



Les voix du terrain

Bienvenue aux **Les voix du terrain**, un balado produit par le Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) qui met l'accent sur la recherche innovante et les initiatives communautaires promouvant la santé et le bien-être des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis au Canada

Épisode 9

« Découvrir la stérilisation forcée ou sous contrainte des femmes autochtones »

Ce neuvième balado de la série « Les voix du terrain » est basé sur le discours d'ouverture « Découvrir la stérilisation forcée ou sous contrainte des femmes autochtones », prononcé par la sénatrice Yvonne Boyer et la Dre Judith Bartlett le 28 janvier 2020. Il a été enregistré lors de la réunion nationale du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) sur le choix et le consentement culturellement éclairés dans les services de santé autochtones, qui s'est tenue à Ottawa. Le thème central de la conférence portait sur les conclusions du document de référence, External Review on Tubal Ligation in the Saskatoon Health Region : The Lived Experience of Aboriginal Women, co-écrit par la sénatrice Boyer et la Dre Bartlett.

Biographies



La sénatrice Yvonne Boyer est membre de la Nation métisse de l'Ontario, ses ancêtres étant issus de la Nation métisse de la Saskatchewan et de la rivière Rouge. Elle a été infirmière, y compris dans la salle d'opération, et a pratiqué le droit pendant plus de 21 ans. Elle a publié de nombreux écrits sur des questions liées à la santé des Autochtones et sur la façon dont les droits des Autochtones et le droit des traités se croisent en matière de la santé des Premières Nations, des Métis et du peuple inuit. Mme Boyer est membre du Barreau de l'Ontario et de la Law Society of Saskatchewan; elle a obtenu son baccalauréat en droit à l'Université de la Saskatchewan et sa maîtrise et son doctorat en droit, à l'Université d'Ottawa. En 2013, elle a terminé des études postdoctorales à l'Indigenous Peoples' Health Research Centre, à l'Université de Regina. Elle est titulaire d'une chaire de

recherche du Canada dans le domaine de la santé et du mieux-être des Autochtones à l'Université de Brandon.

Outre qu'elle dirigeait son propre cabinet d'avocat, elle était directrice adjointe du Centre de droit, politique et éthique de la santé et professeure à temps partiel à la faculté de droit de l'Université d'Ottawa, avant de se rendre au Sénat du Canada. Auparavant, elle travaillait comme juriconsulte de l'Association des femmes autochtones du Canada, comme conseillère juridique de la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, et comme dirigeante de la Fondation autochtone de guérison et de l'Organisation nationale de la santé autochtone.

La sénatrice Boyer a entre autres siégé au conseil du Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain et d'Aide à l'enfance – Canada. Elle a déjà fait partie de la Commission canadienne des droits de la personne et elle est membre désignée de la Federation of Sovereign Indigenous Nations, First Nations Appeal Tribunal. La sénatrice Boyer est l'une des huit personnes choisies dans tout le Canada pour être narratrice holographique à la Galerie « Les tournants de l'humanité », au Musée canadien pour les droits de la personne,

à Winnipeg. Son travail continu lui a valu de nombreux prix et de nombreuses récompenses, dont un doctorat honorifique en éducation, qui lui a été décerné par l'Université Nipissing en 2018.

La sénatrice Boyer habite près du magnifique village de Merrickville, en Ontario. Elle est mariée à Marv Fletcher et est mère de quatre enfants. Elle a trois petits-enfants.



La Dre Judith Bartlett, médecin métisse à la retraite qui a grandi dans le nord du Manitoba, possède des dizaines d'années d'expérience dans les secteurs de la santé, de la recherche et du développement de la santé communautaire. Elle a commencé comme « médecin volant » pour les communautés des Premières Nations du nord, puis a été, pendant six ans, directrice des programmes de santé (gouvernement fédéral) pour les communautés des Premières Nations du Manitoba. Elle a ensuite complété une M.Sc. (santé communautaire) et a effectué des recherches sur les Métis en tant que professeure agrégée (Faculté de médecine, Université du Manitoba 2003-2015). Elle a également été directrice du département de la santé et du bien-être de la Manitoba Metis Federation (2005-2012).

Elle a effectué des recherches approfondies sur la santé des Autochtones et la planification sanitaire (Canada, Nouvelle-Zélande, Australie, États-Unis et Amérique du Sud et centrale). Elle a à son actif de nombreuses publications sur la santé des Premières Nations, des Métis et des populations autochtones internationales. Son dernier projet de recherche a été l'examen externe de la ligature des trompes chez les femmes autochtones dans les hôpitaux de Saskatoon en 2017. Elle a poursuivi sa pratique clinique à temps partiel (Aboriginal Health and Wellness Centre of Winnipeg et médecine de la toxicomanie au Health Science Centre de Winnipeg).

