

L'urgence de cette question a récemment suscité l'attention sur les plans national et international et a ouvert la voie à une collaboration entre des activistes pour les droits de la personne, des politiciens et des alliés pour documenter la vérité et faire pression pour des changements législatifs et politiques.



souhaitée personnellement par la patiente. Toutefois, lorsque cette procédure est forcée ou réalisée sous la contrainte, elle peut avoir d'horribles conséquences sur la santé et le bien-être physiques et mentaux et des patientes, de leur famille et de leur communauté. Elle peut altérer la confiance à l'égard des systèmes de santé et entraver considérablement la perception qu'a la patiente d'elle-même, sa confiance en elle et sa féminité (Boyer & Bartlett, 2017). Les femmes autochtones, en particulier, ont une longue histoire de stérilisation forcée et contrainte et continuent de subir de telles procédures de manière disproportionnée. Bien que le nombre exact de femmes autochtones au Canada ayant vécu cette déchirante expérience soit sous-déclaré et sous-estimé (House of Commons, 2019d; Senate of Canada, 2021), en 2018, plus de 100 femmes et filles autochtones de plusieurs provinces et territoires se sont élevées pour dénoncer et relater des expériences traumatisantes de stérilisation forcée ou contrainte vécues dans

des établissements hospitaliers (HOC Standing Committee on Health, 2019a). La pratique de la stérilisation forcée et contrainte est internationalement reconnue comme un acte de torture et de génocide (Senate of Canada, 2022; United Nations [UN] General Assembly, 2016). Elle est considérée comme une « violation flagrante des droits de la personne et de l'éthique médicale » (HOC Standing Committee on Health, 2019d, p. 5) et doit cesser.

L'urgence de cette question a récemment suscité l'attention sur les plans national et international et a ouvert la voie à une collaboration entre des activistes pour les droits de la personne, des politiciens et des alliés pour documenter la vérité et faire pression pour des changements législatifs et politiques. Une large part de ces travaux consiste en des recommandations visant les systèmes de santé, les établissements d'enseignement, les ordres professionnels et tous les paliers de gouvernement. Le présent document d'information

regroupe et résume ces efforts et constitue un point de départ pour en savoir plus sur cet enjeu, tant du point de vue national que mondial. L'information qu'il contient vise à favoriser des discussions productives et éclairées dans les communautés, au sein des systèmes de santé et à l'échelle des structures, et à accroître les connaissances et la sensibilisation à l'égard de stratégies fondées sur des données probantes visant à mettre fin à cette pratique haineuse que constitue la stérilisation forcée et contrainte chez les femmes et les filles autochtones. À cette fin, les sections qui suivent livrent un survol du contexte canadien lié à cette pratique et expliquent comment le Canada a abordé cet enjeu, comment il est pris en charge à l'échelle mondiale et ce qui devrait être fait pour la suite des choses.



Contexte : ce que nous savons de cette pratique

L'un des effets les plus envahissants de la stérilisation forcée et contrainte est la violation directe du droit des patientes à tous les aspects d'un consentement libre, préalable et éclairé à toute intervention médicale (Senate of Canada, 2021). Dans ce contexte, le consentement préalable, libre et éclairé englobe la « capacité de consentement », non altérée par des facteurs de stress tels que la grossesse ou l'accouchement; une divulgation précise et complète des risques, des conséquences et des solutions de rechange en matière de contraception; « suffisamment de temps, dans un environnement approprié » pour analyser l'information, soupeser les options et exercer un choix éclairé; et une information fournie sans contrainte ni biais, quels qu'ils soient (Lombard, 2019, comme cité dans Senate of Canada, 2021, p. 15). Au Canada, le devoir qu'ont les professionnels de la santé d'obtenir un consentement libre,

préalable et éclairé de la part des patients est régi par des politiques prises en vertu des organismes de réglementation des professionnels de la santé. De plus, l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (Constitution Act, 1982) protège, en vertu de la Constitution, les droits génésiques et la sécurité des personnes. La jurisprudence explique notamment ce droit de la façon suivante :

[traduction] le droit d'une personne de déterminer ce qui peut ou ne peut pas être fait à son propre corps, et de ne pas subir une intervention médicale non consentie est profondément enraciné dans le common law [canadien]. Ce droit est le fondement même de la notion de consentement éclairé [...] chaque adulte en pleine possession de ses facultés a le droit de ne pas subir un traitement médical non désiré (*Fleming v. Reid*, 1991).

Malgré cela, des témoignages de femmes autochtones ayant subi une stérilisation forcée ou sous contrainte et les rapports d'enquête

font tous état d'un modèle historique de professionnels du milieu médical qui négligent d'obtenir un consentement libre, préalable et éclairé sans contrainte, souvent au détriment des droits et de la sécurité des femmes et filles autochtones en état de vulnérabilité. Cette pratique est influencée par une longue tradition de politiques discriminatoires et d'idéologies paternalistes (Billinger, 2014; Stote, 2012).

Jusque dans les années 1970, l'Alberta (1928) et la Colombie-Britannique (1933) disposaient d'instruments législatifs sur la stérilisation sexuelle pour légaliser la stérilisation forcée chez les femmes et les filles jugées « déficientes mentales » (*Sexual Sterilization Act*, R.S.A. 1928, c. 37, s.1) –, ce qui signifiait que ces personnes possédaient des capacités intellectuelles variées ou souffraient d'une maladie mentale. Le consentement à l'intervention n'était nécessaire que pour les femmes jugées, par le gouvernement de la province (par l'entremise d'un « Conseil d'eugénique » en Colombie-

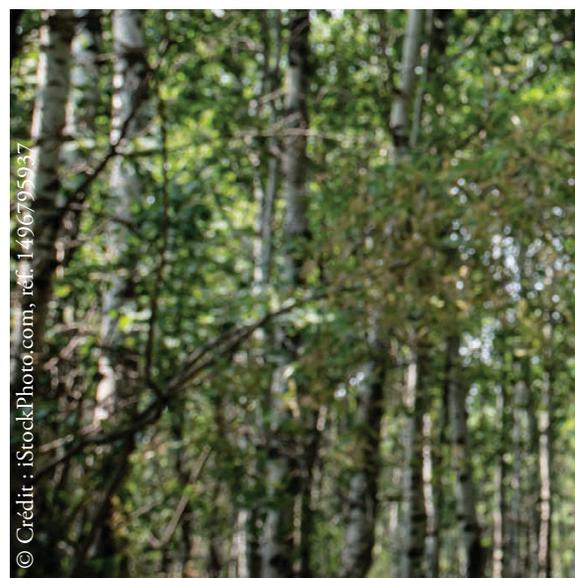


... des témoignages de femmes autochtones ayant subi une stérilisation forcée ou sous contrainte et les rapports d'enquête font tous état d'un modèle historique de professionnels du milieu médical qui négligent d'obtenir un consentement libre, préalable et éclairé sans contrainte, souvent au détriment des droits et de la sécurité des femmes et filles autochtones en état de vulnérabilité.

Britannique), comme étant aptes sur le plan psychologique et capables de donner leur consentement (désigné sous le nom de « consentement valide » en Alberta) (*Sexual Sterilization Act*, R.S.A. 1928, c. 37, s.1; *Sexual Sterilization Act*, R.S.B.C. 1933, c. 59). Des lois similaires ont été proposées en Saskatchewan, au Manitoba et en Ontario, mais n'ont pas été adoptées (Senate of Canada, 2021). Malgré l'absence de législation, des procédures de stérilisation forcée se sont poursuivies en grand nombre partout au pays (Stote, 2012). Cette pratique était souvent réalisée dans un souci de « bonne volonté » par des professionnels de la santé qui jugeaient que la stérilisation était une mesure de santé publique susceptible d'améliorer la société (Stote, 2012, p. 124). En vertu de ce mode de pensée, les fournisseurs de soins de santé cherchaient à utiliser la stérilisation comme moyen d'atténuer ou de prévenir la pauvreté en réduisant le nombre de personnes – souvent avec un biais préjudiciable à l'égard des femmes autochtones et des autres marginalisées – qui naissaient dans la pauvreté et dépendaient des programmes sociaux du gouvernement (Billinger, 2014; Stote, 2012).

Bien que les politiques en matière de stérilisation ciblaient principalement les femmes des établissements de détention ou de soins de santé mentale (de même que les filles vivant dans les asiles industriels pour filles

de la Colombie-Britannique), la documentation montre que des centaines de femmes des Premières Nations, inuites et métisses ont été stérilisées de force en vertu de ces politiques (Billinger, 2014; Boyer & Bartlett, 2017; Senate of Canada, 2022; Stote, 2012). Des hypothèses paternalistes et des attitudes racistes ont fait en sorte que de nombreuses femmes et filles autochtones ont été jugées « déficientes mentales » ou « inaptes », ce qui justifiait que l'on contournait toutes les exigences en vue d'obtenir un consentement à une procédure de stérilisation (Billinger, 2014; Stote, 2012). La stérilisation forcée et contrainte des femmes et filles autochtones était également pratique courante dans les « hôpitaux indiens » administrés par le gouvernement fédéral⁴ (Senate of Canada, 2021, p. 17). Ces politiques ont toutes été éliminées dans les années 1970, mais ces pratiques se poursuivent dans tous les coins du pays encore aujourd'hui (Boyer, 2020; Boyer & Bartlett, 2017; Senate of Canada, 2022; Zingel, 2022). Comme l'expliquent les récentes données probantes, l'historique de cette intervention au Canada positionne la stérilisation forcée des femmes autochtones comme étant « correspond aussi à la façon dont d'autres services médicaux sont mis à la disposition des peuples autochtones parfois, comme des tentatives de contrôler leurs corps tout en criminalisant les pratiques de santé et de reproduction autochtones » (Senate of Canada, 2021, p. 22).



