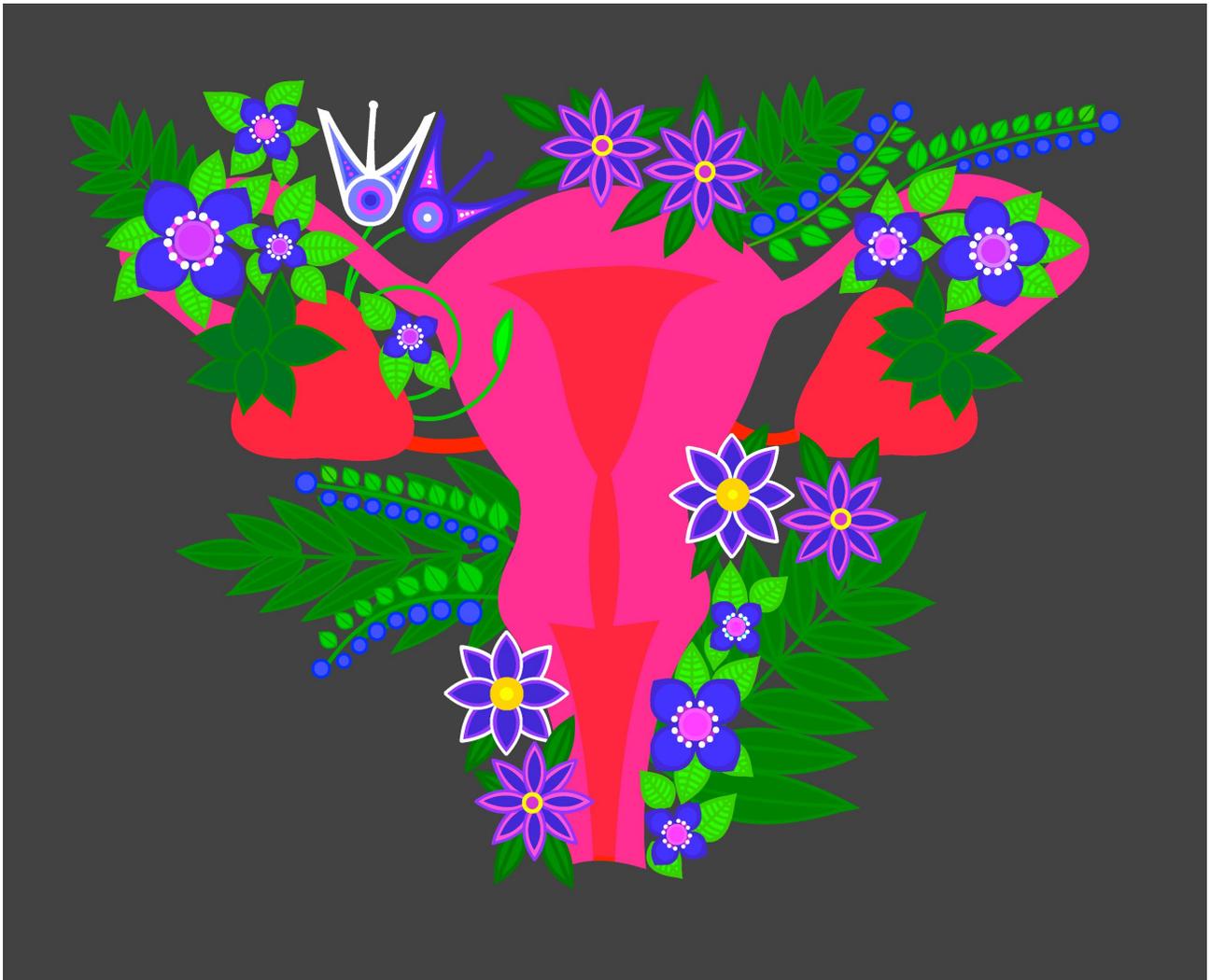


Figure 3 : *What Will Always Be* (Il en sera toujours ainsi), Mars 2020

par Lisa Boivin

« Les femmes autochtones sont extrêmement puissantes. Ici, les ovaires sont remplacés par des fraises. La fraise fait partie de la médecine traditionnelle des femmes. Elle est la seule baie assez courageuse pour porter ses graines à l'extérieur. »

Une autre témoin a parlé des vagues de chagrin qu'elle a traversées par suite de ce qu'elle qualifie de perte de son identité en tant que femme³⁹. Pour sa part, M^{me} Esquega a décrit son ressenti : « Je me sentais vide, sachant que mon instinct maternel et la capacité que Dieu m'avait donnés de supporter la vie avaient été coupés et déchirés⁴⁰. » Elle a expliqué que ce vide était en partie attribuable au fait qu'elle se sentait complice. Comparant la stérilisation forcée à une agression sexuelle, elle a déclaré : « J'ai intériorisé la peur, la honte et la culpabilité qui s'étaient profondément enracinées au détriment de mon être, la honte l'emportant sur mon estime de

³⁹ RIDR, *Témoignages*, 9 mai 2022 (Témoin A, à titre personnel).

⁴⁰ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Elizabeth Esquega, à titre personnel).

moi⁴¹. » Elle a également expliqué que peu de temps après avoir été stérilisée, elle avait perdu sa mère, et que sa stérilisation l'avait laissée fragile face à ce nouvel événement : « Je ne savais pas quoi faire ni vers qui me tourner face à ce nouveau traumatisme qui s'était déclenché dans ma vie et qui venait intensifier celui que j'avais déjà vécu⁴². »

Le Comité a constaté qu'éviter les services de soins de santé est, pour les survivantes, un résultat commun de l'anxiété et de la peur reliées à la stérilisation forcée et contrainte. Ce comportement est reflété dans leurs familles et leurs communautés. Parlant de sa méfiance à l'égard des médecins et des hôpitaux, une témoin a expliqué qu'elle a attendu avant de demander de l'aide pour ses problèmes de santé mentale et qu'elle avait peur d'amener son enfant pour ses examens médicaux⁴³. D'autres témoins ont indiqué que lorsqu'elles vont chez le médecin, elles se méfiaient du traitement prescrit. M^{me} Delisle a déclaré : « Je n'étais pas convaincue que ces médecins voulaient vraiment m'aider. C'était mon problème avec le système de soins de santé⁴⁴. » Pour sa part, M^{me} Tuckanow craint que sa fille ne subisse le même sort qu'elle si la question de la stérilisation forcée et contrainte n'est pas abordée⁴⁵.

Répercussions sur les générations et les communautés

Outre la souffrance personnelle des survivantes, la stérilisation forcée et contrainte affecte leurs familles, leurs communautés et leurs nations. Plusieurs survivantes ont expliqué que leur incapacité de concevoir un enfant avait contribué à la fin de leur mariage et nuit leurs futures relations intimes⁴⁶. Un témoin a décrit sa difficulté à nouer un lien avec son fils nouveau-né, expliquant que chaque étape de son développement lui rappelait qu'elle ne pouvait plus avoir d'enfants⁴⁷.