Mais sa passion première a été la création et l'utilisation de l'« Aboriginal Life Promotion Framework © (1993) » et des « ALPF Wellness Areas © (1996) ». Ce cadre holistique est la base de tout son travail, notamment sa thèse de maîtrise; la recherche et la planification des services de santé; la recherche sur l'application des connaissances; le développement et la mise en œuvre d'un département de recherche sur les politiques dans une organisation métisse communautaire; et, enfin, pour le développement et la mise en œuvre du Aboriginal Health & Wellness Centre of Winnipeg.

La Dre Bartlett a fait du bénévolat dans plus de 50 organismes locaux, nationaux et internationaux au fil des ans, et a passé cinq ans au sein du groupe d'énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. C'est sa façon de « donner en retour » pour les formidables possibilités d'éducation et de carrière qu'elle a eues.

Transcription

Yvonne Boyer : En 2015, j'étais à l'université de Brandon et je travaillais. J'ai reçu un appel de Betty Ann Adam du Star Phoenix. Elle a dit : « Hé, Yvonne, j'ai rencontré deux femmes qui ont été stérilisées dans un hôpital de Saskatoon et elles sont autochtones. Elles ont été stérilisées contre leur gré. » Et j'ai dit : « Quoi? Que se passe-t-il? » Et elle m'a répondu : « Eh bien, qu'en pensez-vous? » J'ai dit, en fait je me suis plutôt emportée et j'ai dit « est-ce une agression? Qu'en est-il des droits autochtones? Qu'en est-il de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones? Qu'en est-il de la notion de consentement? Qu'en est-il des fautes professionnelles? Qu'en est-il, qu'en est-il, qu'en est-il? » Ces deux femmes sont les premières à s'être manifestées, Tracy Bannab et Brenda Pelletier, et je mentionne leurs noms parce qu'elles sont les femmes les plus courageuses au monde. Ce qu'elles ont subi après s'être manifestées a été horrible. Sur les réseaux sociaux, elles ont reçu des messages racistes et désobligeants. Il s'agissait donc du tout début, puis davantage de femmes se sont manifestées, et encore davantage, et encore davantage. Et très vite, je me suis demandé : « Que se passe-t-il? Je reçois des demandes d'entrevues de divers médias et je dis exactement la même chose : « C'est du jamais vu, c'est terrible. Cela ne peut pas être ainsi. Pourquoi stérilisent-ils ces femmes? » J'avais donc probablement donné 4 ou 5 entrevues à travers le pays, puis j'ai reçu un appel de la

Saskatoon Health Authority. Ils m'ont dit : « Feriez-vous un examen externe de nos pratiques en matière de ligature des trompes ? » J'ai répondu : « Êtes-vous sûr de savoir à qui vous parlez ? Je vous ai dénigrés à travers tout le pays ». Ils ont dit : « Oui, nous sommes certains. Les Aînés ont demandé à ce que ce soit vous ». Alors j'ai dit : « Oui, je vais le faire ».

J'ai réalisé à ce moment-là que je ne pouvais pas le faire... ce n'était pas quelque chose que je pouvais faire seule. Judy et moi avons travaillé ensemble à l'Organisation nationale de la santé autochtone de nombreuses années auparavant et nous formions une bonne équipe. Judy est médecin métisse et j'ai longtemps été infirmière praticienne, donc je connaissais bien la culture. Nous connaissions toutes les deux la culture et ce qui se passe dans les salles d'opération et les manières de penser des hôpitaux. Nous faisons donc une bonne équipe. La première réaction - lorsque les femmes se sont présentées avant le début de l'examen proprement dit - a été entreprise par la Saskatoon Health Authority qui a modifié la politique de ligature des trompes afin d'empêcher toutes ces interventions d'aller de l'avant, à moins qu'il n'y ait eu une discussion préalable avec l'obstétricien et la femme qui accouchait. Mais cela a causé beaucoup de problèmes aux femmes autochtones parce que bon nombre des femmes qui se rendaient à l'hôpital venaient du nord et n'avaient pas non plus bénéficié de soins prénataux. Elles s'étaient rendues dans des cliniques sans rendez-vous. Les femmes se sont immédiatement retirées de ces agences afin qu'elles puissent choisir ou non d'avoir une ligature des trompes. Ou peut-être avaient-elles fait appel à une sage-femme traditionnelle.

