

**EVIDENCE**

OTTAWA, Wednesday, March 20, 2024

The Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs met with videoconference this day at 4:17 p.m. [ET] to consider Bill S-250, An Act to amend the Criminal Code (sterilization procedure).

**Senator Mobina S. B. Jaffer** (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

**The Chair:** Hello, honourable senators. Welcome to this meeting of the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs.

I am Mobina Jaffer, senator from New Brunswick.

[*English*]

I invite my colleagues to introduce themselves.

**Senator Batters:** Denise Batters, senator from Saskatchewan, deputy chair of this committee.

**Senator Klyne:** Good afternoon. Marty Klyne, senator from Saskatchewan, Treaty 4 territory. Welcome.

**Senator Prosper:** Senator P. J. Prosper from Nova Scotia, Mi'kma'ki, territory of the Mi'kmaq.

**Senator Simons:** Senator Paula Simons, Alberta, Treaty 6 territory.

[*Translation*]

**Senator Clement:** Bernadette Clement from Ontario.

[*English*]

**Senator Boyer:** Yvonne Boyer, Ontario.

**Senator Pate:** Kim Pate, and I live here on the unceded, unsurrendered territory of the Algonquin Anishinaabe.

**The Chair:** Honourable senators, we are meeting to continue our study of Bill S-250, An Act to amend the Criminal Code (sterilization procedures).

I would now like to introduce the witnesses on our first panel. We welcome from Indigenous Services Canada, Dr. Tom Wong, Chief Medical Officer, Chief Science Officer and Director General, Office of Population and Public Health, First Nations and Inuit Health Branch; and Laura Mitchell, Director, Healthy Children, Youth and Families Division, First Nations and Inuit Health Branch. From the Department of Justice Canada, we welcome Matthew Taylor, General Counsel and Director,

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le mercredi 20 mars 2024

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles se réunit aujourd'hui, à 16 h 17 (HE), avec vidéoconférence, pour étudier le projet de loi S-250, Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation).

**La sénatrice Mobina S. B. Jaffer** (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

**La présidente :** Bonjour, honorables sénatrices et sénateurs. Bienvenue à cette réunion du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles.

Je m'appelle Mobina Jaffer, sénatrice de la Colombie-Britannique.

[*Traduction*]

J'invite mes collègues à se présenter.

**La sénatrice Batters :** Denise Batters, sénatrice de la Saskatchewan, vice-présidente du comité.

**Le sénateur Klyne :** Bonjour. Marty Klyne, sénateur de la Saskatchewan, du territoire visé par le Traité n° 4. Bienvenue.

**Le sénateur Prosper :** Sénateur P. J. Prosper, de la Nouvelle-Écosse, du Mi'kma'ki, le territoire des Mi'kmaq.

**La sénatrice Simons :** Sénatrice Paula Simons, de l'Alberta, du territoire visé par le Traité n° 6.

[*Français*]

**La sénatrice Clement :** Bernadette Clement, de l'Ontario.

[*Traduction*]

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

**La sénatrice Pate :** Kim Pate, et je vis ici, sur le territoire non cédé de la nation algonquine anishinabe.

**La présidente :** Honorables sénateurs, nous nous réunissons pour poursuivre notre examen du projet de loi S-250, Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation).

J'aimerais maintenant présenter le premier groupe de témoins. Nous accueillons, de Services aux Autochtones Canada, le Dr Tom Wong, médecin hygiéniste en chef, conseiller scientifique en chef et directeur général, Bureau de la santé publique et de la population, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; et Laura Mitchell, directrice, Division des jeunes et des familles en bonne santé, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Du

Criminal Law Policy Section; and Morna Boyle, Counsel, Criminal Law Policy Section. Mr. Taylor is not new to our committee.

Welcome, and thank you for joining us. I have to say to you that I'm really disappointed that none of you have opening remarks. It is very difficult if you have no opening remarks. All of us will go away with impressions as to why you don't have opening remarks. I can say that many of us here are very disappointed.

But we will go to questions now, starting with the sponsor of the bill.

**Senator Boyer:** Welcome to all of you here. I appreciate you coming, and I look forward to talking to you about some of the aspects of this bill.

My first question is for Dr. Wong. I know that you are familiar with the issue of forced and coerced sterilization in Canada. We've seen you before in this committee and in the Human Rights Committee. I know that you're also very familiar with racism and gender-based violence in the health care system. Can you speak to how you see the consent model in Bill S-250 impacting the interactions between doctors and their patients, especially Indigenous patients?

**Tom Wong, Chief Medical Officer, Chief Science Officer and Director General, Office of Population and Public Health, First Nations and Inuit Health Branch, Indigenous Services Canada:** Thank you very much, Senator Boyer. I want to acknowledge that I'm joining you from the unceded of the Algonquin Anishinaabe people today.

It is so important for all of us to recognize that there is a power imbalance between health providers, such as doctors, nurses and social workers, and patients, especially in the underserved population. We know there are many inequities experienced by Indigenous women in the country. It is absolutely essential that there be free, prior, and informed consent. With the proposed amendment to the bill, I hope that aspect would be duly considered.

In addition to that, it is so important to actually be able to support Indigenous women as they make choices. We want to make sure that choices are made when and where they want to make them and not be forced upon them during times of duress. Thank you.

**Senator Boyer:** Thank you. I have a secondary question that perhaps Ms. Mitchell would like to answer.

ministère de la Justice Canada, nous accueillons Me Matthew Taylor, avocat général et directeur, Section de la politique en matière de droit pénal; et Me Morna Boyle, avocate, Section de la politique en matière de droit pénal. Me Taylor n'est pas un nouveau venu à notre comité.

Je vous souhaite la bienvenue et vous remercie de vous être joints à nous. Je dois vous dire que je suis vraiment déçue qu'aucun d'entre vous n'a d'exposé liminaire. C'est très difficile pour nous si vous n'en avez pas. Nous nous ferons chacun notre propre idée sur la raison pour laquelle vous n'avez pas d'exposé liminaire. Je peux dire que beaucoup d'entre nous sont très déçus.

Mais nous allons maintenant passer aux questions, en commençant par la marraine du projet de loi.

**La sénatrice Boyer :** Je vous souhaite à tous la bienvenue. Je vous remercie d'être venus et j'ai hâte de discuter avec vous de certains aspects du projet de loi.

Ma première question s'adresse au Dr Wong. Je sais que vous connaissez bien la question de la stérilisation forcée et contrainte au Canada. Vous êtes déjà venu à ce comité et au Comité des droits de la personne. Je sais que vous êtes également très au fait du racisme et de la violence fondée sur le genre dans le système de soins de santé. Pouvez-vous nous parler de l'effet du modèle de consentement prévu par le projet de loi S-250 sur les interactions entre les médecins et leurs patients, en particulier les patients autochtones?

**Dr Tom Wong, médecin hygiéniste en chef, conseiller scientifique en chef et directeur général, Bureau de la santé publique et de la population, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Services aux Autochtones Canada :** Merci beaucoup, sénatrice Boyer. Je tiens à souligner que je me joins à vous aujourd'hui depuis le territoire non cédé du peuple algonquin anishinabe.

Il est très important que nous reconnaissons tous qu'il existe un déséquilibre de pouvoir entre les prestataires de soins de santé, tels que les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux, et les patients, en particulier dans les populations mal desservies. Nous savons que les femmes autochtones sont victimes de nombreuses inégalités. Il est absolument essentiel que le consentement soit libre, préalable et éclairé. Avec la modification proposée par le projet de loi, j'espère que cet aspect sera dûment pris en compte.

En outre, il est très important de pouvoir appuyer les femmes autochtones dans leurs choix. Nous voulons nous assurer que les choix sont faits au moment et à l'endroit où elles veulent et qu'ils ne leur sont pas imposés dans des moments de contrainte. Merci.

**La sénatrice Boyer :** Je vous remercie. J'ai une deuxième question à laquelle Mme Mitchell voudra peut-être répondre.

We know that accessing health care is often challenging for Indigenous people and there are many reasons for this, like a lack of access in remote communities, distrust of the system and racism in the system that affects quality of care.

Bill S-250 criminalizes the issue of forced and coerced sterilization and ideally becomes a deterrent that is never used or is not necessary to use. We also want to ensure there are no barriers to women accessing the reproductive health care that they choose, including tubal ligation. We want to make sure that they keep their agency.

After my external review of the Saskatoon Health Authority's tubal ligation policy, they had the problematic reaction of limiting access to tubal ligation unless referred by a family doctor, which we know many Canadians, especially in remote communities, do not have.

Can you speak to how Indigenous Services Canada, or ISC, can respond to the explicit criminalization of forced and coerced sterilization to make sure there is not a chilling effect on reproductive health care for Indigenous women who often already have issues accessing health care?

**Laura Mitchell, Director, Healthy Children, Youth and Families Division, First Nations and Inuit Health Branch, Indigenous Services Canada:** I can certainly try. One of the major things that ISC does, largely, is the role of funding. We acknowledge that we are not the experts. One of the things that we have done — and hopefully will continue to do — is support Indigenous women's organizations and other organizations that work closely with Indigenous folks, who are probably more trusted than government sources, to be able to work with them to understand their rights and what informed consent should look like.

It's unfortunate that we put patients in the position that they have to know their rights. In an ideal world, that wouldn't be the situation. But until we resolve these other issues, we need to equip Indigenous people, when interfacing with health systems, to understand their rights. That is a role ISC has played and needs to continue to play.

There's been some really excellent work done by Les Femmes Michif Otipemisiwak, the Native Women's Association of Canada and Pauktuutit Inuit Women of Canada, as well as the National Council of Indigenous Midwives, who were talking to

Nous savons que l'accès aux soins de santé est souvent difficile pour les populations autochtones et qu'il y a de nombreuses raisons à cela, comme l'accès limité dans les communautés isolées, la méfiance à l'égard du système et le racisme dans le système qui affectent la qualité des soins.