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 1496795937

Que se passe-t-il au Canada?

Au Canada, de nombreuses études et de nombreux rapports portent sur les enjeux de santé et de droits de la personne liés à la stérilisation forcée et contrainte des femmes et des filles autochtones (Boyer & Bartlett, 2017; HOC Standing Committee on Health, 2019d; Senate of Canada, 2021, 2022; Stote, 2012). Ces rapports visent à comprendre les complexités historiques et contemporaines de cet enjeu ainsi que les réalités traumatiques de cette intervention du point de vue des patientes et des personnes qui en sont témoin. Ce document d'information présente certains rapports issus des autorités provinciales de la santé, du gouvernement du Canada et des organisations de santé autochtones nationales.

⁴ Les ailes séparées en fonction de la race qu'ont été les « hôpitaux indiens », les « quartiers indiens » et les « annexes pour Indiens » (généralement situés au sous-sol des hôpitaux destinés à la population en général) ont été créées à la fin des années 1800 par le gouvernement fédéral pour les soins médicaux des membres des Premières Nations et des Inuits. En 1981, tous les hôpitaux « indiens » avaient été fermés ou transformés en établissements non séparés (Lux, 2018).



... les femmes autochtones ayant subi une stérilisation contrainte ... s'être senties invisibles et impuissantes, et pensaient qu'elles avaient fait l'objet de profilage. Ces femmes ont parlé d'abus de pouvoir de la part des fournisseurs de soins qui ont eu recours à la désinformation, à des tactiques alarmistes, à de l'intimidation et même aux antécédents médicaux de ces femmes comme argument pour influencer leur décision de subir une ligature des trompes

(Boyer & Bartlett, 2017).

À l'échelle provinciale

En 2015, deux femmes autochtones de la Saskatchewan ont divulgué publiquement et relaté ce qu'elles avaient vécu lors d'une stérilisation réalisée sous la contrainte sans qu'elles aient pu donner un consentement libre, préalable et éclairé (Adam, 2015). Leurs révélations ont depuis donné lieu à des enquêtes internes et externes sur la région sanitaire de Saskatoon (Saskatoon Health Region, ou SHR) et sur ses pratiques entourant les procédures de stérilisation, principalement la ligature des trompes (Boyer & Bartlett, 2017).

À la suite de l'enquête interne, la SHR (maintenant centralisée et prise en charge par la SHA, l'autorité sanitaire de la Saskatchewan), a révisé sa politique relative à la ligature des trompes post-partum afin de tenir compte du consentement libre, préalable et éclairé (Royal University Hospital, 2016). La nouvelle politique interdit la stérilisation immédiatement après l'accouchement et interdit également à tout membre du

personnel soignant de discuter de cette procédure, à moins qu'une discussion initiale ait eu lieu entre la patiente et un fournisseur de soins avant l'hospitalisation et que cette discussion soit documentée dans le dossier prénatal de la patiente (Royal University Hospital, 2016). Cette nouvelle politique a été critiquée par les fournisseurs de soins en raison d'une part de son élaboration rapide et dans le cadre de laquelle les femmes ayant subi l'intervention ont été très peu consultées, et d'autre part parce que le personnel soignant veillant à la mise en œuvre de cette politique a été très peu renseigné et formé sur le sujet (Boyer & Bartlett, 2017). La nouvelle politique comporte aussi des lacunes qui désavantagent les personnes qui n'ont pas de médecin de famille, car le besoin possible d'une ligature des trompes doit obligatoirement avoir fait l'objet d'un entretien avec le médecin de famille habituel, et ce, avant l'hospitalisation (Boyer & Bartlett, 2017). En raison des contraintes imposées par la nouvelle politique, la SHR a pris des dispositions pour

procéder à un examen externe plus approfondi et plus sérieux de cette question. En 2017, la sénatrice Yvonne Boyer et la D^{re} Judith Bartlett ont mené une enquête externe et se sont penchées sur les réalités propres à la stérilisation contrainte dans la SHR en tenant compte des points de vue des fournisseurs de soins et des femmes autochtones qui avaient senti qu'on les forçait à subir une ligature des trompes immédiatement après leur accouchement (Boyer & Bartlett, 2017).

Le rapport de Boyer et Bartlett (2017) fait état d'expériences similaires vécues par les femmes autochtones ayant subi une stérilisation contrainte, alors que ces femmes ont dit s'être senties invisibles et impuissantes, et pensaient qu'elles avaient fait l'objet de profilage. Ces femmes ont parlé d'abus de pouvoir de la part des fournisseurs de soins qui ont eu recours à la désinformation, à des tactiques alarmistes, à de l'intimidation et même aux antécédents médicaux de ces femmes comme argument pour

influencer leur décision de subir une ligature des trompes (Boyer & Bartlett, 2017). Les fournisseurs de soins de santé, de leur côté, ont parlé des difficultés liées à la politique et du manque de coordination à l'échelle du système comme étant les principaux aspects contribuant à cette situation (Boyer & Bartlett, 2017). Les fournisseurs de soins ont parlé de manques d'information relative aux politiques sur la ligature des trompes et aux valeurs qui y sont associées et ont évoqué le manque de cohérence entre les fournisseurs de soins de santé et les travailleurs sociaux des Services à l'enfance et à la famille (SEF) et les communications minimales entre ces intervenants. En fait, le rôle et la présence des travailleurs sociaux des SEF durant la période de l'accouchement ont été régulièrement cités comme problématiques par les femmes comme par les fournisseurs de soins de santé. Comme l'ont expliqué les fournisseurs de soins, les travailleurs sociaux des SEF sont souvent responsables de la prise en charge d'enfants et leur rôle dans le cadre de grossesses précises n'est pas communiqué aux fournisseurs de soins de santé. La méthode utilisée par les travailleurs sociaux des SEF pour obtenir des renseignements sur les patientes est également floue. La présence des travailleurs sociaux des SEF dans les hôpitaux entraîne donc un surplus de stress tant pour les femmes que pour les fournisseurs de soins de santé et est perçue comme un facteur

médiateur en ce qui concerne la ligature des trompes réalisée sous contrainte (Boyer & Bartlett, 2017). Enfin, le rapport révèle que l'environnement hospitalier et, en particulier, les attitudes racistes à l'égard des femmes autochtones, ainsi que la discrimination, les biais et l'ignorance culturelle, entraînent souvent une « contrainte subtile » (p. 30), c'est-à-dire des explications pour justifier la ligature des trompes qui sont inaccessibles (p. ex., non offertes dans un langage clair) ou insuffisantes (p. ex., s'il y a absence de discussions sur d'autres moyens de contraception) (Boyer & Bartlett, 2017).

L'enquête externe de la SHR a permis une sensibilisation à la question de la stérilisation contrainte et a eu un effet d'entraînement sur les modifications aux politiques. Depuis la fin de l'enquête, plus de 100 femmes autochtones se sont jointes à un recours collectif contre la SHR et plusieurs autres recours collectifs continuent de voir le jour. Plusieurs de ces recours concernent des femmes en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, au Québec et en Nouvelle-Écosse (Boyer, 2020; Narine, 2022). Dans le cadre des changements apportés aux politiques, la SHA a instauré depuis un programme d'accompagnement à la naissance pour les femmes autochtones. Ce programme offre aux femmes autochtones « des soins respectueux, adaptés sur

le plan culturel et sensibles aux traumatismes subis, et ce, durant le travail, l'accouchement et après l'accouchement » (Pantey et al., 2022, p. 1). La SHA a également rapidement révisé la politique relative à la ligature des trompes afin d'y préciser plus clairement la procédure pour obtenir un consentement libre, préalable et éclairé, l'importance d'un tel consentement et pour réitérer son engagement à créer « une culture inclusive, enracinée dans [...] la sécurité, la responsabilité, le respect, la collaboration et la compassion » en l'honneur des populations des Premières Nations et des Métis (SHA, 2021, p.1).

Dans la foulée, en novembre 2022, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue ont publié leur étude approfondie relative aux actes d'interventions de stérilisation imposée⁵ chez les femmes des Premières Nations et les Inuites du Québec (Basile & Bouchard, 2022). Cette étude découle de la nécessité de recueillir des données et d'avoir une compréhension plus large des réalités et de la gravité de cet enjeu dans la province. Les chercheurs expliquent la nécessité de comprendre la qualité de l'information fournie aux patientes concernant les procédures de stérilisation et les facteurs environnementaux qui leur sont associés et qui pourraient

⁵ La stérilisation imposée désigne le fait de réaliser une intervention visant la stérilisation chez une personne sans qu'elle le sache. Cette expression est différente de la stérilisation forcée ou contrainte et est utilisée par la CSSSPNQL et l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue dans leur rapport afin de donner une représentation fidèle des expériences vécues par les femmes inuites et des Premières Nations.

influencer la façon de donner leur consentement à ces procédures ou les motifs pour le faire (p. ex., la communication entre les fournisseurs de soins de santé et la patiente, les attributs visibles de sécurité culturelle, l'espace de prise de décision nécessaire accordé à la patiente). Les chercheurs ont recueilli 35 témoignages⁶, et 20 autres auraient pu être recueillis si la pandémie de COVID-19 n'avait pas entraîné les défis logistiques et les difficultés que l'on sait (Basile & Bouchard, 2022).