Judy et moi avons de la parenté et des relations de recherche en Saskatchewan. En effet, j'y suis née et j'y ai grandi. J'ai fait une partie de mes études en Saskatchewan. J'ai mis en place un réseau assez large à Saskatoon et nous étions en bonne posture pour créer des liens avec la communauté autochtone. Premièrement, nous avons contacté Mary Lee, une Aînée crie, afin de nous assurer que nous utilisions les protocoles et les processus appropriés. Nous avons aussi contacté Willna Masuskapoe, une conférencière crie. J'avais travaillé avec ces deux charmantes femmes dans le passé et Willna est devenue notre point de contact... nos oreilles et nos yeux sur le terrain. Ce fut la première personne à qui l'une des femmes que nous allions interviewer a parlé. Notre bassin de Saskatoon comprend une grande partie du nord où il y a beaucoup, beaucoup de conférenciers cries. Mary était toujours disponible. Elle était notre point d'attache. Elle nous gardait éveillés. Elle était toujours disponible lorsque nous faisons les entrevues et prenait part au processus si la femme le souhaitait ou si elle voulait lui parler ou lui fournir des conseils après l'entrevue. Elle est restée près de nous, mais n'entraît jamais avant d'être invitée à le faire. Elle était dans la pièce à côté de nous en train de perler et était toujours à notre disposition. C'était vraiment important que nous restions tous très proches. Chaque matin, nous avons prié. Nous savions que nous avons un travail très difficile à faire. C'est Mary qui nous a aidées à conserver notre équilibre.

Judith Bartlett : Je vais maintenant vous parler de recherche communautaire. Cette approche était fondamentale pour le travail que nous voulions accomplir, et je n'aurais pas entrepris ce projet par exemple si la communauté ne m'avait pas demandé de le faire. L'idée était que les questions devaient venir de la communauté, non seulement de la communauté autochtone, mais aussi de la communauté des services de santé. Il faut que ces communautés aient envie d'apporter des changements. Nous avons rencontré beaucoup d'Autochtones. Nous avons fait deux voyages à Saskatoon afin de mobiliser les communautés autochtones - il y a un large éventail d'Autochtones là-bas. Nous avons aussi rencontré les intervenants du secteur de la santé. Après des deux communautés, nous avons examiné les ébauches des questions et obtenu leurs commentaires concernant les demandes que nous devons présenter.

Yvonne Boyer : En ce qui concerne le processus d'interview proprement dit, plusieurs nous ont téléphoné et ont raccroché, et beaucoup n'ont rien dit. Nous nous y attendions, car nous nous sommes vite rendu compte que les femmes que nous avons interrogées et que nous interrogeons étaient très traumatisées et qu'elles souffraient certainement d'un trouble de stress post-traumatique. Je n'avais jamais rien vu d'aussi grave que les dommages causés à ces femmes. Nous avons reçu 18 appels de femmes avec qui nous étions en contact. Nous en avons interrogé six en personne, dont une par téléphone. D'autres avaient des rendez-vous, mais

elles n'ont pas pu les respecter pour la simple raison qu'elles étaient trop traumatisées. Nous avons 9 fournisseurs de soins de santé et nous les avons tous interrogés.

Judith Bartlett : Une des femmes que nous avons interrogées a dit : « J'étais très anxieuse quand j'ai accepté de faire l'interview. Je ne savais pas si j'allais y arriver. Ma fille est venue avec moi ». Cette femme et sa fille se sont assises en bas et pendant qu'elles attendaient, il était vraiment difficile pour elles de ne pas se lever et de partir avant le début de la rencontre. C'était vraiment difficile pour elles.

Yvonne Boyer : Je veux juste mentionner aussi, encore une fois, à quel point il était important que Mary Lee soit avec nous. C'était traumatisant pour Judy et moi, et quand nous demandions à Mary de venir dans la pièce lorsqu'une femme s'effondrait, Mary entra et disait : « Je vais te serrer dans mes bras » et elle la tenait jusqu'à ce qu'elle puisse parler à nouveau. Les femmes étaient complètement bouleversées et ne faisaient confiance à aucun soin de santé. Il est probable que de nombreuses femmes n'ont pas cherché à se faire soigner après la stérilisation.

Judith Bartlett : Je vais parler de ce que les femmes ont dit et de la façon dont elles ont réagi. L'un des problèmes majeurs, c'est qu'elles se sentaient invisibles, profilées et impuissantes. Elles ont estimé qu'il y avait eu un abus de pouvoir. Aucune information n'a été communiquée et lorsqu'elle l'a été, elle a été déformée. Une femme a affirmé : « J'ai été stérilisée quand j'avais 20 ans ». Une autre a dit : « C'était comme si cela était banal et qu'il n'était pas nécessaire de m'expliquer que cette intervention était permanente ». L'impact des agences externes, en particulier des services à l'enfance et à la famille, a été évoqué à maintes reprises, tant par les femmes que par les prestataires de soins de santé. Une femme a déclaré ce qui suit : « Toute femme ayant des antécédents de prise en charge d'enfants, une alerte à la naissance est inscrite sur son dossier et son bébé lui est presque automatiquement enlevé ».