Le projet de loi S-250 criminalise la stérilisation forcée et contrainte, et deviendra idéalement un moyen de dissuasion qui ne sera jamais utilisé ou qu'il ne sera jamais nécessaire d'utiliser. Nous voulons également nous assurer que les femmes disposent d'un accès libre d'obstacles aux soins de santé génésique qu'elles veulent, y compris la ligature des trompes. Nous voulons nous assurer qu'elles conservent leur liberté de choix.

Après mon examen externe de la politique de l'Autorité de la santé de Saskatoon en matière de ligature des trompes, celle-ci a eu la réaction problématique de limiter l'accès à la ligature à moins d'être recommandée par un médecin de famille, ce que, nous le savons, de nombreux Canadiens n'ont pas, en particulier dans les communautés isolées.

Pouvez-vous nous dire ce que Services aux Autochtones Canada, ou SAC, pourra faire si la stérilisation forcée et contrainte est explicitement criminalisée afin qu'il n'y ait pas d'effet néfaste sur les soins de santé génésique pour les femmes autochtones qui connaissent souvent déjà des problèmes d'accès aux soins de santé?

**Laura Mitchell, directrice, Division des jeunes et des familles en bonne santé, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Services aux Autochtones Canada :** Je peux certainement essayer de répondre. Notre ministère est surtout responsable du financement. Nous savons que nous ne sommes pas des experts. Une des choses que nous avons faites — et que nous continuerons de faire, je l'espère — est de soutenir les organisations de femmes autochtones et d'autres organisations qui travaillent en étroite collaboration avec les populations autochtones, et qui font probablement l'objet de plus de confiance que les organisations gouvernementales, afin qu'elles puissent travailler avec les femmes autochtones pour clarifier leurs droits et ce à quoi devrait ressembler le consentement éclairé.

Il est regrettable que nous placions les patients dans une situation où ils doivent connaître leurs droits. Dans un monde idéal, ça ne serait pas le cas. Mais tant que nous n'aurons pas résolu les autres problèmes, nous devons donner aux populations autochtones les moyens de comprendre leurs droits dans le cadre de leurs interactions avec les systèmes de santé. C'est un rôle que notre ministère a joué et qu'il doit continuer à jouer.

Les Femmes Michif Otipemisiwak, l'Association des femmes autochtones du Canada et l'organisation Pauktuutit Inuit Women of Canada, ainsi que le Conseil national des sages-femmes autochtones, dont les représentantes me parlaient dans le corridor

me in the hallway about some of the work they're doing to try to support patients to understand their rights when they're interfacing. That's a place to start.

Another important thing we're doing is trying to bring those voices into government. We have a committee. You presented to that committee last year, I believe. It's the Advisory Committee on Indigenous Women's Wellbeing, which is represented by some Indigenous women's organizations, some two-spirited serving organizations and an organization that represents youth. They were really trying to bring them together to have them tell us what they think our role could or should be. We're obviously limited by our reach in that we're federal and much of this activity happens in provincial systems. The question becomes: How do we become convenors and support Indigenous peoples who are the experts in their own health care to know their rights and to fully exercise them?

**Senator Boyer:** I have one more follow-up question for both of you. Do you support the bill? Do you see any amendments to it that would be helpful?

**Ms. Mitchell:** I'm not a lawyer, so I can't speak to the legal language of the bill. I would say that I've heard from survivors and from people who have worked with survivors about how important criminalization is to them. I want to echo that. I've heard that directly from survivors. They or lawyers are probably better placed to say whether this bill creates legal risk. I certainly couldn't. I feel your question was trying to hint at that. I don't think I'm appropriately placed to answer that question, but survivors have said how important — you know that and everyone here knows that. I am just reinforcing that I have heard that from survivors as well.

**Dr. Wong:** I want to echo that comment. I have heard from survivors how important it is to have that, but I'm not a legal expert and can't comment on that.

**Senator Boyer:** Thank you.

**Matthew Taylor, General Counsel and Director, Department of Justice Canada:** To your last question, about whether we support the bill and would we propose amendments, as you know, we're not here to speak in support or against legislation that is before you, we're here to support you in understanding it. I echo the comments that have already been made. I have followed your testimony and the evidence where

du travail qu'elles font pour aider les patientes à comprendre leurs droits dans le système de la santé, réalisent un excellent travail. C'est un bon point de départ.

Une autre chose importante que nous faisons est d'essayer de faire en sorte que le gouvernement entende leurs voix. Nous avons un comité. Vous avez fait un exposé devant ce comité l'année dernière, je crois. Il s'agit du Comité consultatif sur le bien-être des femmes autochtones, où siègent des organisations de femmes autochtones, des organisations servant les personnes bispirituelles et une organisation représentant les jeunes. On voulait les rassembler pour qu'elles nous disent ce qu'elles pensent que notre rôle pourrait ou devrait être. Notre portée est évidemment limitée puisque nous faisons partie du gouvernement fédéral et qu'une grande partie de ces activités se déroulent dans les systèmes provinciaux. La question qui se pose est donc la suivante : comment pouvons-nous devenir des rassembleurs et aider les peuples autochtones, qui sont les experts sur leurs propres soins de santé, à connaître leurs droits et à les exercer pleinement?

**La sénatrice Boyer :** J'ai encore une question complémentaire pour vous deux. Appuyez-vous le projet de loi? Avez-vous pensé à des amendements qui pourraient être utiles?

**Mme Mitchell :** Je ne suis pas juriste, alors je ne peux pas me prononcer sur la formulation juridique du projet de loi. Je dirais que j'ai entendu des survivantes et des personnes qui ont travaillé avec des survivantes dire à quel point cette criminalisation est importante pour elles. Je tiens à transmettre cette position. Je l'ai entendu directement de la bouche de survivantes. Ces personnes ou des avocats sont probablement mieux placés pour dire si ce projet de loi crée un risque juridique. Je ne suis certainement pas en mesure de le faire. J'ai l'impression que votre question tentait de faire allusion à cet enjeu. Je ne pense pas être bien placée pour répondre à cette question, mais les survivantes ont souligné à quel point c'était important — vous le savez et tout le monde ici le sait. Je ne fais que répéter que j'ai aussi entendu des survivantes le dire.

**Dr Wong :** Je voudrais faire écho à ce commentaire. J'ai entendu des survivantes parler de l'importance d'une telle mesure, mais je ne suis pas juriste et je ne peux pas me prononcer sur des amendements.

**La sénatrice Boyer :** Merci.

**Me Matthew Taylor, avocat général et directeur, ministère de la Justice Canada :** Au sujet de votre dernière question, à savoir si nous appuyons le projet de loi et si nous proposerions des amendements, comme vous le savez, nous ne sommes pas ici pour nous prononcer sur le projet de loi, mais pour vous aider à le comprendre. Je réitère ce qui a déjà été dit. J'ai suivi vos travaux et entendu les témoignages des personnes qui ont

individuals have acknowledged that the criminal law does address this conduct already, but that there is a value that is seen in going further, doing something differently, perhaps as a deterrent.

In terms of specific amendments — I'm sure there will be more discussion on this — as a starting point for areas of consideration for your committee, I might pick up on the question you posed earlier around consent. I would, if I have permission, to turn it to my colleague.

We understand the consent model to operate in a similar way that consent would operate in criminal law currently. It is similar in the sense that your bill doesn't define consent. We would expect that courts would interpret that term in a consistent way, as in the context of assault or sexual assault, for example. It's different in that it operates outside of the elements of the offence; it operates more as a defence. Whereas in assault law, you have to prove the lack of consent as an essential element; here your bill seems to treat it as if there is consent and these additional safeguards are in place, then a crime hasn't been committed.

Subclause 4 of the bill identifies some kind of limiting factors where consent would not be obtained, and so the offence would be made out. Perhaps we can very quickly touch upon — and I'll turn to my colleague here — some of those. For example, that consent wouldn't be obtained if the person is under the age of 18. Ms. Boyle, do you want to speak to that a little bit in terms of like some of the scenarios where we envision that situation might come up in practice?

**Morna Boyle, Counsel, Criminal Law Policy Section, Department of Justice Canada:** I'm happy to speak to that. Again, I'm not a medical practitioner, so I can't speak to specific situations in which that may arise, but I could say that some questions have arisen as to whether the approach in subclause 4 with regard to (a), (b), and (c), whether the person is under 18, whether the person is incapable of consenting for any reason, or whether the person has not initiated the voluntary request to undergo a sterilization procedure may possibly result in the increased criminalization of medical practitioners who are performing what would currently be considered to be a lawful medical procedure. An example could be a situation where the doctor raises the prospect of sterilization as a valid medical option for the patient, who then freely chooses to undergo the procedure.

The bill, according to our reading of it, may prevent that patient from having the lawful capacity to then consent to that

reconnu que le Code criminel couvre déjà ces actes, mais qu'il est utile d'aller plus loin, de modifier les choses, peut-être pour l'effet dissuasif.

En ce qui concerne des amendements précis, je suis sûr qu'il y aura d'autres discussions à ce sujet, mais comme point de départ pour les discussions du comité, je pourrais revenir sur la question que vous avez posée tout à l'heure concernant le consentement. Si vous me le permettez, j'aimerais donner la parole à ma collègue.

Nous savons que le modèle de consentement fonctionne de manière semblable à ce qui se fait actuellement en droit pénal. C'est semblable dans le sens que votre projet de loi ne définit pas le consentement. On pourrait s'attendre à ce que les tribunaux interprètent ce terme de façon uniforme, par exemple dans le contexte d'une voie de fait ou d'une agression sexuelle. C'est différent puisque cela n'intervient pas dans les éléments de l'infraction; cela fonctionne plus comme un moyen de défense. Alors que dans le droit relatif aux voies de fait, il faut prouver l'absence de consentement en tant qu'élément essentiel, votre projet de loi semble plutôt partir du principe que lorsqu'il y a consentement et ces mesures de sauvegarde en place, un crime n'a alors pas été commis.