Parmi les témoignages recueillis, neuf femmes avaient subi une stérilisation imposée, 13 autres avaient vécu une stérilisation imposée et de la violence obstétrique⁷, trois avaient subi un avortement imposé, six de la violence obstétrique dans le cadre d'une tentative de stérilisation

Plusieurs de ces femmes ... ont aussi souligné qu'elles avaient un accès limité à de l'information sur l'hystérectomie et la ligature des trompes, surtout en ce qui concerne le caractère permanent de ces interventions et leurs effets sur la fertilité, ou sur des formes de contraception autres que la ligature des trompes, pour les aider à prendre une décision éclairée.

imposée et quatre avaient été témoins d'actes de stérilisation imposée et de violence obstétrique (Basile & Bouchard, 2022). Dans la plupart des cas, les femmes ont parlé de désinformation sur les formulaires de consentement ou d'absence manifeste de ceux-ci et de pressions exercées à leur endroit pour consentir à des interventions de stérilisation. Plusieurs de ces femmes (22 sur 35) ont aussi souligné qu'elles avaient un accès limité à de l'information sur l'hystérectomie et la ligature des trompes, surtout en ce qui concerne le caractère permanent de ces interventions et leurs effets sur la fertilité, ou sur des formes de contraception autres que la ligature des trompes, pour les aider à prendre une décision éclairée. Une femme a raconté qu'en relisant la section sur sa césarienne d'un formulaire de consentement,

elle s'était rendu compte que le formulaire mentionnait aussi qu'on ferait une « ligature des trompes » et que le tout avait été apparemment intégré au formulaire « par erreur ». Une autre femme a subi une hystérectomie durant sa chirurgie pour la vessie, sans avoir pu en discuter ni donner son consentement. Parmi tous ces témoignages, les chercheurs ont constaté des points communs, plus précisément la peur et la méfiance des femmes inuites et des Premières Nations à l'égard du système de santé en général et des récits de traitement différents que ceux offerts aux autres patientes, de racisme anti-autochtone et de discrimination, en plus d'un mépris total de leur droit à un consentement libre, préalable et éclairé (Basile & Bouchard, 2022).



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 1358342283

⁶ Le nombre de femmes inuites et des Premières Nations ayant vécu une stérilisation imposée est considéré comme étant sous-estimé (Basile & Bouchard, 2022).

⁷ La violence obstétrique est une forme de violence systémique vécue dans les établissements de soins de santé lorsque des professionnels de la santé posent ou non certains actes durant l'accouchement, sans que la patiente s'en rende compte ou en soit informée.



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 637201720

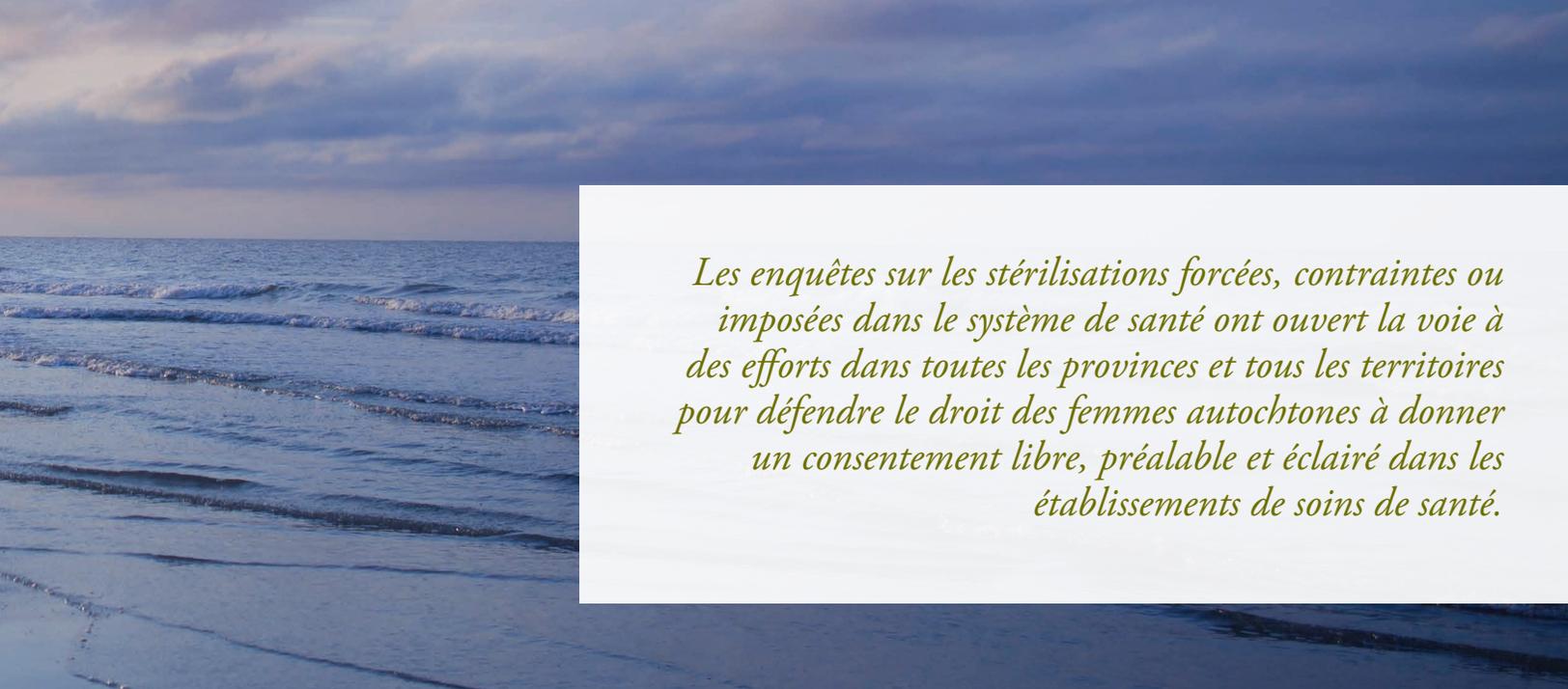
Dans les semaines qui ont suivi la publication du rapport de la CSSSPNQL et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, des appels ont été lancés pour une deuxième phase de cette enquête afin de pouvoir entendre plus de témoignages de personnes ayant subi ou été témoins de procédures de stérilisation imposée (Narine, 2022). Jusqu'à 12 femmes atikamekw ont aussi amorcé des travaux en vue de déposer une demande de recours collectif contre le Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, au Québec, et contre trois médecins, parce qu'elles avaient subi une stérilisation sans y avoir consenti (Narine, 2022). Des changements aux politiques sont attendus dans le système de santé du Québec après que le ministre responsable des Relations avec les Premières Nations et les Inuits ait réitéré l'engagement de son gouvernement

à enchâsser la sécurité culturelle dans les lois sur les soins de santé de la province (Stevenson, 2022). Ce travail est proposé aux termes du projet de loi 32, *Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux*, et fait l'objet d'un examen par l'Assemblée nationale du Québec.

En 2024, le Collège des médecins du Québec a publié un plan d'action en sept étapes en réponse au rapport de 2022 de la CSSSPNQL et de l'Université du Québec en Abitibi Témiscamingue et ses recommandations (Basile & Bouchard, 2022). Le plan vise à regagner la confiance des femmes des Premières Nations et inuites dans le système de santé du Québec et à « assurer que plus jamais aucune femme ne subisse une stérilisation à son insu ou contre son gré » (Collège des médecins

du Québec, 2024, p. 2). Le plan d'action prévoit la révision du *Code de déontologie des médecins* pour y proscrire toute discrimination basée sur la culture et l'identité; l'imposition à tous les médecins d'une formation de base obligatoire en sécurisation culturelle, créée par le Collège des médecins du Québec; l'amélioration de la formation des médecins sur le consentement éclairé et la création d'outils de sensibilisation en matière de santé reproductive en collaboration avec les partenaires des Premières Nations et inuits (Collège des médecins du Québec, 2024). Les spécialistes de la question affirment que le plan pourrait constituer une action politique prometteuse, de laquelle d'autres organismes médicaux directeurs pourraient tirer des leçons dans le but de mettre fin à la violence obstétrique dans toutes les administrations (Rukavina, 2024).





Les enquêtes sur les stérilisations forcées, contraintes ou imposées dans le système de santé ont ouvert la voie à des efforts dans toutes les provinces et tous les territoires pour défendre le droit des femmes autochtones à donner un consentement libre, préalable et éclairé dans les établissements de soins de santé.