Tout en discutant des répercussions de la stérilisation forcée et contrainte sur les communautés autochtones, M^{me} Mercredi a souligné que l'identité autochtone « est fondée sur des sociétés matriarcales » et que « la communauté représente tout, absolument tout⁴⁸ ». Donnant sa famille en exemple, M^{me} Rabbit a expliqué que la stérilisation forcée et contrainte a contribué à la dispersion des communautés autochtones qui a eu lieu sous le régime des pensionnats indiens. Elle a signalé que ce « qui s'est produit a limité le soutien », en particulier en ce qui concerne les aînés de la communauté⁴⁹.

⁴¹ *Ibid.*

⁴² *Ibid.*

⁴³ RIDR, *Témoignages*, 9 mai 2022 (Témoin A, à titre personnel).

⁴⁴ RIDR, *Témoignages*, 16 mai 2022 (Louise Delisle, à titre personnel).

⁴⁵ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Sylvia Tuckanow, à titre personnel).

⁴⁶ RIDR, *Témoignages*, 16 mai 2022 (Louise Delisle, à titre personnel); RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Sylvia Tuckanow, à titre personnel); RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Témoin B, infirmière autorisée, à titre personnel); RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Morningstar Mercredi, à titre personnel); RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Nicole Rabbit, à titre personnel).

⁴⁷ RIDR, *Témoignages*, 9 mai 2022 (Témoin A, à titre personnel).

⁴⁸ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Morningstar Mercredi, à titre personnel).

⁴⁹ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Nicole Rabbit, à titre personnel)

M^{me} Pop a clairement établi le lien entre la stérilisation forcée et contrainte et la disparition de lignées autochtones : « Lorsque les personnes violées ont le statut d’Indien, comme moi, elles ne peuvent pas léguer ce statut aux générations futures, ce qui diminue le nombre des nôtres⁵⁰. » Pour ces raisons, plusieurs survivantes et spécialistes ont qualifié cette pratique de génocide lors de leur témoignage⁵¹.

Selon M^{me} Mercredi,

On ne pourra jamais déterminer avec précision le nombre de femmes, d’hommes, de filles et de garçons qui ont été stérilisés dans les pensionnats et dans les hôpitaux indiens. Je souligne cela pour reconnaître le fait que cette situation remonte aussi loin que ces instituts de génocide qui étaient en place au Canada et qui le sont toujours en 2022. Nous ne serons jamais en mesure de déterminer avec précision le nombre de femmes qui sont torturées et soumises à une stérilisation forcée et contrainte⁵².

Cadre juridique et intervention fédérale

Droit international et appels à l’action de la part du Canada

Comme l’indique le rapport précédent du Comité, le droit d’être maître de son corps et le droit à la procréation sont protégés par les cadres canadiens et internationaux en matière de droits de la personne, notamment par l’article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, la *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* (que le Canada a ratifiée) ainsi que par les politiques réglementant les professions médicales dans l’ensemble des provinces et des territoires du pays.

En décembre 2018, le Comité contre la torture de l’ONU a adopté les observations finales en réponse au septième rapport périodique du Canada en vertu de la *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*. Les observations exprimaient des préoccupations au sujet d’informations faisant état de la stérilisation forcée à grande échelle de femmes et de filles autochtones, y compris des cas survenus récemment en Saskatchewan⁵³.

⁵⁰ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Melika Pop, à titre personnel).

⁵¹ *Ibid.*; RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Morningstar Mercredi, à titre personnel); RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Sylvia Tuckanow, à titre personnel); RIDR, *Témoignages*, 9 mai 2022 (Gerri Sharpe, présidente, Pauktuutit Inuit Women of Canada).

⁵² RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Morningstar Mercredi, à titre personnel).

⁵³ Comité contre la torture de l’Organisation des Nations Unies (ONU), *Observations finales concernant le septième rapport périodique du Canada*, 21 décembre 2018.

Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada - Partie II

Au sujet de la stérilisation forcée et contrainte, le Comité contre la torture a recommandé au Canada de :

- Veiller à ce que toutes les allégations de stérilisation forcée [et contrainte] fassent l'objet d'une enquête impartiale, à ce que les personnes responsables répondent de leurs actes et à ce qu'une réparation adéquate soit accordée aux victimes;
 - Adopter des mesures législatives et des politiques pour prévenir et incriminer la stérilisation forcée [et contrainte] des femmes, en particulier en définissant clairement l'obligation d'obtenir le consentement préalable, libre et éclairé de l'intéressée avant une opération de stérilisation et en faisant mieux connaître l'existence de cette obligation aux femmes autochtones et au personnel médical.
- ...
- [F]aire parvenir, d'ici le 7 décembre 2019, des renseignements sur la suite donnée aux recommandations formulées [du Comité y compris] ... sur la stérilisation non volontaire des femmes autochtones⁵⁴.

En 2019, ces préoccupations et recommandations ont été réitérées par la Commission interaméricaine des droits de l'homme (CIDH) de même que par deux rapporteurs spéciaux de l'ONU qui s'étaient rendus au Canada et avaient rencontré divers intervenants et les représentants du gouvernement⁵⁵.

La CIDH a exhorté le Canada à « garantir un accès efficace à la justice aux survivantes et à leur famille, de mener sans tarder des enquêtes impartiales, d'exiger des comptes aux responsables et de prendre toutes les mesures nécessaires pour mettre fin à la pratique de la stérilisation des femmes contre leur gré⁵⁶ ». La CIDH a fait remarquer qu'elle avait reçu de nombreuses déclarations de femmes et de filles autochtones alléguant qu'elles avaient été stérilisées sans leur consentement libre et éclairé. Elle a exprimé des préoccupations au sujet de ces allégations et souligné que les stérilisations chirurgicales doivent faire l'objet de contrôles particulièrement rigoureux pour garantir que le consentement soit donné de façon libre, éclairée et volontaire.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ Commission interaméricaine des droits de l'homme (CIDH), *IACHR expresses its deep concern over the claims of forced sterilizations against [I]ndigenous women in Canada*, communiqué, 18 janvier 2019; Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, *Visite au Canada : Rapport de la rapporteure spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences*, UN Doc n° A/HRC/41/42/Add. 1, 3 juin 2019; Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, *Visite au Canada : Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, UN Doc. n° A/HRC/41/34/Add.2, 19 juin 2019 [DISPONIBLES EN ANGLAIS SEULEMENT]

⁵⁶ Commission interaméricaine des droits de l'homme (IACHR), *IACHR expresses its deep concern over the claims of forced sterilizations against [I]ndigenous women in Canada*, communiqué, 18 janvier 2019 [TRADUCTION]. À noter que le Canada est membre de l'Organisation des États Américains (OEA), mais qu'il n'a pas ratifié la *Convention américaine relative aux droits de l'homme*. En vertu de la *Charte de l'OEA* et de la *Convention*, la Commission interaméricaine des droits de l'homme a pour mandat de promouvoir et de défendre les droits de la personne dans la région.