Le paragraphe (4) du projet de loi établit ce qu'on pourrait appeler des facteurs limitatifs qui empêchent d'obtenir le consentement, et l'infraction serait donc établie. Nous pouvons peut-être parler très brièvement de certains de ces facteurs — et je vais donner la parole à ma collègue ici. Par exemple, on ne peut pas obtenir le consentement si la personne a moins de 18 ans. Maître Boyle, voulez-vous parler un petit peu de certains des scénarios où nous pensons que cette situation pourrait avoir lieu dans la pratique?

**Me Morna Boyle, avocate, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice Canada :** Je serai heureuse d'en parler. Encore une fois, je ne suis pas médecin, et je ne peux donc pas parler de situations précises où cela pourrait avoir lieu, mais je pourrais dire que des personnes ont demandé s'il est possible que l'approche aux alinéas 4a), b) et c), qui consiste à déterminer si la personne est âgée de 18 ans, si elle est pour quelque raison incapable de donner son consentement et si elle n'a pas enclenché une demande de stérilisation de manière volontaire, puisse se traduire par une criminalisation accrue des médecins qui exécutent ce qui serait actuellement considéré comme un acte médical légal. Par exemple, le médecin pourrait aborder la possibilité de la stérilisation en tant qu'option médicale valide pour la patiente, qui peut alors librement faire ce choix.

D'après notre interprétation, le projet de loi pourrait empêcher la patiente de pouvoir légalement consentir à l'acte si le médecin

procedure if it was not raised by them. This may have an impact on reproductive conversations between doctors and patients; we can't say for sure.

**Senator Batters:** Thanks, all of you, for being here.

From your lack of opening statements, I assume it's probably because the government does not want to have its officials saying anything about this bill that would imply that it supports it or does not support it. Would that be a fair assessment? Instead, you would rather prefer to be here to answer our questions and maybe try to glean something out of that from the answers to them.

**Mr. Taylor:** I can't speak for the government. I can point to information that has been presented to this committee already, where former Minister of Justice had indicated an openness to setting this bill and working with the sponsor of this legislation. I think that is public information. More generally, as I said earlier, our role here is really to support you in understanding the bill and its implications. Parliament, ultimately, will decide whether it will support it.

**Senator Batters:** Yes, I have to agree with our chair when she said it does make our job more difficult, because rather than having a 5- or 10-minute portion where you have set areas that could be problematic or what you think is helpful — that sort of thing — we have to do a bit of detective work to try to read your minds, perhaps.

But I will just go on one of the parts that I've previously raised. The current sections of the Criminal Code, notably section 265 on assault, section 267 assault causing bodily harm, and section 268 dealing with aggravated assault — all of those could already be applied to cases of forced sterilization. When looking at Bill S-250, one thing is very clear: If there were charges brought under these potential new offences in Bill S-250 rather than those existing provisions that have decades of jurisprudence behind them, there could be more elements for a prosecutor to then need to prove those beyond a reasonable doubt for those new criminal offences. That could potentially make it more difficult to secure a conviction under this bill rather than under the sections of the Criminal Code currently in force.

When I asked this question to Senator Boyer at our last meeting, she responded by emphasizing the lack of jurisprudence — there has been a lack of cases of forced sterilization — and the importance of adding a new specific section to the Criminal Code to deter and encourage more thorough reflection before proceeding with these types of interventions.

ne soulève pas cette possibilité. Cela pourrait avoir une incidence sur les discussions entre les médecins et les patientes à propos de la reproduction, mais nous ne pouvons pas l'affirmer avec certitude.

**La sénatrice Batters :** Merci à vous tous d'être ici.

Je suppose que vous n'avez probablement pas fait de déclarations liminaires parce que le gouvernement ne veut pas que ses fonctionnaires disent quoi que ce soit sur ce projet de loi qui pourrait laisser entendre qu'il y est favorable ou non. Est-ce juste? Vous préférez plutôt être ici pour répondre à nos questions et peut-être en tirer quelque chose.

**Me Taylor :** Je ne peux pas parler pour le gouvernement. Je peux attirer l'attention sur ce qui a déjà été indiqué au comité, à savoir que le ministre de la Justice s'est dit disposé à établir ce projet de loi et à travailler avec la marraine du texte. Je pense que c'est de l'information publique. De façon plus générale, comme je l'ai dit plus tôt, notre rôle ici est vraiment de vous aider à comprendre le projet de loi et ses répercussions. Au bout du compte, c'est le Parlement qui décidera de l'appuyer ou non.

**La sénatrice Batters :** Oui, je suis d'accord avec notre présidente lorsqu'elle dit que cela rend notre travail plus difficile, car plutôt que de vous accorder 5 ou 10 minutes pour vous permettre de présenter les éléments qui pourraient être problématiques ou ce qui est utile selon vous — ce genre de choses —, nous devons jouer un peu aux détectives pour essayer de lire dans vos pensées, peut-être.

Cela dit, je vais revenir à un des passages dont j'ai déjà parlé. Les articles actuels du Code criminel, notamment l'article 265 sur les voies de fait, l'article 267 sur l'infliction de lésions corporelles et l'article 268 sur les voies de fait graves pourraient déjà tous s'appliquer dans les cas de stérilisation forcée. Lorsqu'on regarde le projet de loi S-250, on voit qu'une chose est très claire : si des accusations étaient portées en vertu des nouvelles infractions criminelles prévues dans le projet de loi plutôt qu'en vertu des dispositions existantes qui s'accompagnent de décennies de jurisprudence, un procureur pourrait avoir alors devoir prouver plus d'éléments hors de tout doute raisonnable. Il pourrait donc être plus difficile d'obtenir une condamnation en vertu de ce projet de loi plutôt qu'en vertu des articles du Code criminel actuellement en vigueur.

Quand j'ai posé la question à la sénatrice Boyer lors de notre dernière réunion, elle a répondu en mettant l'accent sur le manque de jurisprudence — il manque de décisions relatives aux cas de stérilisation forcée — et sur l'importance d'ajouter au Code criminel un nouvel article précis pour dissuader les gens et encourager une réflexion plus approfondie avant de donner suite à ce type d'interventions.

Justice Canada lawyers, could you please share your opinions on the effectiveness of integrating this new provision, compared to those existing provisions? Do you think that adding these offences could genuinely improve this fight against forced sterilization, or do you think it might make prosecutions more complex?

**Mr. Taylor:** Thanks for the question. I'll start and turn it to Ms. Boyle if she wishes to supplement.

I think you raise important points, Senator Batters. The courts are familiar with aggravated assault, which we believe would be the operative offence to respond to a coerced or forced sterilization situation. The concepts in assault law are well established. The two new offences here, particularly the first offence, introduce a number of additional elements. I think those elements try to reflect concepts that are captured in the meaning of consent, so they're not entirely unfamiliar in that it has to be contemporaneous and fully informed — things of that nature.

But as we understand it, a prosecutor would have to demonstrate that the procedure occurred and that none of the additional measures that are articulated with respect to the first offence apply. So the person was over 18, and the safeguards didn't apply. There are those additional elements.

Do you have anything to add from your perspective?

**Ms. Boyle:** Currently in criminal law, the prosecution bears the burden of proving the offence beyond a reasonable doubt but is not required to disprove any possible exceptions until the accused points to evidence that their actions fall within that exception. Currently, the law of aggravated assault requires the Crown to prove that the procedure took place, that there was no consent to that procedure.

Bill S-250 would require prosecutors to establish that the procedure took place, at which point, the defence would then need to point to evidence that the consent requirements were met, at which point the prosecutor would then be required to disprove that the extra consent requirements were met.

**Senator Prosper:** Thank you to the witnesses for coming and providing your testimony.

I'm trying to grapple with some of the dialogue, which I certainly appreciate, from Senators Boyer and Batters with respect to the considerations involving consent. I'm just trying to wrap my mind around your latest provision with respect to standard practices with respect to assault and the prosecution of assault and how this bill may involve a reverse-onus provision. I'm not sure if that's correct.

Les avocats de Justice Canada pourraient-ils de donner leur point de vue sur ce qui serait le plus efficace entre ajouter cette nouvelle disposition ou garder les dispositions existantes? Pensez-vous que l'ajout de ces infractions pourrait vraiment améliorer cette lutte contre la stérilisation forcée, ou êtes-vous d'avis que cela rendrait les poursuites plus complexes?

**Me Taylor :** Merci de la question. Je vais commencer puis céder la parole à Me Boyle si elle souhaite compléter ma réponse.

Je pense que vous soulevez des points importants, sénatrice Batters. Les tribunaux connaissent bien les cas de voies de fait graves, qui seraient selon nous l'infraction applicable dans les cas de stérilisation contrainte ou forcée. Les concepts dans le droit relatif aux agressions sont bien établis. Les deux nouvelles infractions, en particulier la première, instaurent un certain nombre d'éléments additionnels. Je pense qu'avec ces éléments, on tente de refléter les concepts liés au consentement, ce qui signifie que ce n'est pas entièrement nouveau puisque le consentement doit être concomitant et éclairé — des choses du genre.

Mais si nous comprenons bien, un procureur devrait démontrer que l'acte a eu lieu et qu'aucune des mesures additionnelles qui sont énoncées à propos de la première infraction ne s'applique. Donc, la personne avait au moins 18 ans, et les mesures de sauvegarde ne s'appliquaient pas. Il y a ces éléments additionnels.

Avez-vous quelque chose à ajouter?