Les enquêtes sur les stérilisations forcées, contraintes ou imposées dans le système de santé ont ouvert la voie à des efforts dans toutes les provinces et tous les territoires pour défendre le droit des femmes autochtones à donner un consentement libre, préalable et éclairé dans les établissements de soins de santé. La First Nations Health Authority (FNHA), en Colombie-Britannique, la Metis Nation of Ontario, Perinatal Services BC et la sénatrice Yvonne Boyer ont par exemple préparé un document intitulé *Shared Decision-Making Guide and Form: Informed Consent for Contraception* (guide et formulaire de prise de décision commune : consentement éclairé à la contraception) qui vise à empêcher que des décisions relatives à la contraception soient prise en milieu de soins actifs (soit juste avant, pendant ou après l'accouchement) et à veiller

à ce que la voix des patientes soit entendue et comprise (FNHA & Perinatal Services BC, n.d., p. 1). Cette ressource explique la nécessité encore plus grande du consentement pour les peuples des Premières Nations, les Inuits et les Métis. Elle propose une série de questions pour encadrer des échanges productifs entre un fournisseur de soins de santé et une patiente relativement au consentement et permet de s'assurer que si un consentement est accordé, il s'agit bien d'un consentement éclairé, exempts de facteurs de stress et accordé dans un cadre approprié (FNHA & Perinatal Services BC, n.d.). De plus, les ordres professionnels tels que le College of Physicians and Surgeons of British Columbia (CPSBC) ont aussi rencontré les nouveaux inscrits, des membres du public et des groupes de défense des droits des patients

pour contribuer à l'élaboration d'une nouvelle norme de pratique concernant l'importance d'obtenir un consentement éclairé, conformément aux principes d'humilité culturelle (Oetter, 2022). La nouvelle norme de pratique devrait renseigner les professionnels de la santé sur la démarche de consentement en fonction des besoins propres à des contextes culturels variés, y compris les besoins des Autochtones. Cette mesure vise à faire en sorte que la démarche de consentement soit à la fois appropriée et sécuritaire sur le plan culturel (Oetter, 2022). L'élaboration de cette norme se veut une réponse à la sensibilisation croissante au phénomène de la stérilisation forcée et contrainte chez les femmes autochtones, comme il est documenté dans des rapports provinciaux et fédéraux (Oetter, 2022).

La question de la sous-déclaration et de la sous-estimation de l'incidence des interventions de stérilisation forcée et contrainte en raison du manque d'environnements sécuritaires sur le plan culturel a aussi été soulevée. Le racisme et les attitudes colonialistes à l'égard des Autochtones dans le système de santé ont été mentionnés comme en étant certaines des causes fondamentales (HOC Standing Committee on Health, 2019d).



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 1319031454

À l'échelle fédérale

La réponse du gouvernement fédéral à la stérilisation forcée et contrainte des femmes et des filles autochtones tire aussi son origine des enquêtes externes de la SHR et est dirigée en grande partie par le Comité sénatorial permanent des droits de la personne et par le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Ces deux comités ont récemment étudié cette question et ont produit des rapports dont les résultats et les recommandations pour un changement étaient similaires.

En 2019, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a étudié cette question dans le cadre de deux rencontres auxquelles ont participé des personnes qui avaient été témoin d'interventions de stérilisation forcée et contrainte et d'autres détenteurs du savoir sur ce sujet. Les conclusions de ces rencontres sont résumées dans un rapport final présenté à la

Chambre des communes et contenant 18 recommandations pour prendre efficacement en charge et mettre un terme à la stérilisation forcée et contrainte des femmes autochtones au Canada (HOC Standing Committee on Health, 2019d; HOC Standing Committee on Health, 2019b). Ces discussions ont permis d'obtenir des preuves suffisantes des lacunes dans les pratiques habituelles en soins de santé pour obtenir un consentement libre, préalable et éclairé avant la stérilisation, lesquelles font en sorte que les fournisseurs de soins de santé enfreignent « l'alliance thérapeutique entre le patient et le fournisseur de soins de santé... [et la] responsabilité éthique quant à l'autonomie du patient » – deux grandes composantes des soins selon lesquels les médecins sont pleinement informés et responsables (Blake, 2019, comme cité dans HOC Standing Committee on Health, 2019d, p. 5). D'ailleurs, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a constaté

peu ou pas de mesures permettant aux systèmes de santé ou de justice de tenir les fournisseurs de soins de santé et les organismes responsables (HOC Standing Committee on Health, 2019d). La question de la sous-déclaration et de la sous-estimation de l'incidence des interventions de stérilisation forcée et contrainte en raison du manque d'environnements sécuritaires sur le plan culturel a aussi été soulevée. Le racisme et les attitudes colonialistes à l'égard des Autochtones dans le système de santé ont été mentionnés comme en étant certaines des causes fondamentales (HOC Standing Committee on Health, 2019d). La mise en place de structures de responsabilisation et une amélioration des méthodes de collecte de données et de production de rapports sont les recommandations majeures proposées par le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (HOC Standing Committee on Health, 2019d).

En juin 2021 et juillet 2022, le Comité sénatorial permanent des droits de la personne a publié, respectivement, son rapport préliminaire et son rapport final sur les réalités troublantes et horribles de la stérilisation forcée et contrainte chez les femmes au Canada en général, bien qu'une large part du contenu de ces documents traitait particulièrement des expériences vécues par les femmes autochtones (Senate of Canada, 2021, 2022). Chaque rapport explique les liens directs entre le racisme et la stérilisation forcée et se penche sur les visées colonialistes et génocidaires qui sous-tendent cette pratique (Senate of Canada, 2021, 2022). Le rapport final relate les témoignages de femmes autochtones ayant subi une stérilisation forcée et contrainte et établit des liens entre leurs expériences communes du racisme flagrant et de la discrimination et les répercussions à long terme pour elles-mêmes, leur famille et leur

communauté (Senate of Canada, 2022). De nombreuses femmes ont dit avoir vécu de la dépression et un trouble de stress post-traumatique à la suite de procédures de stérilisation non désirées ainsi que de l'anxiété et de la peur qui ont alimenté leur méfiance à l'égard du système de santé (Senate of Canada, 2022). Le rapport établit aussi des liens entre cette pratique et « la disparition de lignées autochtones » en expliquant que « plusieurs survivantes et spécialistes ont qualifié [la stérilisation forcée et contrainte] de génocide lors de leur témoignage » (Senate of Canada, 2022 p. 24). Les recommandations pour la suite des choses parlent notamment de responsabilité et de mesures réparatrices pour les femmes auxquelles on a fait subir une stérilisation forcée ou contrainte, d'une meilleure éducation et d'autres facteurs importants (abordés dans des sections ultérieures) (Senate of Canada, 2022).

Le gouvernement fédéral a depuis mis en place des mesures pour s'attaquer à la stérilisation forcée et contrainte. Il a notamment mis sur pied un Comité consultatif sur le bien-être des femmes autochtones afin de conseiller Services aux Autochtones Canada (SAC) sur les enjeux touchant la santé des femmes autochtones, notamment leur santé génésique (HOC Standing Committee on Health, 2019d). SAC accorde aussi un financement en soutien aux activités de la *Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être/Hope for Wellness Helpline*, un service de counseling par téléphone et par Internet disponible pour tous les Autochtones au Canada offert jour et nuit, tous les jours et disponible en anglais, en français, en cri, en ojibwé (anishinaabemowin) et en inuktitut (Hope for Wellness, 2022). Conformément à son mandat, cette ligne d'aide a été citée comme ressource de soutien pour les personnes touchées, de



De nombreuses femmes ont dit avoir vécu de la dépression et un trouble de stress post-traumatique à la suite de procédures de stérilisation non désirées ainsi que de l'anxiété et de la peur qui ont alimenté leur méfiance à l'égard du système de santé

(Senate of Canada, 2022).



quelque manière que ce soit, par la stérilisation forcée ou contrainte (Leason & Ryan, 2019). SAC finance également des initiatives visant à combattre le racisme anti-autochtone dans les systèmes de santé (ISC, 2021), de même que le *Programme de lutte contre le racisme et la discrimination dans les systèmes de santé du Canada* de Santé Canada et la Collection sur la sécurité culturelle du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Le *Programme de lutte contre le racisme et la discrimination dans les systèmes de santé du Canada* de Santé Canada appuie financièrement les communautés et les organismes de santé pour la réalisation de projets et d'activités de mobilisation visant à éliminer le racisme et la discrimination systémiques dans les systèmes de santé. Les projets financés dans le cadre de cette initiative s'inspirent « des expériences vécues par les communautés autochtones, racisées et marginalisées » (Health Canada, 2022, p. 1). La *Collection sur la sécurité culturelle* du CCNSA est une bibliothèque en ligne d'outils et de ressources sur la sécurité culturelle et la lutte contre le racisme propres aux Autochtones tels que des vidéos, des balados, des articles de recherche et du matériel de formation. Ce répertoire consacré à la sécurité culturelle est le premier du genre au Canada (NCCIH, 2021a).

SAC finance aussi des programmes d'aide aux pratiques de sages-femmes autochtones (ISC, 2022). Toutefois, malgré ces efforts de financement, la Chambre des communes et les Comités sénatoriaux insistent sur la nécessité d'un soutien supplémentaire du

fédéral pour améliorer l'accessibilité et la capacité des sages-femmes en milieu communautaire afin de répondre efficacement et de manière durable aux besoins des communautés autochtones (le tout est expliqué plus en détail ci-dessous) (HOC Standing Committee on Health, 2019d; Senate of Canada, 2022).