Infractions criminelles au Canada

Le Canada a transmis des renseignements en réponse aux observations et recommandations du Comité contre la torture de l'ONU. Il a indiqué que la stérilisation forcée ou contrainte est un crime au Canada, qu'il s'agit d'une infraction aux termes de plusieurs dispositions du *Code criminel*, y compris les articles 265 (voies de fait), 267 (infliction de lésions corporelles) et 268 (voies de fait graves) et qu'en outre toutes les provinces et tous les territoires ont des lois exigeant le consentement pour les soins et traitements médicaux. Le Canada a ajouté que le gouvernement fédéral, par l'entremise de la Gendarmerie royale du Canada, était résolu à procéder à des enquêtes sur ces allégations et à traiter avec respect les personnes signalant ces crimes⁵⁷.

Malgré l'existence de ces infractions, Alisa Lombard a fait remarquer qu'aucun professionnel de la santé ne semble avoir subi de conséquences en lien avec la pratique de la stérilisation forcée ou contrainte. Elle a recommandé, tout comme plusieurs autres témoins, que l'on ajoute au *Code criminel* une nouvelle infraction relative à la stérilisation forcée ou contrainte⁵⁸.

Outre les infractions criminelles, les professionnels de la santé peuvent faire face à des mesures disciplinaires de la part de leur organisme professionnel de réglementation ou de délivrance des licences. Abby Hoffman (sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada) a expliqué que :

Chaque province et territoire a établi, par voie législative, son propre cadre de surveillance des professionnels de la santé par des organismes professionnels autoréglementés. Ces organismes sont chargés d'établir des normes de pratique, d'agréer les fournisseurs, d'examiner les plaintes déposées contre les professionnels de la santé placés sous leur autorité, d'y donner suite et d'imposer, s'il y a lieu, des mesures disciplinaires⁵⁹.

Mesures fédérales de lutte contre la stérilisation forcée et contrainte

Au cours des dernières années, le gouvernement fédéral a pris plusieurs mesures en réponse au signalement de cas de stérilisation forcée et contrainte.

En 2019, Services aux Autochtones Canada (SAC) a formé un Comité consultatif sur le bien-être des femmes autochtones, qui offre couramment au ministère des conseils fondés sur le genre et les

⁵⁷ Comité contre la torture de l'ONU, *Renseignements reçus du Canada au sujet de la suite donnée aux observations finales concernant son septième rapport périodique*, 16 avril 2020.

⁵⁸ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (Alisa Lombard, avocate, Lombard Law, à titre personnel).

⁵⁹ RIDR, *Témoignages*, 15 mai 2019 (Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada).

Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada - Partie II

distinctions au sujet des déterminants sociaux de la santé, en particulier la santé sexuelle et génésique⁶⁰. Ce comité regroupe des représentants de plusieurs organisations autochtones et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada⁶¹. Prenant en compte les recommandations de ce comité, le gouvernement fédéral a octroyé 33,3 millions de dollars dans le Budget de 2021 afin d'appuyer les initiatives de sages-femmes et de doulas autochtones au Canada⁶².

Le gouvernement fédéral a également accordé des fonds à des organismes de femmes autochtones pour qu'elles puissent mettre au point des produits d'information sur le droit à la procréation. Lors de son témoignage devant le Comité, D^r Adams a mentionné que cette initiative donnait suite à une recommandation de la Commission interaméricaine des droits de l'homme⁶³.

De plus, en janvier 2020, SAC a travaillé avec le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone afin d'organiser un forum sur le choix et le consentement éclairés dans les services de santé des femmes autochtones⁶⁴. D^r Adams a informé le Comité que les thèmes abordés lors du forum allaient de « la promotion de la profession de sage-femme dirigée par des Autochtones et des défenseurs des patients autochtones, à la responsabilisation, à l'amélioration de la collecte de données, au rôle des services de protection de l'enfance, aux modifications à apporter au *Code criminel* et à la formation obligatoire sur la lutte contre le racisme pour les prestataires de soins de santé⁶⁵ ».

Enfin, D^r Adams a souligné qu'à la suite « des mauvais traitements racistes et du décès tragique » de Joyce Echaquan en septembre 2020, le gouvernement du Canada avait organisé trois dialogues nationaux (soit en octobre 2020, en janvier 2021 et en juin 2021) afin de trouver des moyens de lutter contre le racisme à l'endroit des Autochtones au sein du système de santé canadien⁶⁶. Lors du troisième dialogue national, SAC et Santé Canada ont annoncé une première réponse du gouvernement fédéral à ce chapitre, notamment une augmentation des fonds pour la mise en place de plusieurs initiatives, dont des intervenants pivots et défenseurs des droits des patients, la création d'outils et de ressources de sécurité culturelle et de lutte contre le racisme, la collecte de données ciblées, l'amélioration de la représentation autochtone dans les professions de la santé et la poursuite de dialogues et de tables rondes⁶⁷.

⁶⁰ Services aux Autochtones Canada (SAC), *Plan ministériel 2022-2023 : Analyse comparative entre les sexes plus*.

⁶¹ Affaires mondiales Canada, *Mise en œuvre du Plan d'action national du Canada pour les femmes, la paix et la sécurité – Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada et Services aux Autochtones Canada*.

⁶² RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (D^r Evan Adams, médecin en chef adjoint de la santé publique, SAC).

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, *Choix et consentement éclairés dans les services de santé pour les femmes des Premières Nations, inuites et métisses : Rapport sommaire*, 2021.

⁶⁵ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (D^r Evan Adams, médecin en chef adjoint de la santé publique, SAC).

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ SAC, *La lutte contre le racisme envers les Autochtones dans les systèmes de santé : la réponse du gouvernement fédéral*.

Questions clés et solutions

Responsabilisation

La stérilisation forcée et contrainte est une injustice permanente à laquelle il faut mettre fin. Les témoins ont mentionné plusieurs pistes en matière de dissuasion, de dénonciation et de dédommagement, proposant entre autres des modifications au *Code criminel* visant à criminaliser explicitement la stérilisation forcée et contrainte, ainsi que le dédommagement des survivantes pour les préjudices et souffrances que cette pratique leur a causées.

Plusieurs témoins ont indiqué au Comité qu'elles souhaitent une meilleure responsabilisation et qu'à ce titre, elles aimeraient qu'une infraction explicite soit créée afin que « ces violations des droits de la personne prennent fin⁶⁸ ». M^e Lombard a affirmé que la création d'une telle infraction, en plus d'être préconisée par de nombreuses survivantes, aurait un effet dissuasif :

Jusqu'à présent, on ne peut pas parler de médecins qui ont dû faire face aux conséquences de leurs actes [...] il n'y en a eu aucun. Cependant, le risque de sanctions pénales pourrait avoir un impact. Au moins, on sait que ce serait toujours mieux que ce que l'on a en ce moment, qui n'est rien du tout. Je pense que c'est une mesure qui serait immédiate. Il faut comprendre que, pour dénoncer une pratique qui est absolument inacceptable, la mesure doit égaler le tort qui a été causé. Si des médecins savent qu'ils pourraient possiblement subir des sanctions pénales, cela pourrait changer des comportements assez rapidement⁶⁹.

Sandeep Prasad (directeur exécutif, Action Canada pour la santé et les droits sexuels) a également affirmé qu'il y a lieu d'envisager la création d'une infraction criminelle explicite et aussi d'apporter des changements aux mécanismes redditionnels en place, comme les régimes disciplinaires professionnels. Il a toutefois avisé le Comité que ces mécanismes ne doivent pas avoir d'effets négatifs :

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

⁶⁸ RIDR, *Témoignages*, 2 mai 2022 (Melika Pop, à titre personnel).