Elles avaient l'impression d'être profilées, qu'elles étaient victimes de racisme et de discrimination. Par exemple, une femme a dû se rendre à une clinique sans rendez-vous tout au long de sa grossesse et a fini par se sentir jugée non responsable simplement parce qu'elle n'avait pas accès à d'autres services de santé... la clinique sans rendez-vous était la meilleure option pour elle. Elle a déclaré : « J'ai toujours vu le même médecin ». C'était donc difficile pour elle. Une femme a raconté à quel point elle se sentait invisible. Elle a expliqué ce qui suit : « C'était comme si je n'étais même pas dans la pièce ». Elle avait été contrainte il y a des années à subir une ligature des trompes. Puis elle ajouta : « J'étais enceinte et l'infirmière était censée me parler, mais elle s'adressait à mon mari comme si je n'étais même pas dans la pièce ». Mais le pire c'est que le médecin a fini par convaincre son mari qu'il était trop dangereux pour elle d'avoir d'autres enfants. En ce qui concerne l'expérience réelle de la coercition, certaines femmes ont été contraintes immédiatement après avoir eu leur bébé, et comme je l'ai dit, certaines ont été sous pression pendant des années. Une femme a dit : « Oui, pendant 3 ans, je me suis sentie contrainte ». Une autre a déclaré : « Le médecin s'est adressé à moi en employant des termes médicaux; cependant, j'ai compris qu'il s'agissait d'une forme de régulation des naissances ». D'autres ont déclaré qu'elles n'avaient pas signé de consentement. L'une d'elles a dit : « Aucun formulaire de consentement pour la ligature des trompes ne m'a été donné, je n'ai reçu aucune explication ». Certaines ont dit « non » avant d'aller en salle d'opération. Une femme a déclaré : « J'ai refusé jusqu'à la fin. Le matin, je devais signer, mais je ne voulais pas le faire. Même sur la table d'opération, je ne voulais pas ». Toutes les femmes estimaient que non devait signifier non.

Le troisième grand domaine était que les femmes subissaient des conséquences très graves sur leur estime de soi, leurs relations et leur capacité à accéder aux soins de santé. En matière d'impacts personnels permanents, une femme a déclaré ce qui suit : « Je suis une bonne mère. J'aurais aimé avoir plus d'enfants. Je suis une très bonne mère. J'ai gardé tous mes enfants. J'ai travaillé ». Une autre a expliqué : « C'est comme si personne ne voulait plus de moi. Je ne me sens pas comme une femme ». Une autre femme a dit : « C'est comme si quelque chose m'avait quitté. J'ai juste pleuré. Je savais que je ne pouvais rien faire ». Une autre femme a dit : « Pendant toutes ces années, c'était bloqué, le sentiment était juste bloqué ». Les relations de ces femmes ont été affectées et à partir de cet incident, leur vie a changé. Une femme a dit : « Oui, mais c'était l'un des

facteurs de la fin de notre relation ». Une autre a dit : « J'ai dit non à un mariage parce que je savais qu'il voulait des enfants et je ne pouvais plus en avoir ». Une autre femme a déclaré : « Je me suis remariée, et je lui ai raconté ce qui s'était passé. Il a dit : « Si tes trompes n'étaient pas ligaturées, nous aurions un bébé. Ça me blesse, a-t-elle ajouté, quand il dit des choses comme ça ». Cela a eu pour conséquence de désengager les femmes des soins de santé. Une femme a précisé ce qui suit : « Je ne vais plus chez le médecin, surtout chez le gynécologue. La peur est telle que je ne sais pas si je pourrais la surmonter ». Une autre femme a déclaré : « Je n'irai pas faire de test Pap, c'est trop effrayant. Je n'irai pas chez un médecin », même lorsqu'elles savent qu'elles sont à risque de maladie. Une autre a affirmé : « Je suis à risque de diabète. Mes parents en sont morts tous les deux. J'essaie de prendre soin de moi pour ne pas avoir à aller chez le médecin ».

Yvonne Boyer : Nous avons également constaté qu'elles n'étaient pas disposées à emmener leurs enfants chez le médecin.