**Me Boyle :** À l'heure actuelle, en droit pénal, il revient au procureur de prouver l'infraction hors de tout doute raisonnable, mais il n'est pas tenu de réfuter toutes les exceptions possibles jusqu'à ce que l'accusé démontre que ses gestes sont visés par cette exception. À l'heure actuelle, conformément au droit relatif aux voies de fait graves, c'est à la Couronne de prouver que l'acte a eu lieu, qu'il n'y a pas eu de consentement.

En vertu du projet de loi S-250, le procureur devrait établir que l'acte a eu lieu, et la défense aurait alors à démontrer que les exigences supplémentaires en matière de consentement ont été remplies. Le procureur devrait ensuite prouver que ce n'est pas le cas.

**Le sénateur Prosper :** Je remercie les témoins d'être ici.

J'essaie de saisir une partie de ce que les sénatrices Boyer et Batters ont dit — et je leur en suis certainement reconnaissant — à propos des considérations en matière de consentement. J'essaie juste de comprendre votre dernière disposition concernant les pratiques courantes relativement aux voies de fait et aux poursuites connexes ainsi que la façon dont ce projet de loi pourrait inverser le fardeau de la preuve. Je ne suis pas certain que ce soit exact.

Once the procedure happens, the onus shifts to the defence to say, “Well, these additional features regarding consent were not met”; is that what I’m hearing? So it would be incumbent upon the defence to prove, in accordance with this bill, these additional features?

**Ms. Boyle:** Thank you for that question.

First, I would start by saying it doesn’t change the burden. The Crown still bears the burden of proving the offence beyond a reasonable doubt. That burden wouldn’t change.

The defence would have to point to evidence that their actions fell within the exceptions. Once they point to that evidence, the Crown would still bear the burden to prove beyond a reasonable doubt that their actions did not fall within that exception.

So the defence does have to point to evidence that their actions fell within the exception, but the burden would still be the Crown’s to bear.

**Mr. Taylor:** The defence doesn’t bear any burden in a criminal trial. That is a fundamental principle, generally speaking, in criminal law. The Crown’s obligation is to establish the essential elements beyond a reasonable doubt and disprove any sort of defence or exception beyond a reasonable doubt.

An accused in this circumstance would say, “Well look, I complied with all of these requirements. The person was over 18, and I didn’t initiate the procedure.” It would then be up to the prosecutor to demonstrate that they didn’t comply with those requirements. Now, a prosecutor might do that all out of the gate. This is kind of a theoretical distinction about when in a trial a prosecutor has to go forward with that evidence.

To Senator Batters’ earlier question, it’s about having to go through all of these additional elements to establish whether an offence was committed.

**Senator Prosper:** I have a follow-up from a previous question as well. You mentioned, Mr. Taylor, that there were matters of concern with respect to the bill. What comes to mind is the over 18 requirement and a medical practitioner initiating the dialogue, which could result in them being found guilty under this provision. Can you expand upon that a bit?

**Mr. Taylor:** I can start and then Ms. Boyle can supplement my response. We’re not medical experts, as you know, but in looking at the bill we were trying to identify scenarios where the result would be that a medical practitioner could be convicted in circumstances where it would be unintentional. Maybe our colleagues can speak to this also. For example, a scenario where

Une fois que l’intervention a lieu, il revient dorénavant à la défense de dire : « Eh bien, ces autres éléments à propos du consentement n’ont pas été satisfaits. » Est-ce bien ce que j’entends? En vertu de ce projet de loi, il reviendrait donc à la défense de prouver ces autres éléments, n’est-ce pas?

**Me Boyle :** Merci de poser la question.

Tout d’abord, je commencerais par dire que cela ne déplace pas la responsabilité. Il revient toujours à la Couronne de prouver l’infraction hors de tout doute raisonnable. Cette responsabilité ne change pas.

La défense devrait prouver que les gestes posés sont visés par les exceptions. Une fois les éléments de preuve présentés, il reviendrait encore à la Couronne de prouver hors de tout doute raisonnable que les gestes posés ne sont pas visés par les exceptions.

La défense doit prouver que les gestes posés sont visés par les exceptions, mais il reviendrait encore à la Couronne de le prouver.

**Me Taylor :** La défense n’assume aucune responsabilité à cet égard dans un procès criminel. En général, c’est un principe fondamental en droit pénal. L’obligation de la Couronne consiste à établir les éléments essentiels hors de tout doute raisonnable et à réfuter hors de tout doute raisonnable tous les arguments ou toutes les exceptions avancés par la défense.

Dans ces circonstances, un accusé dirait qu’il a rempli toutes ces exigences, que la personne avait plus de 18 ans et que ce n’est pas lui qui a abordé le sujet. Il reviendrait alors au procureur de démontrer qu’il n’a pas respecté ces exigences. Un procureur peut le faire d’entrée de jeu. C’est une sorte de distinction théorique concernant le moment dans un procès où le procureur doit présenter ces éléments de preuve.

Pour répondre à la question posée plus tôt par la sénatrice Batters, il faut tenir compte de tous ces autres éléments pour établir que l’infraction a eu lieu.

**Le sénateur Prosper :** Je veux également donner suite à une question précédente. Vous avez dit, maître Taylor, qu’il y a des préoccupations au sujet du projet de loi. Ce qui vient en tête, c’est l’exigence selon laquelle la personne doit avoir au moins 18 ans et le fait que le médecin ne doit pas avoir abordé le sujet, ce qui pourrait se traduire par une reconnaissance de culpabilité en vertu de cette disposition. Pouvez-vous en dire un peu plus à ce sujet?

**Me Taylor :** Je peux commencer puis laisser Me Boyle compléter ma réponse. Nous ne sommes pas experts en médecine, comme vous le savez, mais lorsque nous avons examiné le projet de loi, nous avons tenté de cerner les scénarios où un médecin pourrait être accusé dans des circonstances où ce n’était pas son intention. Nos collègues peuvent peut-être en



a 17-year-old gives birth and, in the course of giving birth, starts to hemorrhage. To save that person's life, the medical practitioner says, "We need to operate." You can speak to this better than I can but as we understand the provisions, they would not protect that medical practitioner from criminal liability, first, because the person is 17; and, second, because the medical practitioner initiated the conversation. We worry that might be an unintended consequence with the way the consent provision is drafted.

We suspect that the goal here is really about making sure that consent is informed, valid and free from coercion and duress. I can see that in the way the bill is drafted, but we worry that these would be the consequences.

**Ms. Boyle:** Currently, section 45 of the Criminal Code would allow a medical practitioner in that situation to make an emergency decision to save a patient's life, which may result in sterilization. However, the proposed reforms in the bill would remove the application of section 45 from sterilization procedures.

An argument could be made that such an emergency procedure — for example, if someone is in an acute hemorrhaging situation — would fall outside the scope of the definition of "sterilization procedure" in this bill. That would be a matter for the courts to interpret.

I believe the definition of "sterilization procedure" in the bill is "for the primary purpose of permanently preventing conception." An argument could theoretically be made that an emergency procedure is not for the primary purpose of permanently preventing conception. However, that would be something for the courts to interpret.

**Senator Prosper:** Thank you.

[Translation]

**Senator Dalphond:** Thank you to the witnesses for being with us today. It is always extremely helpful.

[English]

My question is about the construction of proposed subsection 268.1(1). I understand that subclause (2), the description of the offence, excludes section 45, as you said. That means it excludes the defences that are possible under section 45. Subclause (2) is very clear. It's purely factual. You have to perform a certain type of procedure, a sterilization procedure, and you're guilty if you perform it unless an exception applies. The principle is that you should not perform it.

The exception is subclause (3), which says that it does not apply if you have obtained the consent of the person and have complied with the requirements set out in proposed subclauses (5) and (6). Do you read that as meaning the onus is on the

parler aussi. Par exemple, un scénario où une personne de 17 ans accouche et subit une hémorragie. Pour sauver sa vie, le médecin lui dit qu'il doit l'opérer. Vous êtes mieux placés que moi pour en parler, mais d'après notre interprétation des dispositions, le médecin ne serait pas protégé contre des poursuites pénales, car, premièrement, la personne a 17 ans et, deuxièmement, c'est le médecin qui a abordé le sujet. Nous craignons que cela puisse être une conséquence imprévue du libellé de la disposition sur le consentement.

Nous soupçonnons que le but ici est vraiment de faire en sorte que le consentement est éclairé et valide, sans coercition ni contrainte. C'est ce que je peux voir dans le libellé du projet de loi, mais nous craignons ces conséquences.

**Me Boyle :** En ce moment, l'article 45 du Code criminel permettrait à un médecin dans cette situation d'urgence de prendre cette décision pour sauver la vie de sa patiente, ce qui pourrait avoir comme résultat la stérilisation. Les réformes proposées dans le projet de loi retireraient toutefois les actes de stérilisation de l'application de l'article 45.

On pourrait avancer que la définition d'« acte de stérilisation » dans ce projet de loi n'englobe pas ce genre d'intervention d'urgence — par exemple, si la patiente subit une hémorragie aiguë. C'est une question que les tribunaux devraient trancher.

Je crois que la définition d'« acte de stérilisation » dans le projet de loi dit que c'est « dans le but premier de prévenir la grossesse de manière permanente. » En théorie, on pourrait faire valoir que ce n'était pas le but premier de l'intervention d'urgence. Il reviendrait toutefois aux tribunaux d'interpréter la définition.

**Le sénateur Prosper :** Merci.

[Français]

**Le sénateur Dalphond :** Merci aux témoins d'être avec nous aujourd'hui. C'est toujours extrêmement utile.

[Traduction]

Ma question porte sur le libellé du paragraphe 268.1(1) proposé. Je crois comprendre que le paragraphe (2), la description de l'infraction, exclut l'article 45, comme vous l'avez dit. Cela signifie que cela exclut les défenses possibles en vertu de l'article 45. Le paragraphe (2) est très clair. C'est purement factuel. Il faut exécuter un certain type d'intervention, un acte de stérilisation, et on est coupable de l'avoir exécuté sauf lorsqu'une exception s'applique. Le principe est qu'on ne devrait pas l'exécuter.