⁶⁹ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (Alisa Lombard, avocate, Lombard Law, à titre personnel).

Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada - Partie II

protection de la police. On ne peut résoudre ce problème sans changement approfondi au sein du système de santé⁷⁰.

Or, certaines témoins étaient sceptiques à l'idée que l'on utilise le droit pénal pour assurer la responsabilisation dans ce contexte. Ainsi, Virginia Lomax (conseillère juridique, L'Association des femmes autochtones du Canada) a expliqué que la création d'une telle infraction ne réglerait pas nécessairement le problème, car tout dépendra de son application par les services de police :

[L]e meurtre est un crime et cela n'a pas réglé le problème des femmes autochtones disparues et assassinées au pays. Il est clair, à mes yeux, qu'il s'agit d'un problème systémique de très grande envergure. La criminalisation ne sera qu'une petite pièce du casse-tête. Tous les acteurs du système qui donnent libre cours à ces injustices doivent être informés de façon à ce qu'on agisse en amont et non pas seulement en aval⁷¹.

Pour des raisons semblables, Melanie Omeniho (présidente, Les Femmes Michif Otipemisiwak) a déclaré qu'il faut mettre l'accent sur l'élaboration de lois et de politiques qui changent les pratiques au sein des établissements de soins de santé⁷². D^r Adams a souligné qu'il est en effet nécessaire que la violence, le racisme et le sexisme au sein du système de santé soient accompagnés de répercussions, mais il a proposé d'adopter une approche qui n'est pas punitive⁷³.

D^{re} Unjali Malhotra (directrice médicale, Autorité sanitaire des Premières Nations) a souligné le rôle que les instances des domaines de la maïeutique, des soins infirmiers et de la médecine pourraient jouer dans la transformation du discours et de l'approche à l'égard de la stérilisation forcée et contrainte et « des conséquences pour les prestataires de soins qui exercent toute forme de coercition en matière de santé reproductive ⁷⁴ ». Dans le même ordre d'idées, M^{me} Lomax était d'avis que la criminalisation n'est qu'une pièce du casse-tête, soulignant que « [l]a participation des ordres de médecins en tant qu'organes de réglementation de la profession est un autre aspect⁷⁵ ».

⁷⁰ RIDR, *Témoignages*, 3 avril 2019 (Sandeep Prasad, directeur exécutif, Action Canada pour la santé et les droits sexuels).

⁷¹ RIDR, *Témoignages*, 10 avril 2019 (Virginia Lomax, conseillère juridique, L'Association des femmes autochtones du Canada).

⁷² RIDR, *Témoignages*, 10 avril 2019 (Melanie Omeniho, présidente, Les Femmes Michif Otipemisiwak).

⁷³ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (D^r Evan Adams, médecin en chef adjoint de la santé publique, Services aux Autochtones Canada).

⁷⁴ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (D^{re} Unjali Malhotra, directrice médicale, Autorité sanitaire des Premières Nations).

⁷⁵ RIDR, *Témoignages*, 10 avril 2019 (Virginia Lomax, conseillère juridique, L'Association des femmes autochtones du Canada).

Recommandation 1

Qu'un projet de loi soit déposé afin d'ajouter une infraction relative à la stérilisation forcée et contrainte dans le *Code criminel*.

Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'adopter une approche non accusatoire à compétence double;

- **pour étudier les effets cliniques, psychologiques et physiques de la stérilisation en général, et de la stérilisation forcée et contrainte en particulier, en faire rapport et les inclure dans la formation;**
- **pour mandater les associations médicales et les organes professionnels de réglementation et d'agrément afin qu'ils dénoncent la stérilisation forcée et contrainte et fournissent un cadre de consentement clair et conforme aux principes juridiques en vigueur;**
- **pour veiller à ce que tous les professionnels de la santé soient tenus de suivre une formation intensive sur la relation fiduciaire médecin/patient, l'autonomie corporelle et l'autodétermination médicale, et pour exiger que les professionnels de la santé soient tenus de suivre cette formation comme condition à leur agrément;**
- **pour favoriser et accroître la rigueur des processus disciplinaires des collèges afin d'atteindre les objectifs urgents susmentionnés.**

Reconnaissance et dédommagement

Les témoins ont discuté de la possibilité d'un dédommagement des survivantes, y voyant un autre moyen de promouvoir la responsabilisation et de dissuader les futurs cas de stérilisation forcée et contrainte. Dans l'éventualité de la mise en place d'un régime de dédommagement, les témoins ont indiqué qu'il serait important de tenir compte des coûts directs et indirects associés à la stérilisation pour les survivantes, les familles et les communautés.

Les coûts directs engagés pour chercher à renverser certains des préjudices occasionnés par des interventions de stérilisation non sollicitées peuvent être élevés. Une femme de 28 ans préférant l'anonymat a indiqué qu'elle et son partenaire cherchent à épargner entre 10 000 \$ et 15 000 \$ pour un traitement qui lui permettrait peut-être d'avoir un autre enfant : « la FIV [fécondation in vitro] et ce genre de choses coûtent cher, mais j'aimerais pouvoir en faire l'expérience un jour⁷⁶ ».

M^e Lombard a décrit ces coûts directs en détail :

⁷⁶ RIDR, *Témoignages*, 9 mai 2022 (Témoignage A, à titre personnel).

[L]a technique conçue pour inverser les effets de l'opération — à laquelle elle n'a pas consenti et qu'elle ne désirait pas — coûte au moins 5 000 \$ et a une probabilité de réussite de presque nulle à nulle, d'après, je l'avoue, mes connaissances médicales très rudimentaires. Les techniques de procréation coûtent au moins 50 000 \$, et les pertes que ces femmes subissent, faute d'essayer certaines de ces méthodes de rechange, leur coûtent quotidiennement une part inconnue de dignité humaine. Néanmoins, elles attendent, de plus en plus impatiemment. Elles savent que les remèdes juridiques ont un pouvoir limité pour leur restituer ce qu'elles ont perdu. Elles savent qu'aucun verdict judiciaire, aucun recours collectif ni rien d'autre, comme tant d'autres moyens essayés dans le passé, ne peut remplacer ce qu'elles ont perdu et, ce qui est des plus importants encore, ne peut mettre les femmes et les filles autochtones à l'abri des violations dévastatrices de la stérilisation forcée⁷⁷.

Par ailleurs, la stérilisation forcée et contrainte cause des préjudices bien au-delà des coûts directs des interventions médicales. D^{re} Malhotra a expliqué que le traumatisme lié à un seul cas de stérilisation forcée ou contrainte peut se répercuter sur les familles et les communautés, et qu'il faut tenir compte de ces répercussions dans l'établissement d'un cadre de dédommagement⁷⁸.