Judith Bartlett : Les prestataires de soins de santé ont vraiment été très ouverts et honnêtes. Je pense que c'est quelque chose qui était vraiment nécessaire pour que cela passe à l'étape suivante. Les défis politiques et d'équipe sont apparus comme un thème primordial, un manque de soutien de l'équipe. Les défis politiques comprenaient un examen de toute la structure du service. Les choses ont changé, car elles peuvent maintenant fréquenter l'hôpital pour enfants. Cependant, elles ont rencontré plusieurs difficultés, car le service était structuré sur différents étages. Un fournisseur a déclaré : « La nouvelle politique de ligature des trompes résout le problème, mais en crée un autre pour les femmes marginalisées - les femmes qui n'ont pas de médecin de famille ». La plupart des prestataires estimaient que l'environnement changeait, mais on avait le sentiment que l'ancienne génération devait faire la transition.

Le manque d'approche d'équipe et l'intégration entre la région sanitaire de Saskatoon et les services à l'enfance et à la famille sont des thèmes qui ont été évoqués.

Judith Bartlett : Les femmes autochtones ne savent pas qui les reçoit à l'hôpital. Elles ne savent pas que le médecin est responsable de faire signer le consentement. Elles ne savent pas qui interagit avec elles. C'est très déroutant pour elles. Dans les salles d'opération où le personnel est débordé, c'est souvent une infirmière qui vous remet le formulaire de consentement en disant : « Signez-le ». Ils sont débordés, alors ils n'ont d'autres choix que de procéder ainsi. Une prestataire a déclaré que l'une des choses qui l'inquiétaient le plus était le retrait des nouveau-nés aux mères. Elle a déclaré : « La seule façon pour ces deux grands ministères, la Santé et les services d'aide à l'enfance et à la famille, d'être en contact est par l'intermédiaire d'un travailleur social. C'est ce que j'ai découvert dans la politique. Il existait peu de chose dans la politique pour dire qui était censé faire quoi. Certains ont tenté de défendre leur cause. Un prestataire a affirmé : « Une fille pleurait alors qu'elle subissait une péridurale. Elle voulait sa maman. Les infirmières disaient "elle ne peut pas entrer dans la chambre". Nous n'étions pas dans une salle d'opération, nous étions dans une salle d'accouchement. Ce n'était pas justifié ». Un médecin a déclaré : « J'ai demandé à l'infirmière qui était avec elle quand les services à l'enfant et à la famille sont venus. L'infirmière a répondu : « Eh bien, personne. Nous essayons d'être présents ». Le médecin a dit : « Eh bien, j'étais à la maison et personne ne m'a appelé ».

La grande section suivante portait sur l'attitude envers les femmes autochtones. Une fois encore, les prestataires se sont penchés sur leurs perceptions des défis et des expériences des femmes et, là encore, des appréhensions ont surgi concernant les nouveau-nés. Une personne a dit : « Ils effraient les femmes pour qu'elles ne viennent pas à l'hôpital. C'est un obstacle aux soins de santé et cela affecte aussi la famille ». La nouvelle politique était que les mères à haut risque sont probablement celles qui sont le plus facilement contraintes. Ce sont ces mères qui se sont fait enlever leurs bébés. Il y avait un spectre et une continuité d'ignorance, de préjugés, de racisme et de discrimination qui ont été observés dans l'environnement hospitalier. Certains ne comprennent pas le racisme. Un prestataire a déclaré : « Les infirmières de nos hôpitaux sont toutes d'origines différentes. Je ne pense pas qu'il s'agisse de racisme ». Cela m'a un peu rappelé le passé. Les prestataires ont indiqué qu'il existe une différence de pouvoir entre les femmes autochtones et les prestataires de santé. Une infirmière demandera à un travailleur social : « Pourquoi n'enlevez-vous pas ce