L'exception est prévue au paragraphe (3), qui dit que cette disposition ne s'applique pas lorsqu'on a obtenu le consentement de la personne et qu'on s'est conformé aux exigences des paragraphes (5) et (6). Selon vous, est-ce que cela signifie qu'il

Crown to show that the exceptions do not apply, or is it on the accused once the first paragraph has been shown as a fact and then the table is turned? Does it say, “show a defence”?

It looks like a defence and maybe an element of the infraction. I’m not sure where it is.

**Mr. Taylor:** I think you raise good comments, Senator Dalphond, as always. We read it as an exculpatory claim, so more like a defence. This is what we were trying to describe earlier. In that scenario, the onus would be on the accused to point to some evidence. That is, to say, “I complied with these rules.” The Crown would then have to disprove it.

As I was saying, it may be the Crown’s case to meet when they’re arguing that the procedure occurred and, “I’m going to explain to you why none of these exceptions or safeguards apply.” They may do that at the beginning, for expediency, but we read it as an exculpatory claim.

**Senator Dalphond:** An exculpatory clause, and therefore the burden rests on the accused. Do you think that could open a challenge under the Charter? We’re not dealing with a statutory offence here, we’re dealing with a criminal law offence. Section 45 deals with a serious criminal law offence with a somewhat general defence — as a matter of fact, a common law defence — but here we’re creating an offence where the burden has shifted and the defences are limited, compared to section 45. Do you see that as a problem?

I’m not asking you to opine on the Charter issue now, from the table. It’s a tough issue, but is it a concern that was raised in your discussions?

**Mr. Taylor:** Provided that it operates like defences do in criminal law, it doesn’t impose a persuasive burden on the accused; it’s an evidential burden. I think the courts would be quite comfortable with that as being consistent with criminal law, and therefore in compliance with how the Charter operates in this space.

There are other interesting questions more generally around the kinds of scenarios that may or may not be captured by the offence and it’s interrelationships with the safeguards and the exception. That is, situations where a medical practitioner knew that there was free and informed consent but didn’t strictly comply with the safeguards. Whether that raises Charter considerations, we’re not in a position to say strongly.

revient à la Couronne de montrer que les exceptions ne s’appliquent pas, ou cela revient-il plutôt à l’accusé une fois que la situation prévue au premier paragraphe est considérée comme un fait et que les rôles sont inversés? Faut-il présenter une défense?

Cela ressemble à un moyen de défense et peut-être à un élément de l’infraction. Je ne sais pas lequel des deux.

**Me Taylor :** Je pense que vous avez formulé de bons commentaires, sénateur Dalphond, comme toujours. Nous l’interprétons comme une allégation disculpatoire, comme un moyen de défense. C’est ce que nous avons essayé de décrire plus tôt. Dans ce scénario, il reviendrait à l’accusé de présenter des éléments de preuve, pour montrer qu’il a respecté ces règles. La Couronne devrait alors les réfuter.

Comme je le disais, lorsque l’acte a eu lieu, c’est peut-être la Couronne qui aurait à expliquer pourquoi aucune de ces exceptions ou de ces mesures de sauvegarde ne s’applique. Elle pourrait le faire d’entrée de jeu, pour gagner du temps, mais nous interprétons cela comme une allégation disculpatoire.

**Le sénateur Dalphond :** C’est un paragraphe disculpatoire, et c’est donc l’accusé qui porte le fardeau de la preuve. Pensez-vous que cela pourrait mener à une contestation en vertu de la Charte? Ce n’est pas une infraction à une loi ici. Nous avons plutôt affaire à une infraction criminelle. L’article 45 porte sur une infraction criminelle grave assortie d’une défense un peu générale — à vrai dire, un moyen de défense prévu par la common law —, mais nous créons ici une infraction pour laquelle le fardeau de la preuve est inversé et les moyens de défense sont limités, comparativement à ce que prévoit l’article 45. Est-ce problématique selon vous?

Je ne vous demande pas de vous prononcer maintenant sur la question concernant la Charte. C’est une question difficile, mais est-ce une préoccupation qui a été soulevée dans le cadre de vos discussions?

**Me Taylor :** Pourvu que cela fonctionne comme les moyens de défense en droit pénal, cela n’impose pas de fardeau de persuasion à l’accusé; c’est un fardeau de preuve. Je pense que les tribunaux seraient très à l’aise de dire que c’est conforme au droit pénal, et que c’est donc conforme à la façon dont la Charte fonctionne à cet égard.

Il y a d’autres questions qui portent plus généralement sur les types de scénarios que l’infraction pourrait englober ou non ainsi que sur les liens avec les mesures de sauvegarde et l’exception. Il s’agit des situations où le médecin savait que le consentement était libre et éclairé, mais où il n’a pas strictement respecté les mesures de sauvegarde. Nous ne sommes pas en mesure de dire si cela soulève des considérations liées à la Charte.

**Senator Dalphond:** We know that subclause (3) looks like an exculpatory clause, so what about the safeguards? Is that something that the Crown must prove or is a reverse onus again that belongs to the accused to show that the person took the appropriate and reasonable measures; he was satisfied?

**Ms. Boyle:** The onus wouldn't be on the defence to prove beyond a reasonable doubt that they met all of the safeguards. They would have to point to evidence, however. The Crown would then bear the burden of establishing beyond a reasonable doubt that those safeguards were not adhered to.

**Senator Dalphond:** Again, it's a bit exculpatory to an extent by the accused. He has to show, at least on the balance of probabilities, something that the Crown would have to reverse beyond any reasonable doubt.

My third question is about the second offence.

**The Chair:** May I put you on second round?

**Senator Dalphond:** Yes, please.

**Senator Simons:** This may follow nicely because I wanted to know about subclause (7), where it talks about coercion. Means of deception is clear, use of intimidation, threat or force. Legally, however, the bill doesn't define coercion.

What do you take to be encompassed by coercion?

**Mr. Taylor:** Thank you for the question. Coercion is used in the criminal law in other places. The way the provision is drafted, it suggests that deception, the use of intimidation, threat and force are subsumed within the concept of coercion. That's consistent with what the courts say coercion is.

There's a Supreme Court decision, the *Big M Drug Mart Ltd.* case. It's a Charter case, but it talks about coercion in that context. That decision said that coercion encompasses obvious forms of compulsion to cause somebody to do something. But it also includes more indirect, subtle forms of control that are directed at someone to influence their decision-making and influence their choice. This concept encompasses the obvious forms of threats and violence, as well as psychological pressure to influence decision-making.

**Senator Simons:** I assume that's the intent of the legislation. I don't think there's allegations. It's not Alberta in 1970, after all. I don't think people are being forced as much as they're being nagged, pressured, up-sold, what have you. It concerns me a bit

**Le sénateur Dalphond :** Le paragraphe (3) est en quelque sorte une disposition disculpatoire. Qu'en est-il alors des mesures de sauvegarde? Est-ce quelque chose que la Couronne doit démontrer ou est-ce un cas d'inversion du fardeau de la preuve où il revient à la défense de démontrer que la personne a pris toutes les mesures qu'elle estimait indiquées et qu'elle était convaincue d'avoir satisfait aux exigences?

**Me Boyle :** La défense n'aurait pas à prouver hors de tout doute raisonnable qu'elle a respecté les mesures de sauvegarde. Il lui faudrait toutefois produire des éléments de preuve. La Couronne devrait alors établir hors de tout doute raisonnable que les mêmes mesures de sauvegarde n'ont pas été respectées.

**Le sénateur Dalphond :** Encore une fois, la disposition est dans une certaine mesure disculpatoire pour l'accusé, qui doit démontrer — au moins selon la prépondérance des probabilités — quelque chose que la Couronne devra infirmer hors de tout doute raisonnable.

Ma troisième question porte sur la deuxième infraction.

**La présidente :** Pourriez-vous y revenir à la deuxième série de questions?

**Le sénateur Dalphond :** Oui. J'aimerais bien y revenir plus tard.

**La sénatrice Simons :** Ma question s'enchaîne bien à ce qui précède parce que je voulais obtenir des précisions sur le paragraphe (7), qui porte sur la contrainte. Les notions de tromperie, d'intimidation, de menace ou de force sont claires. Toutefois, le projet de loi ne définit pas la notion de contrainte dans le contexte de la loi.

Quels actes la notion de contrainte englobe-t-elle?

**Me Taylor :** Merci de la question. La contrainte est une notion associée à d'autres infractions en droit pénal. Le libellé du projet de loi laisse entendre que la tromperie, l'intimidation, la menace ou la force sont des actes compris dans la notion de contrainte, ce qui concorde avec la jurisprudence.

La décision rendue par la Cour suprême dans le cas *Big M Drug Mart Ltd.*, qui met en cause la Charte, traite de la contrainte dans le contexte dont nous parlons. Selon la décision, la notion de contrainte englobe toute forme de contrainte flagrante qui fait accomplir quelque chose, mais aussi toute forme de contrôle subtile ou indirecte visant à influencer sur les décisions ou sur les choix d'une personne donnée. Elle engloberait enfin toute forme flagrante de menace et de violence, de même que toute pression psychologique exercée dans le but d'influer sur la prise de décisions.

**La sénatrice Simons :** Je suppose que c'est l'objet du projet de loi. Je ne pense pas qu'il y ait d'allégations. Nous ne sommes plus dans l'Alberta des années 1970, après tout. Aujourd'hui, selon moi, les personnes sont, certes, forcées, mais elles font

that this says “anyone” who does that, not just the physician who performs the procedure. Presumably, it could be a spouse, a mother-in-law, a social worker — a counsellor could potentially, if they counsel someone to have sterilization, could be captured by this. Would that be a fair reading of the clause?