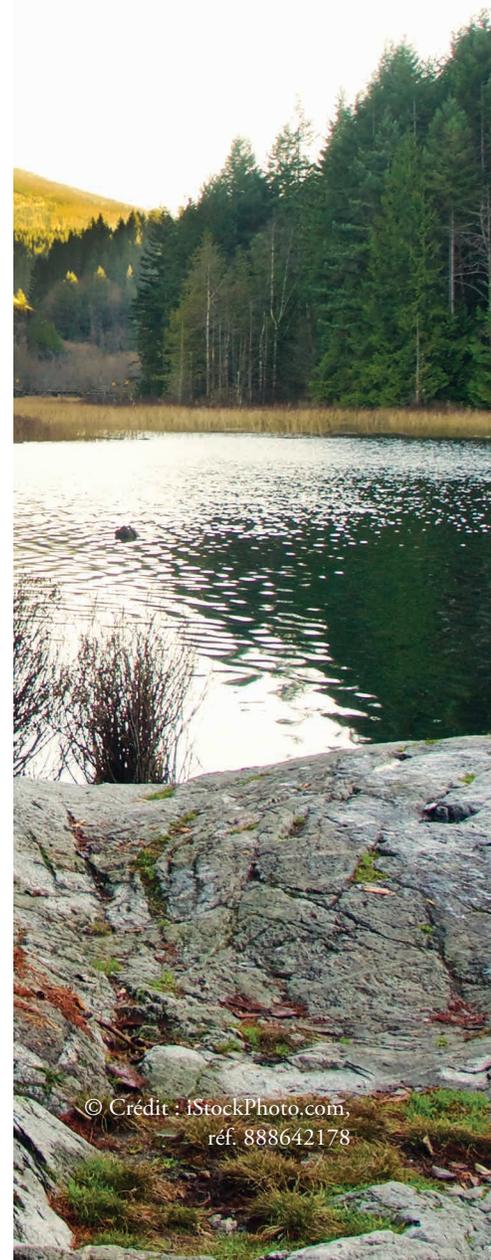
Organismes autochtones nationaux de santé

Plusieurs organismes autochtones nationaux de santé défendent les droits et travaillent au nom des femmes et des filles autochtones et des personnes diversifiées sur le plan du genre pour faire cesser la stérilisation non souhaitée et une grande part de ces efforts reçoit l'appui financier du Comité consultatif sur le bien-être des femmes autochtones de SAC, comme mentionné précédemment (Global Affairs Canada, 2022). L'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC) s'est engagée activement pour cette cause en préparant des trousseaux d'outils pour aider les femmes à mieux connaître leurs droits et en organisant des conventions nationales et en participant à des échanges internationaux visant à inspirer des mesures politiques (NWAC, 2022). Les Femmes Michif Otipemisiwak (femmes de la nation métisse) et Pauktuutit Inuit Women of Canada ont aussi enquêté sur la stérilisation forcée et contrainte par le biais d'une démarche fondée sur les distinctions afin de définir les principaux enjeux et de formuler des appels à l'action à l'intention du gouvernement. Les Femmes Michif Otipemisiwak ont organisé

un forum national pour discuter de la question selon la perspective du vécu des femmes métisses. L'organisme a résumé ce qu'elle a entendu dans l'énoncé de politique de l'organisme relativement à la stérilisation forcée et contrainte et dans des recommandations correspondantes adressées au gouvernement du Canada (Les Femmes Michif Otipemisiwak, 2021). Pauktuutit Inuit Women of Canada s'est aussi penchée sur la question du point de vue des femmes inuites vivant dans l'Inuit Nunangat (Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2019). L'étude, qui a duré un an, a permis de cerner les problèmes pertinents d'accès des femmes inuites à des soins de santé génésique de qualité, sensible aux traumatismes subis. On y a aussi étudié la signification du consentement libre, préalable et éclairé propre aux besoins des femmes inuites (Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2019). Le National Aboriginal Council of Midwives (NACM) a aussi publié un énoncé de position et des recommandations pour des changements concernant la stérilisation forcée et contrainte des Autochtones, en expliquant que cette pratique est directement liée à des visées historiques et contemporaines de la colonisation et de l'assimilation (NACM, 2019).

En 2020, le CCNSA, en partenariat avec la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de SAC, a organisé le forum national *Choix et consentement éclairés dans les services de santé pour les femmes des Premières Nations, inuites et métisses*. Ce forum expose les réalités de la stérilisation forcée et contrainte, les concepts de choix et de

consentement éclairés et les pratiques de soins de santé sécuritaires sur le plan culturel selon une perspective fondée sur les distinctions et révèle que, dans la plupart des cas, « la consultation n'équivaut pas à un consentement » (NCCIH, 2021b, p. 8). Le forum a aussi cerné des mesures concrètes pour contrer les injustices, soutenir les personnes touchées et mettre un terme à la stérilisation non désirée. Ces mesures précisent la nécessité de donner aux femmes les moyens de défendre leurs droits, de soutenir des initiatives de guérison, de reconnaître l'existence du racisme anti-autochtone dans les soins de santé et d'améliorer la responsabilisation et l'éducation des fournisseurs de soins de santé (NCCIH, 2021b). Des recommandations ont été formulées à l'intention de tous les paliers de gouvernement, des institutions, des organismes d'éducation en soins de santé, des organes de réglementation, des ordres professionnels, des organismes autochtones et d'autres horizons et des communautés (NCCIH, 2021b). Bien que ce forum ait permis de mettre en lumière de nombreuses vérités tragiques concernant la stérilisation contrainte ou forcée, on y insiste aussi sur la nature constante du problème et sur la nécessité d'un changement culturel systémique et institutionnel, en soulignant que « la stérilisation contrainte et forcée continue de se produire et que ce n'est pas seulement en raison d'un manque de compétence culturelle, mais en raison d'un racisme anti-autochtone systémique » (Lombard, comme cité dans NCCIH, 2021b, p. 7).



Que se passe-t-il ailleurs dans le monde?

Le fait que cette question est devenue une priorité au sein de la communauté mondiale des droits de la personne témoigne avec éloquence de l'urgence de mettre un terme à la stérilisation forcée et contrainte et de la nécessité, pour le Canada, de prendre des mesures politiques immédiates. En l'occurrence, une bonne part des rapports nationaux mentionnés précédemment résultent d'appels lancés à l'international pour que le Canada enquête et s'attaque au problème. L'urgence et l'influence de la communauté internationale font en sorte qu'il est impératif d'examiner comment la question est perçue à l'échelle mondiale et d'avoir un portrait plus juste des mesures demandées aux gouvernements et de ce qui pourrait attendre le Canada dans le cadre de ses efforts.

Les Nations Unies (ONU) sont parmi les organismes internationaux qui se sont longuement penchés sur la stérilisation forcée et contrainte. En 2014, l'ONU, en partenariat avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a produit une déclaration commune condamnant la stérilisation contrainte et a énoncé des principes directeurs pour sa prévention et son élimination dans la pratique (WHO, 2014). Cette déclaration présente la stérilisation contrainte comme un enjeu mondial – une pratique discriminatoire qui enfreint les droits de base des femmes autochtones, des personnes vivant avec le VIH ou avec un handicap ou des personnes transgenres ou intersexuelles et qui constitue de la discrimination contre ces personnes (WHO, 2014).

En 2016, le rapporteur spécial de l'ONU, à propos de la *torture et autres peines et traitements*

cruels, inhumains ou dégradants affirmait que la stérilisation forcée et contrainte est une forme de torture (UN General Assembly, 2016), associant par le fait même cette pratique et la définition de la torture en vertu de l'article premier de la *Convention de l'ONU contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, établie en 1984 et ratifiée par le Canada en 1987 (UN, 1984, n.d.). Le rapport de 2016 du rapporteur spécial de l'ONU explique la stérilisation forcée et contrainte constitue « un acte de violence et une forme de contrôle social [qui constitue] une violation du droit de ne pas être soumis à la torture et à de mauvais traitements » (UN General Assembly, 2016, p. 12).

Lorsque la vérité concernant la stérilisation contrainte chez les femmes autochtones a été dévoilée en Saskatchewan, la question a fait la manchette à l'international et a amené le Comité sur la

torture de l'ONU à classer la « stérilisation involontaire des femmes autochtones » comme « principal sujet d'inquiétude » dans son rapport périodique au Canada en 2018 (UN Committee against Torture, 2018). Le Comité sur la torture de l'ONU s'est dit inquiet de l'absence de mesures adoptées par le Canada pour donner suite au rapport de la SHR (Boyer & Bartlett, 2017) et ses nombreux appels à l'action, surtout en ce qui concerne les appels à la réparation pour les femmes ayant subi une stérilisation non désirée (UN Committee against Torture, 2018). Le Comité sur la torture de l'ONU (2018) a donc recommandé que le Canada enquête en toute impartialité lors de toute allégation de stérilisation forcée et contrainte, afin que les personnes responsables rendent compte et que les femmes qui ont été touchées bénéficient d'une réparation adéquate. Le Comité a également recommandé que le gouvernement du Canada :

[traduction] adopte des mesures législatives et stratégiques pour prévenir et criminaliser la stérilisation involontaire, forcée et contrainte des femmes en définissant clairement les exigences d'un consentement préalable et éclairé en matière de stérilisation et en sensibilisant les femmes autochtones et le personnel médical à cette exigence (UN Committee against Torture, 2018, p. 12).

D'autres organismes internationaux de droits de la personne ont fait écho à ces recommandations, notamment la Commission interaméricaine des droits de l'homme et Amnesty internationale (IACHR, 2019; Amnesty International, 2019).