bébé à sa mère? Ce bébé ne devrait pas rentrer à la maison avec sa mère ». Certains disent : « C'est plus comme des gens qui parlent entre eux, vous savez, des conversations de bureau ». Une personne peut dire : « Cette personne a eu tellement d'enfants, ne devrions-nous pas l'arrêter »? D'autres encore comprennent l'affirmation suivante : « Si une personne est toujours en position de pouvoir, elle ne sait pas ce que c'est que d'être impuissant ». Une autre question soulevée par les professionnels de la santé est celle de ce que l'on appelle la « partialité implicite » dans les médias, notamment parce que certains ont été très contrariés et choqués que les médias désignent les travailleurs sociaux comme étant les personnes qui agissent ainsi. Ils étaient contrariés que les médias n'aient pas vérifié les faits. L'autre chose, c'est que certaines personnes ont été bouleversées et ont mis en doute la véracité des femmes qui ont fait des reportages dans les médias. Mais notre étude a en fait montré que c'était l'expérience typique; il n'y a pas que ces deux femmes qui l'ont signalée. Enfin, les impacts internes et externes sur la perception du choix éclairé des soins [était un autre thème]. Les prestataires estiment qu'ils offrent de bonnes options de contraception et ne comprennent pas pourquoi les femmes seraient soi-disant contraintes. La perception des soins - l'environnement du service [a été évoqué]. Chaque jour, des sentiments différents régnaient au sein du service, comme une sorte de personnalité du jour. Certaines infirmières vont se laisser aller et d'autres voudront tout arrêter et résoudre ce problème. Et puis une personne a raconté qu'il y avait un groupe particulier d'infirmières qui, selon elles, pouvaient être réellement contraignantes. Dans l'ensemble, ils ont tous déclaré qu'il y avait eu beaucoup de changements positifs, mais qu'ils étaient certainement prêts à en avoir davantage. Là encore, l'impact des services sociaux externes a été mentionné. Un prestataire a déclaré : « Le plus grand traumatisme est celui des services à l'enfance et à la famille qui sont présents à l'hôpital. Je comprends que les enfants doivent être protégés, mais je ne pense pas que l'hôpital soit le lieu où les nouveau-nés doivent être enlevés à leurs mères ». Il existe un écart prénatal entre les soins de santé et les services à l'enfance et à la famille. La femme n'est à l'hôpital que pendant quelques jours maximums et les services de l'enfance et de la famille ne peuvent pas intervenir avant l'accouchement. Pourtant, les services de santé ne savent pas ce qui se passe dans la communauté, et ils ont donc trouvé cela difficile à gérer. On a tenté d'apporter des changements. Une certaine clinique faisait des tournées des mères à risque et essayait de faire le lien entre les services de l'enfance et de la famille et la communauté médicale. Mais le problème était que cela ne faisait pas vraiment partie du mandat des services de l'enfance et de la famille, et leur participation n'était donc pas nécessairement sanctionnée par leur législation.

Yvonne Boyer : Nous allons parler un peu des appels à l'action et de quelques observations générales que nous avons faites. Je n'avais aucune idée que cela allait exploser au point de vue national et international. Rétrospectivement, les recommandations et les appels à l'action ont été créés en tenant compte de la Saskatoon Health Authority. Je les aurais probablement, sachant ce que je sais maintenant, créés un peu différemment. Je tiens également à féliciter la Saskatoon Health Authority de m'avoir appuyé. Elle n'était pas obligée. Elle m'a contacté et m'a dit qu'elle voulait agir à ce sujet. Je dois avouer qu'elle a été très utile. Elle était très douée pour travailler avec nous et elle nous a laissé l'autonomie nécessaire pour faire le travail à notre façon. Je tiens à souligner que tout cela a été très difficile pour la Saskatoon Health Authority. La première chose pour moi, en tant qu'avocate, a été de dire : « Trouvez-moi toutes vos politiques, je dois les revoir ». Le tout premier appel à l'action a été de réviser ces politiques. Elle a récemment mis en place une politique de ligature des trompes et de consentement, nous devons vraiment les examiner de près et faire appel à certaines des personnes présentes sur place. Elle avait mis en place un service de santé des Premières Nations et des Métis très solide qu'elle n'utilisait pas vraiment et qui incluait des Aînés. Elle devait vraiment se servir des personnes qu'elle avait sélectionnées. Nous lui avons également demandé d'exiger que tout le personnel comprenne et respecte le document intitulé « Nos valeurs en action », que nous avons examiné et jugé assez pertinent.

Le prochain appel à l'action portait sur les exigences de la loi canadienne. Comme je possède une grande expérience en santé autochtone et en droit, je comprends pourquoi les Autochtones sont les seuls au pays qui détiennent des droits protégés par la Constitution et des droits à la santé très puissants. Il s'agit des droits autochtones et des droits issus de traités qui figurent à l'article 35 de la Constitution. Ces droits sont détenus par chaque individu autochtone dans ce pays, qui possède aussi ses lois inhérentes en dehors du droit

occidental. Cela doit constituer le cadre pour établir des systèmes de protection pour les femmes qui ont été stérilisées de force et pour empêcher que cela ne se reproduise. Nous devons également examiner l'appel à l'action n° 18 de la Commission de vérité et réconciliation du Canada et la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. Tout cadre doit également inclure les Inuits, qui détiennent également des droits protégés par la Constitution. Très souvent, ils sont laissés de côté et leurs droits sont tout aussi puissants que ceux des Premières Nations et des Métis et ils doivent également être reconnus.