**Mr. Taylor:** I think it will ultimately depend on how the court interprets the language of “causes” and what “causes” means in this context. Does it mean the person who performs the procedure, or does it capture those kinds of scenarios? I don’t know if I can say definitively. I’ll turn to Ms. Boyle, if she has anything to add. But it’s a serious offence, a significant penalty, and that will inform the way the courts interpret it as well.

**Senator Simons:** I have one more question, if I may. Would you read paragraph 281(1)(b) to mean that this would also include men who have vasectomies?

**Ms. Boyle:** Thank you for that question. I think any other act performed on a person for the primary purpose of permanently preventing conception could include men.

**Senator Simons:** What really concerns me, as I say — I made a bleak joke about eugenics in Alberta. I’m from Alberta, I grew up with the legacy of the eugenics act all around me. It was something we studied in school and something I wrote about as a journalist. But I’m concerned about the default, as Senator Dalphond pointed out, of saying all sterilization is illegal, except, except, except. Because people in this country have fought for a century to have access to contraception.

I’m particularly worried about trans Canadians in this time of backlash — especially for younger trans people — that this bill could have the effect of making it nearly impossible for someone who is trans, especially someone who might be under 18, to get the gender confirmation care that they seek.

How concerned are you that physicians who practise in these areas may be hesitant to offer these services, even though they are acting with goodwill and medical responsibility, for fear of being criminally liable?

**Ms. Boyle:** Thank you for that question. I do think it is a concern. I think it is a concern that might be best addressed by — I believe there are witnesses from the obstetrician community coming. It is something that is worth considering.

**Senator Simons:** Thank you very much.

**Senator Pate:** Thank you to our witnesses.

davantage l’objet de pressions et d’acharnement et de je ne sais quoi d’autre encore. Le terme « quiconque » me préoccupe un peu, car il désigne tout sujet qui exerce une contrainte, et non pas seulement le médecin qui exécute la procédure. Le terme peut vraisemblablement désigner un époux, une belle-mère, un travailleur social, voire un avocat si ce dernier a conseillé à sa cliente de se faire stériliser. Mon analyse est-elle juste?

**Me Taylor :** Je pense que cela dépendra de l’interprétation que feront les tribunaux du terme « faire accomplir » et de la signification qu’ils lui donneront dans le contexte. Le libellé désigne-t-il la personne qui exécute la procédure ou englobe-t-il les autres scénarios? Je ne peux pas le dire avec certitude. Je vais demander à Me Boyle si elle a quelque chose à ajouter, mais la gravité de l’infraction et la lourdeur de la peine vont influencer sur l’interprétation des tribunaux.

**La sénatrice Simons :** J’aurais une autre question, si je puis me permettre. Selon vous, l’alinéa 281(1)(b) vise-t-il également les hommes qui se font faire une vasectomie?

**Me Boyle :** Merci de la question. Tout autre acte exécuté sur une personne dans le but premier de prévenir la grossesse de manière permanente peut inclure les hommes.

**La sénatrice Simons :** Ce qui me préoccupe vraiment... J’ai fait une blague sinistre sur les politiques eugénistes en Alberta. Moi qui viens de cette province, j’ai grandi en voyant partout autour de moi les conséquences de la loi sur l’eugénisme. Cette politique faisait partie de la matière étudiée à l’école. J’ai également écrit sur le sujet lorsque j’étais journaliste. Ce qui me préoccupe, par contre, comme l’a souligné le sénateur Dalphond, c’est que le libellé n’explicite pas les exceptions aux actes de stérilisation. N’oublions pas que nous luttons depuis un siècle au Canada pour l’accès à la contraception.

En cette période marquée par l’hostilité des réactions sur la place publique, je m’inquiète particulièrement du sort des personnes trans au pays — surtout les jeunes trans —, car le projet de loi pourrait avoir comme effet de rendre quasi impossible pour ces personnes — surtout pour les moins de 18 ans — d’obtenir un traitement de confirmation de genre.

Pensez-vous que les médecins qui pratiquent dans ces domaines seront réticents à offrir ces traitements, même s’ils exercent en toute bonne foi leurs fonctions médicales, de crainte d’être tenus criminellement responsables?

**Me Boyle :** Merci de la question. C’est en effet quelque chose d’inquiétant. Des obstétriciens vont comparaître devant le comité. Je pense que ces personnes seraient les mieux placées pour répondre à cette préoccupation qui mérite notre attention.

**La sénatrice Simons :** Merci beaucoup.

**La sénatrice Pate :** Merci aux témoins.

Mr. Taylor, you mentioned that you've been watching or following, so you're aware of some of the issues that have been raised around the concern about the prospect of criminalization when most of the people who would be looked to would be rather privileged and likely be able to lawyer up and expert up. At the crux of this issue, in my humble opinion, is racism, misogyny and class bias. We've known about it for many years, thanks to the work of Senator Boyer and others, that this particular issue is at the forefront. We all lived through knowing that in the same hospital where Joyce Echaquan was treated in a completely derogatory, racist way, there were other white and more privileged patients who were not treated the same way.

I'm interested in knowing from each of your departments what specific role do you see for your department in trying to address this. You've mentioned there's education, there's funding and you've mentioned there are some funding sources. What particular actions have you taken and how are you measuring whether you're achieving the goals of changing the behaviour of folks who would otherwise be implicated not just in forced sterilization, but in the misogynist, racist, class bias treatment of people in the medical system? How are you evaluating those goals, and what are the results? What would you recommend to this committee in terms of ways to further address these issues?

**Ms. Mitchell:** The goal of legislation is admirable, but it's still punitive. We need to talk about prevention. One of the things our department started funding in 2017 with a more significant investment in 2021 is Indigenous midwifery. I'm so pleased that you're hearing from the National Council of Indigenous Midwives later today who can speak to this far better than I can. Informed choice is an essential tenet of midwifery care, and it reduces the risk of even having a conversation around sterilization because it's vaginal delivery. These sterilizations largely occur through Caesareans and those sorts of things.

That's a place I can point to and say we're making good progress, but it takes a long time to train up an Indigenous midwifery workforce. We have some training initiatives underway, and NCIM has been an invaluable partner in that. They are doing training and development of midwives. There is some very interesting work happening in the Innu Nation and basically across the country. But it's slow, and that's one of the major challenges.

Another thing is that there have been some investments around anti-Indigenous racism, putting patient navigators and patient advocates in place in hospitals to be a trusted source for

Maître Taylor, vous avez mentionné que vous suiviez ces questions. Vous êtes donc au courant des préoccupations que suscite le risque de criminalisation dans un contexte où la plupart des personnes visées font partie des classes privilégiées et auraient probablement les moyens de recourir à un avocat ou à un expert. À mon humble avis, le racisme, la misogynie et les préjugés fondés sur la classe sociale sont au cœur de la question. Grâce au travail accompli par la sénatrice Boyer entre autres, nous savons depuis des années que cet enjeu figure à l'avant-plan. Nous savons tous que dans l'hôpital où Joyce Echaquan a été traitée de manière méprisante et raciste se trouvaient aussi des patients blancs privilégiés qui n'ont pas subi ce traitement dérogatoire.

Comment vos ministères respectifs peuvent-ils s'attaquer à ce problème? Vous avez mentionné la sensibilisation, le financement et les sources de financement. Quelles mesures en particulier avez-vous prises et comment déterminez-vous que vous avez modifié les comportements pour que les actes de stérilisation forcée, mais aussi les traitements misogynes, racistes et empreints de préjugés de classe ne soient plus exécutés au sein du système médical? Comment évaluez-vous l'atteinte de ces objectifs? Comment mesurez-vous les résultats obtenus? Quelles recommandations feriez-vous au comité concernant la manière de s'attaquer plus efficacement à ce problème?

**Mme Mitchell :** L'objet du projet de loi est louable, mais l'approche est encore punitive. Il faut parler de prévention. Le ministère a commencé à financer en 2017 — financement qu'il a considérablement bonifié en 2021 — la profession de sage-femme autochtone. Je trouve formidable que vous receviez plus tard aujourd'hui des représentantes du Conseil national des sages-femmes autochtones, qui pourront approfondir la question beaucoup mieux que moi. Le choix éclairé est un principe essentiel des services de sage-femme. Qui plus est, le risque de tenir une conversation sur la stérilisation est réduit dans le contexte d'un accouchement vaginal. La plupart des actes de stérilisation sont exécutés lors d'interventions telles que les césariennes.

Nous réalisons sans contredit de grands progrès sur ce plan, mais la formation d'un effectif de sages-femmes autochtones demande beaucoup de temps. Des programmes de formation sont sur les rails, et le Conseil national des sages-femmes autochtones contribue grandement à ces initiatives en assurant la formation et le perfectionnement des sages-femmes. Des choses très intéressantes se font dans la nation innue et un peu partout ailleurs au pays. Cela dit, un des principaux défis est la lenteur des progrès.

Des investissements ont été faits également dans la lutte contre le racisme envers les Autochtones, notamment par la mise en place d'intervenants pivots et de défenseurs des intérêts

navigating the health system or a person to turn to if you're unhappy with the treatment you've received within the health care system.

With respect to your questions around how we know whether we're being effective, it's still early days. One of the things we worked closely on with the National Council of Indigenous Midwives was to develop a reporting tool for communities to discuss and report back on what they're seeing play out in their Indigenous midwifery investments and what that work looks like. We're coming into the first year of using that, this fiscal year coming up, so it's too early to give you — I know that's an unsatisfactory industry answer, but it's too early to be able to show you concrete things. In the stories that we're hearing — there was a birth in Sturgeon Lake on the land, and it was the first time in 50 or 60 years that had happened. It's those kinds of stories that are really important and help us carry on in the work, but the data you're looking for is just not there yet, and I apologize for that.