Prochaines étapes : que faire pour y mettre un terme

Les comités nationaux et internationaux, les commissions et les grands défenseurs des droits de la personne ayant participé à la production de rapports sur la stérilisation forcée et contrainte livrent souvent des recommandations politiques grandement similaires et qui sont essentielles pour mettre un terme à cette pratique horrible, traumatisante et de longue date et à cette violation des droits de la personne (Boyer, 2022; HOC Standing Committee on Health, 2019d; IACHR, 2019; Lombard, 2018; Senate of Canada, 2022; UN Committee against Torture, 2018). Le présent document mentionne plusieurs recommandations régulièrement formulées, chacune visant à prévenir et à mettre fin à cette pratique au Canada et centrée sur les besoins des femmes et des filles autochtones qui en ont été victimes.





Criminalisation de la stérilisation forcée et contrainte

L'un des appels à l'action les plus prédominants veut que la stérilisation forcée et contrainte soit criminalisée en modifiant le *Code criminel* (1985) du Canada afin d'y inclure une interdiction explicite de cette pratique (Boyer, 2022; HOC Standing Committee on Health, 2019d; Senate of Canada, 2022; UN Committee against Torture, 2018). Cette recommandation pourrait être jumelée avec l'application et la mise en œuvre des dispositions actuelles en vertu du *Code criminel*. L'article 268 pourrait être utilisé pour enquêter et engager des poursuites dans le cas de stérilisation forcée et contrainte, car, selon le cas, ces gestes pourraient constituer des voies de fait graves (Lucki, 2019, comme cité dans HOC Standing Committee on Health, 2019c). Le 14 juin 2022, la sénatrice Yvonne Boyer a déposé le projet de loi d'intérêt public du Sénat S-250, *Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation)*. Le projet de loi S-250 modifierait l'article 268.1 du *Code criminel* pour définir les actes de stérilisation et les mesures de sauvegarde liées à l'obtention du consentement. Le projet de loi ferait des actes de stérilisation forcée ou contrainte un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de 14 ans.

Au moment de la rédaction de ce document, le projet de loi S-250 est étudié par le Comité sénatorial permanent des Affaires juridiques et constitutionnelles, qui a entendu les témoignages de spécialistes juridiques et de militants, de représentants du gouvernement fédéral, de fournisseurs de soins de santé, de témoins et de personnes ayant survécu à la stérilisation forcée ou contrainte. Le projet de loi devrait dissuader les médecins et les encourager à se livrer à une seconde réflexion objective au moment d'envisager un acte de stérilisation. Le projet devrait également susciter la formulation de politiques dans les hôpitaux, les associations médicales et les organismes de réglementation pour s'assurer que les pratiques médicales sont conformes au projet de loi, notamment les pratiques concernant l'obtention du consentement.

Cependant, les préoccupations liées au projet de loi mettent au jour des tensions entre l'obtention du consentement à la stérilisation et les interventions de médecins lors d'urgences médicales ou d'autres cas qui nécessitent la stérilisation. Les informatrices et informateurs du Comité mettent en garde qu'en s'efforçant d'éviter l'activité criminelle, les médecins pourraient hésiter à accomplir un acte de stérilisation requis lors d'une urgence médicale, chez une jeune personne de moins de 18 ans ou si une patiente en fait la demande, mais qu'il est incertain que la demande provient de la patiente elle-même (c'est-à-dire que la patiente n'a pas enclenché une demande de stérilisation de manière volontaire et que celle-ci a plutôt été enclenchée par une autre personne, comme le fournisseur de soins). À l'heure actuelle, en pareil cas, le projet de loi S 250 ne protège pas complètement les médecins d'un éventuel acte d'accusation ultérieur de stérilisation forcée ou contrainte. Les informatrices et informateurs du Comité préviennent que ces tensions présentent des risques pour l'accès aux soins et aux interventions nécessaires à la survie des femmes et des filles, de même que pour leur santé et leurs droits génésiques (Comité sénatorial permanent des Affaires juridiques et constitutionnelles, 2024). Le projet de loi demeure à l'étude et devra encore être soumis à la Chambre des communes avant de devenir loi.

Formation pour les fournisseurs de soins de santé

Une autre recommandation principale vise une formation accrue et plus d'information pour les fournisseurs de soins de santé. Les rapports et les témoignages confirment qu'il faudrait offrir une formation améliorée aux médecins et au personnel soignant sur « les effets cliniques, psychologiques et physiques de la stérilisation en général, et de la stérilisation forcée et contrainte en particulier, [et] sur la relation fiduciaire médecin/patient, sur l'autonomie corporelle et l'autodétermination médicale » (Senate of Canada, 2022, p. 40). Les enjeux de compétence culturelle, de sécurité culturelle et de santé des femmes sont aussi une priorité pour inspirer la sensibilisation qui sera offerte aux fournisseurs de soins, ainsi que toutes les composantes d'un consentement éclairé (HOC Standing Committee on Health, 2019d; Lombard, 2018). En plus de ces recommandations, on note des appels à l'action visant à accroître le recrutement et à favoriser la rétention de fournisseurs de soins de santé autochtones (comme le demande l'appel à l'action no 24 de la Commission de vérité et réconciliation du Canada), comme moyen de susciter le recrutement de personnel soignant compétent et sécuritaire sur le plan culturel.

Il est également recommandé que le gouvernement du Canada crée une plateforme en ligne à laquelle auront accès les fournisseurs de soins de santé de partout au pays pour de la formation et qu'il rende une telle formation obligatoire à l'octroi d'un permis de pratique pour ces professionnels (HOC Standing Committee on Health, 2019d; Lombard, 2018; Senate of Canada, 2022). En plus de cela, la présence de préjugés raciaux et la compétence culturelle des candidats pourraient faire l'objet d'une évaluation avant que leur permis d'exercice leur soit délivré (Lombard, 2018).

Cadre clair pour le consentement et information du public

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les établissements de soins sont régulièrement appelés à créer et mettre en œuvre des cadres clairement définis pour le consentement afin de renseigner et de sensibiliser les fournisseurs de soins de santé, le personnel, les patients et leur famille (HOC Standing Committee on Health, 2019d; IACHR, 2019; Lombard, 2018; Senate of Canada, 2022; UN Committee against Torture, 2018). Il est suggéré qu'un tel cadre définisse explicitement les exigences propres à un consentement libre, préalable et éclairé dans le cas d'une stérilisation et de la santé des femmes autochtones et intègre des protocoles pour tous les fournisseurs de soins de santé (HOC Standing Committee on Health, 2019d; IACHR, 2019; Lombard, 2018). En plus de cette recommandation, on devrait accroître l'information et la sensibilisation du public et des patients sur le droit individuel d'exercer un choix et de prendre des décisions éclairées en matière de soins de santé et de droits de nature génésique ou sexuelle (HOC Standing Committee on Health, 2019d; IACHR, 2019; Senate of Canada, 2022). Des campagnes de sensibilisation du public sont également suggérées pour répondre aux besoins culturels et linguistiques particuliers des Autochtones (NCCIH, 2021b).



Mesures réparatrices pour les femmes et filles autochtones victimes d'une stérilisation non désirée et leur famille

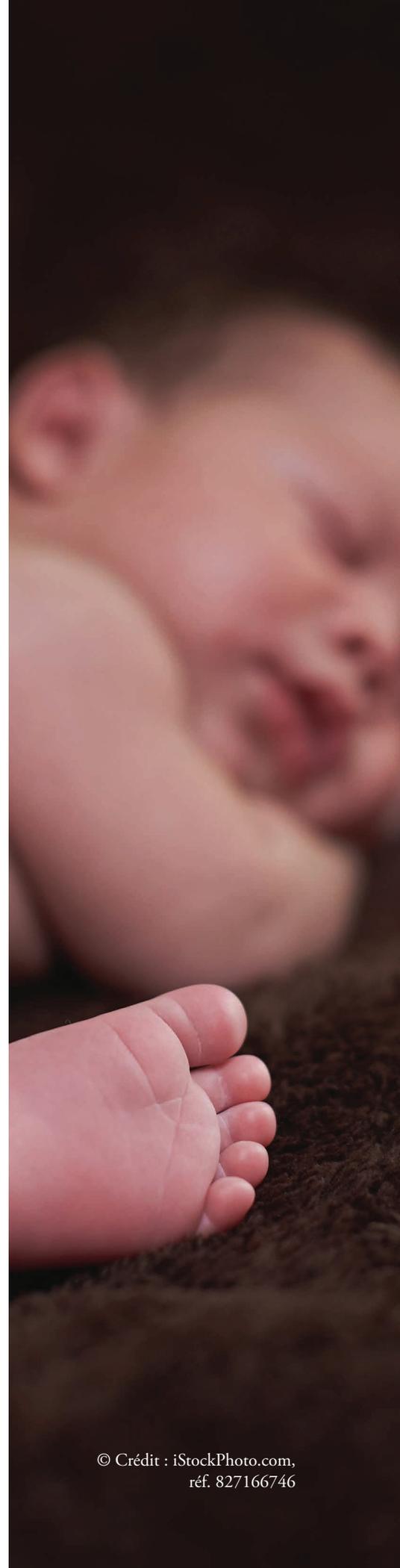
De nombreux appels à l'action portent sur les compensations qui devraient être accordées aux femmes et aux filles autochtones victimes d'une stérilisation forcée et contrainte (Senate of Canada, 2022; UN Committee against Torture, 2018). Cette initiative doit être dirigée et inspirée par les femmes touchées; il est toutefois également recommandé que des programmes de guérison soient mis sur pied afin d'offrir du counseling et d'autres formes de soutien ainsi que des fonds pour la guérison des femmes, afin qu'elles puissent avoir accès à des solutions de rechange pour être de nouveau enceintes, notamment à la fécondation in vitro (HOC Standing Committee on Health, 2019d; Lombard, 2018).