L'autre chose que je souhaite mentionner à ce stade, et j'en entends parler tous les jours, c'est la théorie du curateur et la personne sous tutelle. Il s'agit de professionnels de la santé pensant qu'ils savent ce qu'il faut faire pour les femmes autochtones ou pour d'autres personnes. Dans les années 1800, le Canada a adopté une loi américaine qui mettait en œuvre la théorie des curateurs et des pupilles, où les peuples autochtones étaient jugés incapables de prendre des décisions et devaient être pris en charge en tant que « pupilles ». Cela sous-tend nos politiques de santé actuelle. En 1982 une décision de la Cour suprême du Canada, *Guerin c. La Reine*, par rapport aux droits des Autochtones a jugé, pour la première fois, que le gouvernement avait un devoir fiduciaire envers les Premières Nations du Canada. Quand j'examine certaines de nos politiques en matière de santé, il s'agit intrinsèquement de compléter ce déséquilibre, nous constatons qu'il existe une croyance selon laquelle ces peuples autochtones ne sont pas capables de prendre ces décisions, et que ces décisions doivent donc être prises pour eux. La stérilisation forcée ou sous contrainte des femmes autochtones en est donc un bon exemple.

L'un des autres appels à l'action concernait la formation culturellement adaptée. Nous l'avons répertorié comme un appel à l'action, et je l'ai, depuis, entendu à maintes reprises comme une solution pour résoudre entièrement le problème, car nous savons que la formation culturellement adaptée est efficace. Nous le savons. Je suis vraiment heureuse d'apprendre que cela fonctionne et que cela se produit dans de nombreux systèmes éducatifs. Mais ce n'est pas la seule solution. Pour la Saskatoon Health Authority, c'était important et je pense qu'elle a commencé la mise en œuvre dès que le rapport a été rédigé.

L'éducation était un autre appel à l'action. Nous avons plaidé pour une éducation culturellement appropriée pour tous les professionnels de la santé et nous avons besoin de voir ces changements dans le système éducatif, dans les soins infirmiers, la médecine et dans toutes les professions de la santé. En 2017, certaines approches étaient en fait satisfaisantes. Il s'agissait de l'Ontario Indigenous Cultural Safety et Indigenous Healthcare Providers Cultural Safety Training qui devaient aider les patients des Premières Nations. La First Nations Health Authority de la Colombie-Britannique a bien travaillé et vous êtes probablement nombreux à savoir ce qui se passe dans ce domaine.

Nous avons remarqué que personne ne parlait aux victimes, personne ne demandait l'avis des femmes qui avaient été stérilisées. Ainsi, étant donné leur engagement en faveur de la réconciliation, nous avons demandé que les habitants de Saskatoon soient des partenaires à part entière dans la conception de services de santé qui répondraient aux besoins des femmes autochtones et nous avons demandé aux femmes leurs avis et ce dont elles auraient besoin. Nous savons qu'il y a eu des occasions qui se sont présentées dans le cadre de la restructuration des soins de santé de la province de la Saskatchewan et il aurait été très avantageux de se concentrer véritablement sur les Autochtones dans ce domaine pour défendre les intérêts des Autochtones de la région. Nous savons que tout type de restructuration nécessite l'inclusion et la contribution directe des Premières Nations, des Métis et des Inuits et nécessite des mesures extraordinaires avec des soins de santé culturellement adaptés que les femmes et les familles autochtones créent pour elles-mêmes. Dans cet appel à l'action, il s'agit donc d'examiner le conseil consultatif et de s'assurer qu'il possède l'autorité et que nous pouvons nous pencher sur les soins de santé traditionnels pour qu'ils s'intègrent et aident les femmes autochtones à reprendre la place qui leur revient dans la société. Le conseil devrait s'associer à des experts en contenu culturel clinique et communautaire tels que la Canadian Indigenous Nurses Association et la Indigenous Physicians Association of Canada. Donner la priorité au Saskatoon Aboriginal Health Council et utiliser ce qui a été mis en place. Ils doivent les utiliser plus efficacement et travailler sur une stratégie d'engagement pour la santé des Autochtones. Nous leur avons demandé d'assurer la mise en œuvre et le

suivi complets de la région sanitaire de Saskatoon et de coordonner avec les sources de soutiens environnants. Il existe déjà de nombreuses bonnes aides structurelles à Saskatoon. Il serait important d'y avoir accès et qu'elles ne constituent pas une unité unique. Elles incluent la Federation of Sovereign Indigenous Nations, les Métis et je crois qu'il y a aussi des groupes inuits.