**Mr. Taylor:** Thank you for the question, Senator Pate. I think the fact that the bill is before parliament is extremely important, and the study that you've done is extremely important in raising awareness on this issue. It causes all of us to have a conversation, and that is beneficial.

Using the criminal law — and you all know this very well — is the back-end response to issues of concern. That is not to say it is inappropriate. It's appropriate. It acts as a deterrent and as a signal of parliament's condemnation of behaviour that should be condemned. There's value in that.

Insofar as how we, in our space in criminal justice, inform and address meaningful change, if we look at it through the lens of criminal justice, the arguable success would be no charges because no misconduct is happening, and if there is misconduct that the criminal justice system is effectively responding to it. I know you've heard evidence to suggest that is not the case. In our role, we can work with our provincial partners who implement the criminal law to share the information that we have and raise awareness. We have had some opportunities already to raise this bill with our PT partners through existing processes that we have. We'll continue to do that, particularly if the bill passes. We can look at awareness-raising efforts around new laws. We do that regularly. You know about our funding envelopes, in terms of supporting victims of crime. We do that as well. I'm not aware of any specific funding being allocated to this particular issue, but we do have envelopes. I think it helps a bit but probably not in the comprehensive way you would like.

des patientes dans les hôpitaux. Ces personnes de confiance sont des ressources vers qui les patientes peuvent se tourner pour s'orienter dans le système de santé ou pour signaler un traitement insatisfaisant.

Pour répondre à vos questions sur l'évaluation de notre efficacité, il est encore trop tôt pour se prononcer. Une des choses sur lesquelles nous avons collaboré étroitement avec le Conseil national des sages-femmes autochtones a été la mise au point d'un outil permettant aux communautés de discuter et de faire rapport des résultats des investissements faits dans les services de sages-femmes autochtones. À la fin de l'exercice, nous en serons encore à la première année d'utilisation de cet outil. Je sais que cette réponse est insatisfaisante, mais il est encore trop tôt pour vous montrer des résultats concrets. Dans les histoires que nous entendons... Une naissance a eu lieu dans le territoire du lac Sturgeon pour la première fois depuis 50 ou 60 ans. Ces histoires vraiment importantes nous aident à poursuivre le travail, mais les données que vous voudriez obtenir n'ont pas encore été produites. Je suis désolée.

**Me Taylor :** Merci de la question, sénatrice Pate. L'étude du projet de loi au Parlement est une grande étape de franchie, et l'étude que vous menez est un outil de sensibilisation extrêmement important, car il amène toutes les parties à avoir une conversation productive.

L'utilisation de dispositions pénales — comme vous le savez tous parfaitement — est une solution de dernier recours pour répondre à des situations qui soulèvent des inquiétudes. Ce n'est pas inapproprié. C'est approprié. Ces dispositions créent un effet dissuasif et indiquent que le Parlement condamne les comportements répréhensibles. Il y a un intérêt à procéder de la sorte.

Conformément à l'usage du droit pénal que nous préconisons pour orienter les changements importants et nous y adapter, nous considérerions comme une réussite l'absence d'accusations due à l'absence de mauvaise conduite, ou encore une réponse efficace du système de justice pénale aux cas de mauvaise conduite. Je sais que des témoignages vous ont laissé entendre le contraire. Nos attributions nous amènent à transmettre des informations à nos partenaires provinciaux qui appliquent la loi pénale et à faire œuvre de sensibilisation. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de discuter du projet de loi avec nos partenaires provinciaux et territoriaux dans le cadre de processus que nous avons en place. Nous allons poursuivre cette collaboration, surtout si le projet de loi est adopté. Nous allons conduire comme à l'habitude des activités de sensibilisation sur les nouvelles lois. Vous connaissez nos enveloppes budgétaires pour le soutien aux victimes d'actes criminels. Voilà autre chose que nous faisons. Aucun financement n'est versé expressément pour cette cause, mais nous avons des enveloppes budgétaires. Ce que je vous ai énuméré aide un peu, mais ce n'est probablement pas aussi complet que vous le souhaiteriez.

**Senator Pate:** Have there been discussions between professional standards bodies and lawyers at the Department of Justice? Are those some of the discussions in terms of whether you could look at strict liability offences that could involve licensing as well?

**Mr. Taylor:** Our group, in particular, has not had conversations with governing or medical bodies. Perhaps our colleagues can speak to that more. Generally, our focus is on engaging with police officers and prosecutors on building awareness and supporting implementation of legislation. Certainly, though, that suggestion is an interesting one.

**Ms. Mitchell:** In January 2020, we funded the National Collaborating Centre for Aboriginal Health to host a forum on informed choice and consent. Some regulatory bodies did participate in that. Then the pandemic happened, which has certainly delayed our ability to do that engagement. It's something we definitely want to do, but we have to do that in concert with provincial and territorial governments and with advocacy organizations like the National Council of Indigenous Midwives.

But we started having those conversations, just not in a terribly robust way, I would say.

**Dr. Wong:** I would like to add a comment. Perhaps this committee may wish to invite as witnesses some of the regulatory bodies to appear before them. Thanks.

**Senator Clement:** Thank you to all the witnesses. I agree with the chair that I would have wanted opening statements. I think they're helpful. I really pay attention to those, and they're helpful, but I appreciate that you have answered the questions.

I want to follow on from what Senator Pate was asking. We have aggravated assault provisions — they exist — and yet we have evidence that forced sterilization continues to happen, so there's a disconnection. It's not working, and that's why we're here.

I just want to understand more about what Indigenous Services Canada is doing around dealing with anti-racism. Because you're saying it's not robust yet, or it's not enough yet. "We're getting there; we don't have the data." Yet, when we have the evidence from Indigenous women, as you know, it's urgent; it's beyond urgent.

That's the reason for this bill. I'd just like to know if any of you have anything to say to counter or to explain away why this exists, because in your statements, you're basically confirming why this bill has to move forward.

**La sénatrice Pate :** Des discussions ont-elles eu lieu entre les organismes de normalisation professionnels et les avocats du ministère de la Justice? Ces discussions portent-elles sur la possibilité de mettre en place des infractions de responsabilité stricte qui pourraient être assorties d'infractions réglementaires?

**Me Taylor :** Notre groupe n'a pas eu de conversations avec des groupes de gouvernance ou des groupes médicaux. Nos collègues pourraient peut-être vous en dire plus. En règle générale, nous collaborons avec les policiers et les procureurs pour les sensibiliser et pour soutenir la mise en œuvre de mesures législatives. Cela dit, cette suggestion est très intéressante.

**Mme Mitchell :** En janvier 2020, nous avons octroyé des fonds au Centre de collaboration nationale de la santé autochtone pour l'organisation d'un forum sur le choix et le consentement éclairés. Différents organismes de réglementation ont participé à l'événement. Ensuite, la pandémie est arrivée, ce qui a certainement mis un frein à notre engagement. C'est quelque chose que nous sommes résolus à mener à bien, mais de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et avec des organismes de défense des intérêts tels que le Conseil national des sages-femmes autochtones.

Nous avons bel et bien amorcé ces conversations, mais elles se tiennent encore de façon sporadique.

**Dr Wong :** J'aimerais ajouter un commentaire. Le comité pourrait peut-être inviter des organismes de réglementation à témoigner. Merci.

**La sénatrice Clement :** Merci à tous les témoins. À l'instar de la présidente, j'aurais moi aussi aimé entendre des déclarations liminaires. J'écoute toujours très attentivement ces déclarations, car elles sont très utiles. Je vous remercie néanmoins d'avoir répondu aux questions.

Je vais revenir sur la question posée par la sénatrice Pate. Des dispositions de voies de fait graves existent déjà, mais nous avons la preuve que des actes de stérilisation forcée sont encore commis. Il y a donc un vide. Ce qui est prévu dans les lois ne fonctionne pas, d'où notre présence ici aujourd'hui.

Je veux seulement mieux comprendre ce que Services aux Autochtones Canada fait pour lutter contre le racisme. Vous dites que les discussions sont encore sporadiques ou que les mesures sont insuffisantes. Vous faites des progrès, mais vous n'avez pas de données. Pourtant, vous savez comme moi que les situations que relatent les femmes autochtones dénotent une situation plus qu'urgente.

Voilà la raison pour laquelle le projet de loi a été présenté. J'aimerais donc savoir si quelqu'un d'entre vous a quelque chose à dire pour justifier le projet de loi ou pour s'y opposer, car vos commentaires ne font que confirmer la nécessité de l'adopter.

**Ms. Mitchell:** I just want to clarify something. The conversations with regulatory bodies have not been robust, but there's been a lot of activity in the department and with Health Canada that I can't speak to about trying to address anti-Indigenous racism in health care.

I want to be clear: These things take a really long time to address. You're talking about changing hearts and minds, and structures. We are only now having conversations about structural racism in public spaces. Those weren't conversations happening 10 or 15 years ago. In fact, most people didn't have that language.

**Senator Clement:** I was there too and heard them.

**Ms. Mitchell:** That's massive progress. To me, it's never enough. I want Indigenous patients to feel safe and able to have the conversations they want to have in a way that makes sense to them. We're not there, and I'm not going to tell you we are.

But I think the continued investment in activities like Indigenous midwifery, patient navigators and advocates who can help make systems safer are critical to help move this work. I'm also trying to be realistic about the timeline. We're dealing with 300 or 400 years of colonization. This won't be solved in three or four years. Joyce Echaquan's death was a catalyst for change, and I'm so grateful that she filmed it, but we need more time to make those kinds of changes.

This conversation, while amazing — I'm also from Alberta — it isn't the conversation that the average Canadian is having. It's also trying to get to those folks too and bring them into these conversations while letting Indigenous people lead and shape the conversations and move at their pace too. For women who experienced this, they don't even know it was done in a way that was without consent. It's only when they have these conversations with these organizations that they have aha moments and realize that it wasn't appropriate. They then wonder what to do about it.