Collecte de données, production de rapports et responsabilité

Les fournisseurs de soins de santé et le personnel ayant procédé à une stérilisation forcée et contrainte ou ayant facilité une telle procédure doivent être tenus responsables et rendre compte de tels gestes. Pour concrétiser cette obligation, des méthodes améliorées de collecte de données doivent être adoptées. Le Sénat canadien et les comités de la Chambre des communes demandent tous un plan national permettant de recueillir en toute sécurité des données agrégées sur la stérilisation et de les publier de manière anonyme, en fonction de divers indicateurs tels que «l'expérience vécue par la patiente

et son dénouement, les politiques de l'hôpital où l'intervention a eu lieu, ainsi que des renseignements sur la formation et les compétences culturelles des fournisseurs de soins de santé» (HOC Standing Committee on Health, 2019d, p. 9). Une meilleure collecte de données va inévitablement faire avancer les connaissances du public et des institutions sur cette question et facilitera une réponse appropriée du système de santé (Senate of Canada, 2022). Cette recommandation s'accompagne d'appels à la création de meilleurs mécanismes de production de rapports afin que les Autochtones puissent signaler en toute sécurité les cas de stérilisation forcée et contrainte sans craindre d'être jugés, ridiculisés ou de subir des représailles (HOC Standing Committee on Health, 2019d; Senate of Canada, 2022). Cette mesure comprend aussi des appels à la mise en place de procédures de signalement sécuritaires telles que des politiques sur la dénonciation à l'intention de tout le personnel soignant (NCCIH, 2021b). Les rapports doivent ensuite être traités avec respect à l'égard des personnes ayant fait le signalement et faire l'objet d'une enquête approfondie et d'un suivi, y compris les mesures disciplinaires appropriées (HOC Standing Committee on Health, 2019d; UN Committee against Torture, 2018).

L'appel à la justice 1.7 du rapport sur l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA) presse les gouvernements de collaborer et de créer un poste d'ombudsman national des droits des Autochtones et des droits de la personne pour recevoir et traiter les plaintes relatives aux violations des droits de



la personne et mener des évaluations des services gouvernementaux afin de mesurer la conformité aux lois régissant les droits des Autochtones (NIMMIWG, 2019). Cet appel a aussi fait l'objet d'une recommandation du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (HOC Standing Committee on Health, 2019d).

Soutenir les sages-femmes autochtones et les autres services de maternité dans les communautés

Le Sénat canadien et la Chambre des communes ont tous deux repris les appels persistants à augmenter les investissements fédéraux pour les sages-femmes, les doulas et les autres travailleuses en obstétrique en milieu communautaire et pour les initiatives de services en santé des mères dans les communautés autochtones au Canada afin de favoriser un accès à la fois équitable et local à ces services essentiels (HOC Standing Committee on Health, 2019d; Senate of Canada, 2022). Ces appels ont été lancés malgré de récents engagements financiers de SAC à soutenir la pratique de sages-femmes autochtones (ISC, 2022), puisque les défenseurs des droits des Autochtones ont établi la nécessité d'investissements durables et à long terme en fonction des besoins particuliers de toutes les communautés autochtones éloignées, rurale ou du Nord (Senate of Canada, 2022). Les pratiques de sages-femmes en milieu communautaire offrent plus de possibilités de favoriser une prestation de soins sécuritaire sur le plan culturel et sensible

aux traumatismes subis et permettent d'offrir des soins de santé maternelle dans la langue préférée par la communauté. Ces éléments peuvent éliminer les obstacles sociaux, culturels et linguistiques courants aux soins prénataux et post-partum et les préjudices associés à ceux-ci dans les systèmes de santé destinés au grand public. Des investissements dans des services communautaires de sage-femme évitent aussi le recours coûteux à des voyages nécessaires ou forcés pour obtenir des services lors de l'accouchement (HOC Standing Committee on Health, 2019d). Un meilleur accès et la possibilité de recevoir des soins d'une sage-femme autochtone sont donc des facteurs jouant un rôle clé au moment d'assurer un accès sûr et équitable à des soins de santé génésique et sexuelle pour tous les Autochtones, dans la sécurité de la communauté où ils vivent (NACM, 2019).

Répondre à la Commission de vérité et réconciliation et à l'ENFFADA

Les appels à l'action nos 23 et 24 de la Commission de vérité et réconciliation et les appels à la justice nos 7.6, 7.7 et 7.8 de l'ENFFADA sont souvent cités comme recommandations principales en matière de politique pour tous les paliers de gouvernement au Canada afin d'agir dans le dossier de la stérilisation forcée et contrainte (HOC Standing Committee on Health, 2019d; Senate of Canada, 2022). Ces appels abordent aussi la question d'un recrutement accru et d'une meilleure rétention de fournisseurs de soins autochtones

et d'une meilleure formation en compétences culturelles tant pour les professionnels de la santé en poste ou en formation dans les domaines « de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme » (TRC, 2015, p. 3) et du « rôle du colonialisme dans l'oppression et le génocide des Inuits, des Métis et des Premières Nations » (NIMMIWG, 2019, p. 189), entre autres choses.

En conclusion

La pratique de la stérilisation forcée et contrainte ciblant de manière disproportionnée les femmes et les filles autochtones est un phénomène horrible et douloureux enraciné dans le racisme anti-autochtone, la discrimination et l'assimilation. En 2015, le courage, la force et la résilience des femmes autochtones a poussé d'autres femmes à se lever et à relater leur expérience afin de faire pression pour le changement. Le courage de ces femmes a retenu l'attention du public et du milieu politique par le biais de comités nationaux et internationaux, de commissions et d'importants partisans qui ont appris la vérité et ont réagi en formulant des recommandations de politiques sensibles aux Autochtones et des appels à l'action. D'autres travaux seront nécessaires pour poursuivre la sensibilisation et amener les gouvernements à adopter des solutions politiques permanentes qui mettront abruptement fin à cette pratique, la décourageront et appuieront toutes les femmes et les filles autochtones et leur famille dans leur cheminement vers la guérison. Les vérités ont été comprises comme il se doit : il est maintenant temps d'agir.



Bibliographie (en anglais seulement)

- Adam, B. A. (2015). Saskatchewan women pressured to have tubal ligations. *Saskatoon Star Phoenix*, November 17. <https://thestarphoenix.com/news/national/women-pressured-to-have-tubal-ligations>
- Amnesty International. (2019). *Amnesty International submission to House of Commons Standing Committee on Health study on forced sterilization of women in Canada*. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Brief/BR10587688/br-external/AmnestyInternational-e.pdf>
- Basile, S., & Bouchard, P. (2022). *Free and informed consent and imposed sterilizations among First Nations and Inuit women in Quebec [Research report]*. First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission (FNQLHSSC). https://cweia.ca/images/Research_report_Free_and_Infomed_Consent_Imposed_Sterilizations.pdf
- Bill 32, *An Act to establish the cultural safety approach within the health and social services network*, 1st Session, 43rd Legislature, 2023. (Quebec).
- Bill S-250, *An Act to amend the Criminal Code (sterilization procedures)*, 1st Session, 44th Parliament, 2021. (Canada).
- Billinger, M. (2014). *Aboriginal and Indigenous Peoples*. Eugenics Archive: Social Sciences and Humanities Research Council of Canada. <https://eugenicsarchive.ca/discover/encyclopedial/535eea597095aa000000020d>
- Boyer, Y. (2020). *Our fight against coerced and forced sterilization: The first step in eradicating this unspeakable crime is to listen and bear the voices of Indigenous women who have been sterilized*. Senate of Canada: Senator Yvonne Boyer. <https://senatorboyer.ca/priorities/coerced-sterilization/>
- Boyer, Y. (2022). *Forced and coerced sterilization in Canada must be stopped: Senator Boyer*. Senate of Canada. <https://sencanada.ca/en/sencaplus/opinion/forced-and-coerced-sterilization-in-canada-must-be-stopped-senator-boyer/>
- Boyer, Y., & Bartlett, J. (2017). *External review: Tubal ligation in the Saskatoon Health Region: The lived experience of aboriginal women*. Saskatoon Health Region. https://www.saskatoonhealthregion.ca/DocumentsInternal/Tubal_Ligation_intheSaskatoonHealthRegion_the_Lived_Experience_of_Aboriginal_Women_BoyerandBartlett_July_22_2017.pdf
- Collège des Médecins du Québec. (2024, June 11). *Press release: Non-consensual sterilizations of First Nations and Inuit women in Quebec: the Collège des Médecins adopts an action plan to restore trust*. <https://cms.cmq.org/files/documents/Avis-et-prises-de-position/comm-rapport-sterilisations-ang-20240611.pdf>
- Constitution Act*, 1982. c. 11. (Canada)
- Criminal Code*, R.S.C., 1985, c. C-46. (Canada)
- First Nations Health Authority, & Perinatal Services BC. (n.d.). *A shared decision-making guide and form: Informed consent for contraception*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Informed-Consent-for-Contraception.pdf>
- Fleming v. Reid*, [1991] CanLII 2728 (ON CA)
- Global Affairs Canada. (2022). *2020-2021 Crown Indigenous Relations and Northern Affairs Canada and Indigenous Services Canada departmental progress report for Canada's National Action Plan on Women, Peace and Security*. Government of Canada. <https://www.international.gc.ca/transparency-transparence/women-peace-security-femmes-paix-securite/2020-2021-progress-reports-rapports-etapes-cirnacc-anc.aspx?lang=eng>