M^{me} Omeniho a appelé à la reconnaissance de ce traumatisme, potentiellement sous la forme d'une compensation financière, en déclarant :

Il n'y a pas de véritable indemnisation possible, mais on devrait au moins reconnaître le traumatisme qu'elles ont vécu en raison de leur stérilisation forcée. Je ne parle pas nécessairement d'une somme d'argent, mais plutôt d'un éventuel engagement, d'une reconnaissance, par rapport à ce que ces femmes ont subi et à la façon dont cela a changé leur vie⁷⁹.

Gerri Sharpe, (présidente, Pauktuutit Inuit Women of Canada) a aussi insisté sur l'importance de reconnaître les préjudices causés par la stérilisation forcée et contrainte, en déclarant :

Pour qu'il y ait réconciliation et pour aller de l'avant, on doit d'abord reconnaître ce qui s'est produit, et ce, de manière à ce que d'autres personnes puissent savoir ce qui s'est

⁷⁷ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (Alisa Lombard, avocate, Lombard Law, à titre personnel).

⁷⁸ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (D^{re} Unjali Malhotra, directrice médicale, Autorité sanitaire des Premières Nations).

⁷⁹ RIDR, *Témoignages*, 10 avril 2019 (Melanie Omeniho, présidente, Les Femmes Michif Otipemisiwak).

passé, et elles pourront peut-être se rendre compte que cela leur est arrivé à elles aussi⁸⁰.

Recommandation 3

Que le gouvernement du Canada, guidé par des personnes survivantes, élabore un régime de dédommagement qui tienne compte des préjudices directs et indirects de la stérilisation forcée et contrainte.

Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada présente des excuses officielles, au nom de tous les Canadiens, à toutes les personnes qui ont été soumises à la stérilisation forcée et contrainte au Canada.

Processus de consentement et éducation

Le Comité a appris que toutes les provinces et tous les territoires ont des lois exigeant le consentement éclairé des patients. Même si leur libellé varie, ces lois prescrivent que l'on communique aux patients des renseignements sur la nature, les avantages et les risques de tout traitement proposé de même que sur les solutions de rechange. De plus, pour être valable, le consentement doit être donné volontairement, et le patient doit avoir la capacité de comprendre ce qui lui est transmis. Ces principes sont d'ailleurs repris dans les politiques et codes de déontologie des organismes de réglementation professionnelle⁸¹.

Malgré tout, la stérilisation forcée et contrainte continue clairement d'être pratiquée au Canada. Pour combler l'écart entre le cadre actuel de consentement et la réalité vécue par les survivantes, plusieurs témoins ont déclaré qu'il était important de changer la façon dont les professionnels de la santé demandent et obtiennent le consentement, notamment en modifiant les règlements des organismes de réglementation des sages-femmes, des infirmières et des médecins, et en sensibilisant les praticiens de la santé et le grand public au sujet des droits des patients.

Par exemple, l'Association des femmes autochtones du Canada a recommandé que les organismes de réglementation des professions médicales collaborent avec les gouvernements pour élaborer des politiques et des procédures sur la stérilisation, y compris des modalités relatives à l'obtention du consentement, mettre au point une formation de lutte contre le racisme et créer l'obligation de produire des rapports afin de surveiller les tendances régionales et nationales⁸².

⁸⁰ RIDR, *Témoignages*, 9 mai 2022 (Gerri Sharpe, présidente, Pauktuutit Inuit Women of Canada).

⁸¹ RIDR, *Témoignages*, 15 mai 2019 (Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada).

⁸² RIDR, *Témoignages*, 10 avril 2019 (Francyne Joe, présidente, Association des femmes autochtones du Canada).

Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada - Partie II

D^{re} Malhotra a souligné le fait que la nécessité de s'assurer d'un consentement libre, préalable et éclairé s'étend à tout le continuum des décisions médicales : « Ça commence dès l'accès à la pilule anticonceptionnelle et ça se poursuit jusqu'à la stérilisation⁸³ ». Elle a exposé plusieurs principes qui devraient faire partie du processus de consentement, notamment :

[U]n consentement axé sur la discussion; l'autonomisation par rapport à l'extraction dans les antécédents; le consentement au fil du temps plutôt que dans des milieux de soins de courte durée; la prise de considérations liées à l'état d'esprit et à la confusion; la reconnaissance d'une directive en matière de soins de santé présentée par le patient ou le fournisseur — en demandant qui lance la discussion —; une reddition de comptes autre que des notes subjectives au dossier; et la prise en considération de l'ensemble du parcours de la personne plutôt que d'un moment donné⁸⁴.

D^{re} Malhotra a indiqué que ces approches ont éclairé la conception d'un guide sur la prise de décision partagée relative au consentement éclairé et d'un projet, mené en collaboration avec l'Université de la Colombie-Britannique, visant la création d'un lieu sûr où les femmes autochtones pourront raconter leurs expériences quant à l'accès aux soins de santé reproductive⁸⁵. Cependant, Suzy Basile (professeure et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue) a dit craindre que le Québec ne reconnaisse pas le concept de la sécurité culturelle dans le cadre de sa politique de santé publique⁸⁶.

Bien que le cadre stratégique du processus lié au consentement soit essentiel, il demeure que les professionnels de la santé et les patients ont également besoin d'être éduqués pour assurer le respect de ces politiques.

Lors de son témoignage devant le Comité, D^r Adams a parlé de son expérience durant ses études et sa résidence en médecine, ayant rencontré des « approches paternaliste et raciste dans les soins cliniques à l'intention des femmes », et plus particulièrement que des obstétriciens lui ont demandé à de nombreuses reprises ce qu'il « comptai[t] faire au sujet des taux de naissance et de grossesse chez les adolescentes chez les Autochtones⁸⁷ ».

⁸³ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (D^{re} Unjali Malhotra, directrice médicale, Autorité sanitaire des Premières Nations).

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ *Ibid.* Ce guide a été produit par la Régie de la santé des Premières Nations en collaboration avec la sénatrice Yvonne Boyer et les services périnataux de la British Columbia First Nations Health Authority. Voir Régie de la santé des Premières Nations, *Informed Consent for Contraception* [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁸⁶ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (Suzy Basile, professeure et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, à titre personnel).

⁸⁷ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (D^r Evan Adams, médecin en chef adjoint de la santé publique, Services aux Autochtones Canada).

Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada - Partie II

Selon les témoins, les études sont la meilleure période pour changer les attitudes racistes et paternalistes parmi les professions médicales. Les témoins ont d'ailleurs souligné l'importance de la formation sur le racisme et la compétence interculturelle, conformément à l'appel à l'action 24 de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada :

Nous demandons aux écoles de médecine et aux écoles de sciences infirmières du Canada d'exiger que tous leurs étudiants suivent un cours portant sur les questions liées à la santé qui touchent les Autochtones, y compris en ce qui a trait à l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, aux traités et aux droits des Autochtones de même qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones. À cet égard, il faudra, plus particulièrement, offrir une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme⁸⁸.