L'autre chose qui est très, très, très importante est l'aspect de la réparation. Demandez aux femmes ce dont elles ont besoin, ce qu'elles veulent guérir. Je veux raconter une anecdote supplémentaire. Il y a quelques mois, ou il y a un mois, je suis arrivée tard dans un hôtel et j'étais seule avec une employée de la réception. Je lui ai donné ma carte de crédit et ma carte d'identité et elle m'a dit : « Vous êtes cette fameuse sénatrice ». Eh bien, j'ai répondu : « Je ne suis pas très célèbre, mais je suis sénatrice ». Elle a ajouté : « Non, vous êtes la sénatrice qui dénonce la stérilisation. » J'ai alors dit : « Il s'agit en effet d'une question sur laquelle je travaille, oui ». Elle m'a regardé et des larmes se sont mises à couler et elle a dit : « Ils m'ont stérilisée quand j'avais 21 ans à Saskatoon. J'avais 4 enfants. Ils m'ont dit que c'était mieux pour moi. J'ai 35 ans maintenant. Mes enfants ont grandi. J'ai un nouveau mari et je veux des bébés. Je ne peux pas me permettre la fécondation in vitro. Comment vais-je avoir d'autres enfants? » Il n'y a pas si longtemps de ça. Donc, l'aspect réparation est vraiment important. Les centres de reproduction sont un sujet dont Judy et moi avons parlé pour montrer combien il est important d'apporter un soutien intensif aux femmes qui ont des situations de vie vraiment complexes et aux femmes autochtones qui sont enceintes. Un prestataire de santé a déclaré qu'il y avait au moins 30 femmes enceintes à haut risque dans son cabinet.

Judith Bartlett : En fait, ce qui s'est passé d'ici octobre 2018, après la fin de notre étude en juillet 2017, c'est qu'ils ont présenté des excuses publiques et se sont mis au travail. Ils ont en fait créé la Sanctum House 1.5, qui a connu un certain succès. Ils ont accueilli 18 bébés et leurs mères et un seul bébé a été pris en charge, c'est incroyable. L'autre chose, c'est qu'ils ont créé un programme d'aide aux naissances que la région sanitaire a mis en place et qui compte déjà neuf diplômés.

Yvonne Boyer : Voici comment nous avons conclu. Mary Lee est une femme aux talents multiples. Elle est également fabricante de tipis, et en a fabriqué un. Nous l'avons érigé chez moi, près d'Ottawa. Nous avons conclu notre travail par une cérémonie spirituelle. Cette cérémonie a marqué la fin de l'examen externe et le début d'une renaissance de la justice en matière de droits reproductifs des femmes autochtones. Très rapidement, là où nous en sommes maintenant, nous allons entendre parler de recours collectifs qui se déroulent dans tout le pays. Il y a eu beaucoup de reportages dans les médias. Plus de femmes se sont exprimées dans les médias. J'ai été nommée au Sénat en mars et mon premier discours portait sur la stérilisation des femmes autochtones. Le Comité des Nations Unies sur la torture a présenté un rapport et a donné au Canada un an pour y remédier. Je siège au Comité permanent des droits de la personne au Sénat et nous avons fait une brève étude à ce sujet et nous espérons que lorsque notre comité sera de nouveau opérationnel, nous pourrions poursuivre ce travail. La commission de la Chambre des communes l'a étudié et mon cabinet a été très occupé. Nous nous sommes davantage consacrés à la mise en place d'un centre d'échange d'informations et à un projet de cartographie. Mon cabinet est très occupé. Les médias nationaux et internationaux se sont énormément intéressés à cette histoire. Il y a eu beaucoup d'activité. Mais je dois vraiment remercier Margo Greenwood de m'avoir permis de prendre un café un samedi matin avec elle et de m'avoir écouté parler sans fin de ces questions. Tout ça, c'est grâce à elle. Je tiens à remercier Services aux Autochtones Canada et Santé Canada d'avoir organisé cette conférence, car c'est ici que nous pouvons élaborer un plan et le concrétiser. Meegwich.

Pour entendre d'autres balados de cette série, visitez la page [Les voix du terrain](#) sur le site Web du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone à ccnsa.ca.

National Collaborating Centre for Indigenous Health
(NCCIH)
3333 University Way
Prince George, British Columbia
V2N 4Z9 Canada

Tel: (250) 960-5250
Email: nccih@unbc.ca
Web: nccih.ca

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
(CCNSA)
3333 University Way
Prince George, Colombie-Britannique
V2N 4Z9 Canada

Tél : 250 960-5250
Courriel : ccnsa@unbc.ca
Site web : ccnsa.ca

© 2020 Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et sa réalisation a été possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'ASPC.