Health Canada. (2022). *Addressing racism and discrimination in Canada's health systems program – What we do*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/about-health-canada/funding/addressing-racism-discrimination-canada-health-systems-program.html>

Hope for Wellness. (2022). *About Hope for Wellness*. <https://www.hopeforwellness.ca/about-us/>

House of Commons (HOC) Standing Committee on Health. (2019a). *Evidence: Thursday, June 13th, 2019*. House of Commons Canada. <https://www.ourcommons.ca/DocumentViewer/en/42-1/HESA/meeting-153/evidence>

House of Commons (HOC) Standing Committee on Health. (2019b). *Minutes of proceedings: Thursday, January 31st, 2019*. House of Commons Canada. <https://www.ourcommons.ca/DocumentViewer/en/42-1/HESA/meeting-131/minutes>

House of Commons (HOC) Standing Committee on Health. (2019c). *Evidence: Thursday, June 18th, 2019*. House of Commons Canada. <https://www.ourcommons.ca/DocumentViewer/en/42-1/HESA/meeting-154/evidence>

House of Commons (HOC): Standing Committee on Health. (2019d). *Forced Sterilization of Women in Canada. Letter from Bill Casey, M.P., Chair of the Standing Committee on Health, to the Minister of Health, Public Safety and Emergency Preparedness, and Indigenous Services*. House of Commons Canada. https://www.ourcommons.ca/content/Committee/421/HESA/WebDoc/WD10596408/421_HESA_reldoc_PDF/MinisterOfHealth-Final-e.pdf

Indigenous Services Canada (ISC). (2021). *Government of Canada actions to address anti-Indigenous racism in health systems*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1611863352025/1611863375715>

Indigenous Services Canada (ISC). (2022). *The Government of Canada contributing \$225K to support traditional births in First Nation communities within Atlantic Canada*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/news/2022/05/the-government-of-canada-contributing-225k-to-support-traditional-births-in-first-nation-communities-within-atlantic-canada.html>

Inter-American Commission on Human Rights (IACHR). (2019). *IACHR expresses its deep concern over the claims of forced sterilizations against Indigenous women in Canada*. Organization of American States. https://www.oas.org/en/iachr/media_center/PReleases/2019/010.asp

Leason, J., & Ryan, C. (2019). *Forced sterilization of Indigenous women: Expert meeting, March 25th, 2019*. Native Women's Association of Canada. <https://nwac.ca/assets-knowledge-centre/NWAC-Expert-Forum-Forced-Sterilization-Summary-Report-March-25-2019-FINAL.pdf>

Les Femmes Michif Otipemisiwak. (2021). *LFMO policy statement on forced and coerced sterilization*. <https://metiswomen.org/wp-content/uploads/2021/06/Forced-Sterilization-Report.pdf>

Lombard, A. (2018). *Statement to the Inter-American Commission on Human Rights. Forced sterilization of Indigenous women in Saskatchewan, Canada. February 27, 2018*. Maurice Law. https://ijrcenter.org/wp-content/uploads/2018/02/Alisa-Lombard_IACHR-Statement-27.2.18.pdf

Lux, M. (2018). *Indian hospitals in Canada*. *The Canadian Encyclopedia [online]*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/indian-hospitals-in-canada>

- Narine, S. (2022). Class action being pursued on coerced sterilization of First Nations, Inuit women in Quebec. *Wind Speaker*, December 07. <https://windspeaker.com/news/windspeaker-news/class-action-being-pursued-coerced-sterilization-first-nations-inuit-women>
- National Aboriginal Council of Midwives (NACM). (2019). *Position statement on forced and coerced sterilization of Indigenous Peoples*. <https://indigenoumidwifery.ca/wp-content/uploads/2019/05/PS-ForcedSter.pdf>
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2021a). *New funding in support of NCCIH's cultural safety resource collection*. https://www.nccih.ca/485/NCCIH_in_the_News.nccih?id=473
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2021b). *Informed choice and consent in First Nations, Inuit and Métis women's health services*. https://www.nccih.ca/495/Informed_Choice_and_Consent_in_First_Nations,_Inuit_and_M%C3%A9tis_Women%E2%80%99s_Health_Services.nccih?id=323
- National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls (NIMMIWG). (2019). *Reclaiming power and place: The final report of the National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls*. Government of Canada. <https://www.mmiwg-ffada.ca/final-report/>
- Native Women's Association of Canada (NWAC). (2022). *Forced sterilization*. <https://nwac.ca/policy/forced-sterilization>
- Oetter, H. M. (2022). Registrar's message: Consent to treatment - development of a new practice standard. *College of Physicians and Surgeons of British Columbia (CPSBC)*, 10(4).
- Pantey, M., Smith, L., Maczek, N., Sasakamoose, J, & Tomkins, A. (2022). Indigenous Birth Support Worker (IBSW) program evaluation: A qualitative analysis of program workers and clients' perspectives. *Research Square*. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.4s-2082644/v1>
- Pauktuutit Inuit Women of Canada. (2019). *Access, respect, consent: Inuit women and reproductive healthcare services in 2019. Summary report*. https://www.pauktuutit.ca/wp-content/uploads/Pauktuutit_Reproductive-Health_English_04.pdf
- Royal University Hospital. (2016). *Maternal services policy and procedure manual: Postpartum tubal ligation*. Saskatoon Health Region. https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/Maternal-Newborn-Care/Documents/1300%20PPTL%20Policy%20Oct%202016%20Leanne%20Signed%20off.pdf
- Rukavina, S. (2024). Quebec College of Physicians adopts policies to prevent forced sterilization of Indigenous women. *CBC News, Montreal*, June 12. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/college-of-physicians-forced-sterilization-1.7231650>
- Saskatchewan Health Authority (SHA). (2021). *Policy: Post-partum tubal ligation consent*. <https://documentfinder.saskhealthauthority.ca/en/permalink/policies4442>
- Senate of Canada: Standing Senate Committee on Human Rights (Senate of Canada). (2021). *Forced and coerced sterilization of persons in Canada*. https://senCanada.ca/content/sen/committee/432/RIDR/reports/2021-06-03_ForcedSterilization_E.pdf



- Senate of Canada: Standing Senate Committee on Human Rights (Senate of Canada). (2022). *The scars that we carry: Forced and coerced sterilization of persons in Canada – Part II*. https://sencanada.ca/content/sen/committee/441/RIDR/reports/2022-07-14_ForcedSterilization_E.pdf
- Sexual Sterilization Act*, R.S.A. 1928, c. 37, s.1 (Alberta)
- Sexual Sterilization Act*, R.S.B.C. 1933, c. 59 (British Columbia)
- Standing Committee on Health. (2019a). *Evidence: Thursday, June 13th, 2019*. House of Commons Canada. <https://www.ourcommons.ca/DocumentViewer/en/42-1/HESA/meeting-153/evidence>
- Standing Committee on Health. (2019b). *Minutes of proceedings: Thursday, January 31st, 2019*. House of Commons Canada. <https://www.ourcommons.ca/DocumentViewer/en/42-1/HESA/meeting-131/minutes>
- Standing Committee on Health. (2019c). *Evidence: Thursday, June 18th, 2019*. House of Commons Canada. <https://www.ourcommons.ca/DocumentViewer/en/42-1/HESA/meeting-154/evidence>
- Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs. (2024). *Evidence: Wednesday, March 20, 2024*. Senate of Canada. <https://sencanada.ca/en/Content/Sen/Committee/441/LCJC/92EV-56652-E>
- Stevenson, V. (2022). Bill on cultural safety in health coming, Quebec says, following forced sterilizations study. *CBC News, December 02*. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/cultural-safety-bill-sterilizations-1.6672463>
- Stote, K. (2012). The coercive sterilization of Aboriginal women in Canada. *American Indian Culture and Research Journal*, 36(3), 117-150.
- Truth and Reconciliation Commission of Canada (TRC). (2015). *TRC Calls to Action*. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf
- United Nations. (1984). *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/cat.pdf>
- United Nations. (n.d.). *Status of ratification interactive dashboard*. <https://indicators.ohchr.org/>
- United Nations Committee against Torture. (2018). *Concluding observations on the seventh periodic report of Canada*. United Nations. https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/CAN/CAT_C_CAN_CO_7_33163_E.pdf
- United Nations (UN) General Assembly. (2016). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. Human Rights Council. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/000/97/PDF/G1600097.pdf?OpenElement>
- World Health Organization (WHO). (2014). *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: An interagency statement*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112848/9789241507325_eng.pdf;jsessionid=C96E4C975F71BBF6C1FB54862EC29F03?sequence=1
- Zingel, A. (2022). Tuktoyaktuk woman files \$6M lawsuit claiming N.W.T. doctor sterilized her without consent. *CBC News, March 10*. <https://www.cbc.ca/news/canada/north/nwt-sterilization-claim 1.6360857>