D^{re} Malhotra a aussi insisté sur l'importance de la formation des professionnels de la santé, en déclarant : « Il est important que ces discussions soient au cœur de nos préoccupations et fassent partie de notre programme d'études. Je sais que personne ne veut entendre qu'il pourrait être le chirurgien concerné, mais les gens doivent l'entendre⁸⁹. »

Outre la formation des professionnels de la santé, plusieurs témoins ont indiqué qu'il était important d'habiliter les patients et les communautés en les informant de leurs droits. Par exemple, M^{me} Omeniho a déclaré que :

Nous devons trouver une façon d'aviser les jeunes femmes de nos communautés qu'elles ont le droit de refuser cette situation. Peu importe leur décision, personne ne peut la contourner et les menacer de leur retirer leurs enfants. Personne ne peut les menacer de les exclure de l'aide sociale parce qu'elles n'ont pas les moyens financiers de prendre soin d'elles. Personne ne peut les menacer d'entamer tout autre processus qui va les rendre vulnérables. Ce n'est plus acceptable⁹⁰.

Recommandation 5

Que le gouvernement du Canada encourage les gouvernements provinciaux et territoriaux à mettre en place des mesures afin de s'assurer que les normes professionnelles des organismes de réglementation et d'agrément soient respectées et de

⁸⁸ RIDR, *Témoignages*, 10 avril 2019 (Francyne Joe, présidente, Association des femmes autochtones du Canada). Voir *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*, 2015.

⁸⁹ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (D^{re} Unjali Malhotra, directrice médicale, Autorité sanitaire des Premières Nations).

⁹⁰ RIDR, *Témoignages*, 10 avril 2019 (Melanie Omeniho, présidente, Les Femmes Michif Otipemisiwak).

veiller à ce que des mécanismes soient en place pour enquêter et intervenir en cas de plaintes, et que les politiques et pratiques en matière de consentement protègent adéquatement les patients, surtout lorsqu'ils sont vulnérables.

Recommandation 6

Que le gouvernement du Canada prenne toutes les mesures nécessaires pour mettre en œuvre l'appel à l'action 24 de la Commission de vérité et de réconciliation et veille à ce que les établissements d'enseignement offrant des programmes médicaux, notamment en sciences infirmières, obligent tous les étudiants à suivre un cours sur les questions de santé autochtones, y compris une formation sur la compétence interculturelle, la résolution de conflits, les droits de la personne et la lutte contre le racisme.

Recommandation 7

Que le gouvernement du Canada travaille avec les partenaires compétents pour lancer une campagne de sensibilisation au sujet des droits des patients et des processus liés au consentement et que cette campagne réponde aux besoins particuliers des communautés autochtones, noires, racialisées, éloignées et marginalisées de même qu'aux besoins des personnes handicapées.

Professionnels de la santé autochtones, noirs et racialisés

Quoique la compétence culturelle, le respect des droits et l'application des principes de consentement libre, préalable et éclairé soient le devoir de tous les professionnels de la santé, le Comité a appris de nombreuses personnes ne se sentent pas en sécurité au sein des réseaux de soins de santé en place et que l'on pourrait améliorer les résultats en matière de santé pour les survivantes et les membres des communautés éloignées et marginalisées en offrant du soutien pour renforcer les rangs des professionnels de la santé autochtones, noirs et racialisés, et plus particulièrement les sages-femmes et les doulas.

Lors de son témoignage devant le Comité, M^{me} Delisle a mentionné une aide-infirmière noire qui s'était objectée à ce que le médecin procède à une hystérectomie partielle sans consentement alors qu'elle n'avait que 15 ans. Elle a indiqué qu'après des décennies, elle se sent finalement en sécurité lorsqu'elle a recours au système de santé :

[C]ar j'ai un médecin de couleur, un médecin qui me ressemble. Mais auparavant, je ne me sentais pas en sécurité. Quand j'allais voir un médecin, je ne croyais pas ce qu'il me disait, en partie à cause de ce qui m'était arrivé, mais aussi parce que j'avais

Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada - Partie II

L'impression qu'il ne me comprenait pas ou qu'il ne savait pas comment me traiter. Je n'étais pas convaincue que ces médecins voulaient vraiment m'aider⁹¹.

Comme l'indique la première section du présent rapport, bien des femmes des Premières Nations, métisses et inuites ne se sentent pas en sécurité au sein du système de santé. M^e Lombard a fait remarquer que bien des victimes de stérilisation forcée et contrainte, craignant de retourner dans les établissements où elles ont subi ce préjudice, ne consultent plus jamais un médecin, ce qui entraîne de graves conséquences sur leur santé en général⁹². D^{re} Stote a souligné l'importance des systèmes de santé autochtones, déclarant que :

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 pratiques⁹³.

Comme on le mentionne dans la deuxième section du présent rapport, les participants au forum de 2020 sur le choix et le consentement éclairés dans les services de santé pour les femmes autochtones ont souligné l'importance de l'intégration de sages-femmes autochtones dans le réseau de la santé, notamment pour faciliter l'accès à des services dans les langues autochtones et promouvoir des soins sûrs adaptés aux traumatismes⁹⁴.

Ces priorités faisaient écho aux préoccupations soulevées par les témoins devant le Comité. Anne Curley, vice-présidente, Pauktuutit Inuit Women of Canada, a par exemple expliqué que :

L'imposition du modèle médical occidental a miné et supplanté notre culture traditionnelle de services de sages-femmes et d'accouchement. Par exemple, dans ma communauté de Hall Beach, toutes ses femmes sont dirigées vers des hôpitaux éloignés pour accoucher et y restent pour une longue période. C'est comme si donner naissance à son enfant à la maison contreviendrait à la loi. Cette politique a eu des conséquences

⁹¹ RIDR, *Témoignages*, 16 mai 2022 (Louise Delisle, à titre personnel).

⁹² RIDR, *Témoignages*, 3 avril 2019 (Alisa Lombard, avocate et partenaire, Semaganis Worme Lombard, à titre personnel).

⁹³ RIDR, *Témoignages*, 3 avril 2019 (D^{re} Karen Stote, écrivaine et professeure adjointe, Programme d'études des femmes et de genre, Université Wilfrid Laurier, à titre personnel).

⁹⁴ Le forum national a eu lieu en janvier 2020. Voir : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, *Choix et consentement éclairés dans les services de santé pour les femmes des Premières Nations, inuites et métisses : Rapport sommaire*, 2021.

*sociales et culturelles graves. Nous voulons concilier nos meilleures méthodes culturelles traditionnelles et la médecine occidentale*⁹⁵.

M^{me} Curley a d'ailleurs fait valoir que les investissements dans les services de sages-femmes communautaires dans les collectivités nordiques et éloignées sont particulièrement avantageux, compte tenu des coûts associés au transport des femmes enceintes et de leur aidant vers des hôpitaux éloignés pour accoucher⁹⁶.

La professeure Basile a expliqué que la résurgence des pratiques de maïeutique et de certains rituels autochtones liés à la naissance contribuent à la revitalisation des connaissances dans le domaine et sont des éléments importants de la prise en charge par les femmes autochtones de leur santé⁹⁷.

La professeure Basile a prévenu le Comité que le savoir des femmes autochtones en matière de santé maternelle était trop souvent écarté. Elle a fait remarquer que la Commission de vérité et réconciliation du Canada et l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées ont recommandé que le savoir et les pratiques autochtones soient intégrés aux soins de santé et que ces recommandations sont conformes à l'article 24 de la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*⁹⁸.

Comme indiqué dans la deuxième section du présent rapport, des fonctionnaires de Services aux Autochtones Canada ont mis en lumière les investissements fédéraux à l'appui d'initiatives soutenant les sages-femmes autochtones et les doulas, notamment l'engagement de 33,3 millions de dollars pris dans le Budget de 2021⁹⁹. Cet investissement appuie notamment des programmes de formation de femmes autochtones par des sages-femmes autochtones dans des communautés autochtones.

Des fonctionnaires ont aussi fait remarquer que des projets de maïeutique autochtone se concrétisaient. Par exemple, en février 2022, une naissance assistée par une sage-femme a été célébrée dans la Première Nation de Sturgeon Lake, en Saskatchewan, pour la première fois en 50 ans. Ces mêmes fonctionnaires ont toutefois mentionné que des difficultés et des obstacles permanents réduisaient encore l'accès à ces programmes et ont reconnu que le financement actuel

⁹⁵ RIDR, *Témoignages*, 10 avril 2019 (Anne Curley, vice-présidente, Pauktuutit Inuit Women of Canada).

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (Suzy Basile, professeure, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, à titre personnel).

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (D^r Evan Adams, médecin en chef adjoint de la santé publique, Services aux Autochtones Canada); et RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (Aimie Hillier, directrice par intérim, Division des jeunes et des familles en bonne santé, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Services aux Autochtones Canada).

ne suffirait probablement pas à garantir à chacun l'accès aux soins qu'il devrait pouvoir obtenir localement¹⁰⁰.

Recommandation 8

Que Services aux Autochtones Canada augmentent ses investissements dans les services de sages-femmes communautaires dans les collectivités nordiques et éloignées et qu'il veille à ce que ce financement soit durable et permette de répondre aux besoins de ces collectivités partout au Canada.

Recommandation 9

Que le gouvernement du Canada ne ménage aucun effort pour faciliter la mise en œuvre de l'appel à l'action 23 de la Commission de vérité et de réconciliation dans le but d'accroître le nombre de professionnels de la santé autochtones, de veiller à ce que des fournisseurs de soins de santé autochtones restent dans les collectivités autochtones et de fournir de la formation sur la compétence culturelle aux professionnels de santé de tous les milieux.

Recommandation 10

Que Services aux Autochtones Canada et les autres ministères concernés élargissent des programmes tels que le Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire, afin d'accroître la représentation des Autochtones, des Noirs et des personnes racialisées dans les domaines de la santé.

Collecte de données

Le rapport de 2019 du Comité indiquait que des lacunes dans les données relatives à la stérilisation forcée et contrainte étaient attribuables à la fois à la méthode de consignation des données et aux facteurs qui dissuadent les survivantes de se manifester.

En 2019, des représentants de Santé Canada et de SAC ont informé le Comité que l'information sur les procédures de stérilisation ne comprend pas de données sur l'ethnicité des patientes¹⁰¹. Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique à Santé Canada, a expliqué le peu d'information sur la stérilisation forcée et contrainte récoltée au Canada, indiquant que « Santé Canada ne recueille pas de données et ne fait pas de suivi sur la fréquence de la stérilisation forcée et les conditions dans lesquelles elle se pratique¹⁰² ».

¹⁰⁰ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (Aimie Hillier, directrice par intérim, Division des jeunes et des familles en bonne santé, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Services aux Autochtones Canada).

¹⁰¹ RIDR, *La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada*, juin 2021.

¹⁰² RIDR, *Témoignages*, 15 mai 2019 (Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada).

Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada - Partie II

Lors de son témoignage devant le Comité en 2022, la professeure Basile a expliqué que, bien que plusieurs études sur la stérilisation forcée et contrainte aient été entreprises dans les provinces de l'Ouest, les données et les recherches sont particulièrement déficientes au Québec, ce qui nuit à la reconnaissance de la gravité du problème chez les femmes des Premières Nations et inuites du Québec¹⁰³.

De plus, M^{me} Omeniho a expliqué que la nature hautement personnelle des préjudices subis explique la réticence de survivantes à être identifiées, ce qui contribue à la rareté des données. Dans son témoignage devant le Comité en 2019, elle a déclaré que, pour ces raisons, « [nous] n'avons pas beaucoup de données sur lesquelles nous appuyer, et nous n'en aurons jamais¹⁰⁴ ». Malgré tout, M^{me} Omeniho recommande qu'il « y ait plus de recherches et de données sur les procédures de stérilisation contrainte ou forcée au Canada et que l'on mette l'accent sur la collecte et la diffusion de données ventilées¹⁰⁵ ».

D'autres témoins ont aussi fait valoir qu'il était important d'améliorer la collecte de données pour mieux comprendre l'ampleur du problème, assurer la responsabilisation et faciliter la guérison. Par exemple, D^r Adams a déclaré qu'il était important de disposer de données sur les cas où des politiques sont transgressées, pour pouvoir décider des conséquences appropriées¹⁰⁶.

Recommandation 11

Que le gouvernement du Canada élabore un plan d'action national afin de recueillir et de publier des données anonymisées sur la stérilisation forcée et contrainte afin d'aider les autorités à comprendre pleinement l'ampleur du problème et à mettre en place des solutions adéquates.

Recommandation 12

Que le Parlement se tienne informé de l'évolution de la situation concernant la question de la stérilisation forcée et contrainte au Canada et dans d'autres pays.

Recommandation 13

Qu'un comité parlementaire fasse une étude plus approfondie, si besoin est, sur la question de la stérilisation forcée et contrainte, notamment pour surveiller les mesures que prend le gouvernement afin de régler cette question et pour faire de nouvelles recommandations.

¹⁰³ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (Suzy Basile, professeure et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, à titre personnel).

¹⁰⁴ RIDR, *Témoignages*, 10 avril 2019 (Melanie Omeniho, présidente, Les Femmes Michif Otipemisiwak).

¹⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶ RIDR, *Témoignages*, 25 avril 2022 (D^r Evan Adams, médecin en chef adjoint de la santé publique, Services aux Autochtones Canada).

Liste complète des recommandations

Recommandation 1

Qu'un projet de loi soit déposé afin d'ajouter une infraction relative à la stérilisation forcée et contrainte dans le *Code criminel*.

Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada travaille avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'adopter une approche non accusatoire à compétence double;

- pour étudier les effets cliniques, psychologiques et physiques de la stérilisation en général, et de la stérilisation forcée et contrainte en particulier, en faire rapport et les inclure dans la formation;
- pour mandater les associations médicales et les organes professionnels de réglementation et d'agrément afin qu'ils dénoncent la stérilisation forcée et contrainte et fournissent un cadre de consentement clair et conforme aux principes juridiques en vigueur;
- pour veiller à ce que tous les professionnels de la santé soient tenus de suivre une formation intensive sur la relation fiduciaire médecin/patient, l'autonomie corporelle et l'autodétermination médicale, et pour exiger que les professionnels de la santé soient tenus de suivre cette formation comme condition à leur agrément;
- pour favoriser et accroître la rigueur des processus disciplinaires des collègues afin d'atteindre les objectifs urgents susmentionnés.

Recommandation 3

Que le gouvernement du Canada, guidé par des personnes survivantes, élabore un régime de dédommagement qui tienne compte des préjudices directs et indirects de la stérilisation forcée et contrainte.

Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada présente des excuses officielles, au nom de tous les Canadiens, à toutes les personnes qui ont été soumises à la stérilisation forcée et contrainte au Canada.

Recommandation 5

Que le gouvernement du Canada encourage les gouvernements provinciaux et territoriaux à mettre en place des mesures afin de s'assurer que les normes professionnelles des organismes de réglementation et d'agrément soient respectées et de veiller à ce que des mécanismes soient en place pour enquêter et intervenir en cas de

plaintes, et que les politiques et pratiques en matière de consentement protègent adéquatement les patients, surtout lorsqu'ils sont vulnérables.

Recommandation 6

Que le gouvernement du Canada prenne toutes les mesures nécessaires pour mettre en œuvre l'appel à l'action 24 de la Commission de vérité et de réconciliation et veille à ce que les établissements d'enseignement offrant des programmes médicaux, notamment en sciences infirmières, obligent tous les étudiants à suivre un cours sur les questions de santé autochtones, y compris une formation sur la compétence interculturelle, la résolution de conflits, les droits de la personne et la lutte contre le racisme.

Recommandation 7

Que le gouvernement du Canada travaille avec les partenaires compétents pour lancer une campagne de sensibilisation au sujet des droits des patients et des processus liés au consentement et que cette campagne réponde aux besoins particuliers des communautés autochtones, noires, racialisées, éloignées et marginalisées de même qu'aux besoins des personnes handicapées.

Recommandation 8

Que Services aux Autochtones Canada augmentent ses investissements dans les services de sages-femmes communautaires dans les collectivités nordiques et éloignées et qu'il veille à ce que ce financement soit durable et permette de répondre aux besoins de ces collectivités partout au Canada.

Recommandation 9

Que le gouvernement du Canada ne ménage aucun effort pour faciliter la mise en œuvre de l'appel à l'action 23 de la Commission de vérité et de réconciliation dans le but d'accroître le nombre de professionnels de la santé autochtones, de veiller à ce que des fournisseurs de soins de santé autochtones restent dans les collectivités autochtones et de fournir de la formation sur la compétence culturelle aux professionnels de santé de tous les milieux.

Recommandation 10

Que Services aux Autochtones Canada et les autres ministères concernés élargissent des programmes tels que le Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire, afin d'accroître la représentation des Autochtones, des Noirs et des personnes racialisées dans les domaines de la santé.

Recommandation 11

Que le gouvernement du Canada élabore un plan d'action national afin de recueillir et de publier des données anonymisées sur la stérilisation forcée et contrainte afin d'aider les autorités à comprendre pleinement l'ampleur du problème et à mettre en place des solutions adéquates.

Recommandation 12

Que le Parlement se tienne informé de l'évolution de la situation concernant la question de la stérilisation forcée et contrainte au Canada et dans d'autres pays.

Recommandation 13

Qu'un comité parlementaire fasse une étude plus approfondie, si besoin est, sur la question de la stérilisation forcée et contrainte, notamment pour surveiller les mesures que prend le gouvernement afin de régler cette question et pour faire de nouvelles recommandations.

Conclusion

Les témoignages confirment que la stérilisation forcée et contrainte continue d'être pratiquée au Canada. Les témoins ont décrit différentes formes de coercition : confinement, manipulation, exploitation de la vulnérabilité, omission de consulter la patiente avant de lui enlever à jamais la capacité de concevoir un enfant. La plupart des survivantes attribuent leur stérilisation au racisme. Certaines ont même ajouté que la stérilisation forcée et contrainte fait partie d'un plus large système ciblant les communautés et les nations autochtones.

Les témoins ont déclaré que les personnes qui pratiquent la stérilisation forcée et contrainte doivent être tenues responsables de leurs gestes. Elles ont aussi expliqué pourquoi le dédommagement des victimes est nécessaire. Tout en soulignant l'importance d'améliorer les processus d'obtention du consentement et de mieux former les professionnels de la santé, elles ont aussi rendu compte au Comité des avantages de la représentation des groupes minoritaires au sein des professions médicales.

Lorsque le Comité a entrepris d'approfondir l'étude ayant mené à son rapport en 2021, les sénateurs étaient conscients du fait qu'il y avait peu de données sur la stérilisation forcée et contrainte au Canada. Il revenait donc aux survivantes de venir raconter leur histoire, ce qui représentait pour elles un lourd fardeau. Le Comité était conscient de la difficulté de cette tâche. Or, le témoignage de ces femmes et celui des personnes qui ont partagé leur précieuse expertise ont permis au Comité de mieux comprendre les effets à long terme de la stérilisation forcée et contrainte sur les survivantes, leurs familles et leurs communautés. Les informations recueillies ont également aidé le Comité à formuler des recommandations visant à mettre fin à cette pratique.

Le Comité est reconnaissant envers tous les témoins qui ont partagé leur expertise et leurs expériences tout au long de l'étude, en particulier les nombreuses survivantes qui ont courageusement décrit en détail des expériences traumatisantes qui n'auraient jamais dû se produire. Le Comité espère que le présent rapport mettra en lumière l'importance de leurs points de vue et mènera à des changements qui marqueront pour de bon la fin de ce chapitre odieux de notre histoire.

ANNEXE A – Témoins

Lundi 25 avril 2022

- D^r Evan Adams, médecin en chef adjoint de la santé publique, Services aux Autochtones Canada
- Suzy Basile, professeure et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
- Aimie Hillier, directrice par intérim, Division des jeunes et des familles en bonne santé, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Services aux Autochtones Canada
- Me Alisa Lombard, avocate, Lombard Law
- D^{re} Unjali Malhotra, directrice médicale, Santé des femmes, Autorité sanitaire des Premières Nations
- Tasha Stefanis, vice-présidente adjointe, Agence de la santé publique du Canada

Lundi 2 mai 2022

- Elizabeth Esquega, Survivante
- Me Alisa Lombard, avocate, Lombard Law
- Morningstar Mercredi, Survivante
- Nicole Rabbit, Survivante
- Sylvia Tuckanow, Survivante
- Melika Pop, Survivante
- Témoin B, infirmière autorisée, Survivante

Lundi 9 mai 2022

- Madeleine Redfern, présidente, Amautiit Nunavut Inuit Women's Association
- Gerri Sharpe, présidente, Pauktuutit Inuit Women of Canada
- Témoin A, Survivante
- Shauna-Marie Young, directrice des programmes, Pauktuutit Inuit Women of Canada

Lundi 16 mai 2022

- Louise Delisle, Survivante
- Lucy Nickerson, Survivante

ANNEXE B – À propos de l'artiste

Les magnifiques illustrations que vous voyez sur ces pages sont l'œuvre de Lisa Boivin, une membre de la Première Nation Deninu Kue. Artiste interdisciplinaire, elle est aussi doctorante à l'Institut des sciences de la réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto.



SÉNAT | SENATE
CANADA

Imprimé par le service des impressions du Sénat /
Printed by Senate Printing Service