All of these things are happening at the same time.

I sense your frustration. I apologize that I've undersold what we're doing. I don't want to say we're doing a better job than we are when we're up against such a huge issue.

**Senator Clement:** Does anyone else have a comment?

**Mme Mitchell :** Je voudrais seulement préciser quelque chose. Certes, les conversations avec les organismes de réglementation ne sont pas encore soutenues. Par contre, de nombreuses activités — dont je ne peux pas parler — visant à lutter contre le racisme envers les Autochtones dans le système de santé sont menées au sein du ministère et en collaboration avec Santé Canada.

Je veux être claire. Ces choses prennent beaucoup de temps. Il faut changer des croyances, des mentalités et des structures. Les conversations ne portent pour l'instant que sur le racisme structurel dans les espaces publics. Ces conversations n'existaient pas il y a 10 ou 15 ans. De fait, ce vocabulaire était inconnu de la plupart des gens.

**La sénatrice Clement :** J'étais là et je les ai entendues.

**Mme Mitchell :** Les progrès sont phénoménaux, mais ils ne sont pas encore suffisants selon moi. Je veux que les patientes autochtones sentent qu'elles sont en sécurité et qu'elles sont en mesure d'avoir les conversations qu'elles souhaitent dans un vocabulaire qu'elles comprennent. Nous ne sommes pas rendus à ce stade, et je ne vais pas vous dire le contraire.

J'estime par contre que des investissements continus dans des activités telles que le programme de sages-femmes autochtones, les intervenants pivots et les défenseurs des intérêts des patientes, qui contribuent à rendre le système plus sécuritaire, sont essentiels à l'atteinte de notre objectif. J'essaie aussi de fixer des échéanciers réalistes. Étant donné les 300 ou 400 ans de colonisation qui nous précèdent, les problèmes ne se résoudront pas en trois ou quatre ans. La mort de Joyce Echaquan s'est avérée un catalyseur de changement — je suis tellement contente qu'elle ait filmé les incidents —, mais il nous faudra plus de temps pour apporter ces types de changements.

Cette conversation est passionnante — je viens moi aussi de l'Alberta —, mais ce n'est pas une conversation que tient le Canadien moyen. Il faut rallier ces Canadiens et les faire participer aux discussions tout en laissant les peuples autochtones diriger et orienter les conversations à leur rythme. Les femmes qui ont subi une stérilisation ne savent même pas que cet acte a été accompli sans leur consentement. C'est seulement lors des conversations avec les organismes qu'elles découvrent que les actes en question n'étaient pas appropriés. Elles ne savent pas quoi faire après cette prise de conscience.

Toutes ces choses arrivent en même temps.

Je sens votre frustration. Je suis désolée si j'ai banalisé ce que nous faisons. Je ne veux pas faire croire que le travail que nous accomplissons est plus considérable qu'il ne l'est en réalité étant donné l'ampleur de l'enjeu à résoudre.

**La sénatrice Clement :** Les autres témoins ont-ils quelque chose à ajouter?



**Mr. Taylor:** I do not, other than to acknowledge the evidence you have is unacceptable. The criminal law should protect everybody, and the criminal law should be available to everybody. To the extent that the criminal law isn't available, that is an issue that needs to be addressed if it's not being applied in places that it should. Those are ongoing challenges around systemic racism in the criminal justice system.

Senator Pate talked about disproportionate application or results depending on who you are. Those are all absolutely critical issues that need to be addressed.

**Senator Clement:** Do your departments work together on these issues — Justice and ISC?

**Dr. Wong:** Justice and ISC work on many aspects related to racism, discrimination and other matters. One of the things we are most concerned about is the tolerance for racism and discrimination to actually happen. From our standpoint, it's more than just education. There should be zero tolerance in any kind of encounter, whether it's a legal, social or health encounter. The onus is not on the individual seeking care; the onus is on the system, on the health care providers.

**Senator Clement:** Thank you.

**Senator Klyne:** Thank you for your comments so far. Dr. Wong, I appreciate your last comment there.

It's hard to imagine that coerced sterilization takes place when the physician has an obligation to act in the patient's best interest — to act with good faith, loyalty and cannot allow their personal interests to conflict with their professional duty. That's not to mention that an assistant or assistants may be standing idly by while something is about to happen.

My question is for Ms. Boyle. How will amendments to the Criminal Code through Bill S-250 pan out in practice for Crown prosecutors when they bring forth charges against alleged violators? Do you see any practical benefits or difficulties? Should some of the assistants who stand by idly be implicated in a charge?

**Ms. Boyle:** Thank you for that question. The current laws, as they exist, around party liability — so anybody who assists, anybody who aids, including a nurse or a doctor performing such a sterilization procedure, knowing that the consent of the patient has not been obtained — would currently be criminally liable under the aggravated assault provisions.

**Me Taylor :** Non, je voudrais seulement reconnaître que les preuves que vous avez sont inacceptables. Le droit pénal devrait protéger tout le monde, et il devrait être accessible à toutes et à tous. S'il n'est pas appliqué là où il devrait l'être, il faut s'attaquer à cet enjeu. Il est question ici de problèmes de racisme systémique qui persistent dans le système de justice pénale.

La sénatrice Pate a parlé d'application ou de résultats disproportionnés selon la personne. Tous ces problèmes sont cruciaux et ils doivent absolument être réglés.

**La sénatrice Clement :** Vos ministères, Services aux Autochtones Canada et Justice Canada, collaborent-ils à ces dossiers?

**Dr Wong :** Services aux Autochtones Canada et Justice Canada collaborent à de nombreux dossiers liés au racisme, à la discrimination et à d'autres enjeux. Une de nos préoccupations principales concerne la tolérance au racisme et à la discrimination. À nos yeux, ce n'est pas seulement une question d'éducation. La tolérance devrait être zéro, qu'on parle de relations dans le domaine juridique, social ou de la santé. Ce n'est pas la responsabilité des personnes qui ont besoin de soins; c'est la responsabilité du système, des prestataires de soins de santé.

**La sénatrice Clement :** Je vous remercie.

**Le sénateur Klyne :** Je vous remercie pour vos témoignages. Docteur Wong, je vous remercie particulièrement pour votre dernière observation.

On peut difficilement imaginer qu'un médecin puisse pratiquer une stérilisation contrainte étant donné son obligation d'agir dans l'intérêt supérieur du patient, de faire preuve de bonne foi et de loyauté, et de ne pas laisser ses intérêts personnels entrer en conflit avec son devoir professionnel. En plus, cela voudrait dire qu'un ou plusieurs assistants resteraient les bras croisés pendant qu'un médecin s'apprêterait à commettre un tel acte.

Ma question s'adresse à Me Boyle. Concrètement, que donneront les modifications au Code criminel proposées dans le projet de loi S-250 pour les procureurs de la Couronne qui portent des accusations contre les auteurs présumés de tels actes? Y voyez-vous des avantages ou des difficultés? Les assistants qui restent les bras croisés devraient-ils être passibles d'accusations?

**Me Boyle :** Je vous remercie pour la question. Aux termes actuels de la loi, toute personne qui en aide une autre, y compris une infirmière ou un médecin, à pratiquer une stérilisation en sachant que le consentement de la patiente n'a pas été obtenu est passible d'accusations en vertu des dispositions du Code criminel relatives aux voies de fait graves et à la responsabilité des parties.

Regarding the proposed changes that would move forward through Bill S-250 in terms of party liability, party liability would also apply in the proposed reforms. How party liability would play out in terms of the proposed reforms is not clear, necessarily. Would the nurse need to be aware of the lack of consent, for example, or would any person assisting only need to be present in assisting with the sterilization procedure without having gone through the safeguard and the consent requirements provided for in the bill? That is not clear on the face of the bill at this time.

**Senator Klyne:** Would you propose an amendment there?

**Ms. Boyle:** I'm not here to propose any amendments.

**Senator Klyne:** Very good. I understand.

Any other comments on that question? Okay.

In terms of your last comment, Dr. Wong, what can be put in place to practise and enforce that?

**Dr. Wong:** I see a number of opportunities for provinces and territories, together with the regulatory bodies and certification bodies, to make sure that there are consequences for any types of discrimination against any patients walking through any health care facilities. Canada has done a lot, but much more needs to be done. And this we actually witnessed with Joyce Echaquan's very disturbing situation.

In order to get that done, it's not just one single body. It has to be a group effort, including Accreditation Canada, including CMA, including all the provincial and territorial regulatory bodies as well as patient advocacy groups.

**The Chair:** I have a question for you, Ms. Mitchell. How is informed consent transferred to the medical profession? With ethnic women, with Indigenous women, often if they don't speak the same language. What are the criteria? How are they supposed to set it out that they got informed consent?

**Ms. Mitchell:** I don't know that I can answer that question as I'm not a practitioner, so I apologize for that. I do think, though, that you're raising some really important things that we have heard. I can only speak to Indigenous women. I have not interfaced with women of colour. There is a sense of fear and a power imbalance in those conversations that the system hasn't fully accounted for, because there is sort of an assumption that the average patient is often White, cis, heterosexual. Informed consent doesn't always account for all the different ways people can present.

Le principe de la responsabilité des parties continuera à s'appliquer en vertu des modifications proposées dans le projet de loi S-250, mais la manière dont il s'appliquera n'est pas claire. Par exemple, faudra-t-il que l'infirmière sache que le consentement n'a pas été obtenu, ou toute personne qui en aide une autre à pratiquer une stérilisation sans prendre les mesures de protection et sans respecter les exigences relatives au consentement prévues dans le projet de loi sera-t-elle passible d'accusations? La version actuelle du projet de loi ne le précise pas.

**Le sénateur Klyne :** Avez-vous un amendement à proposer à ce sujet?

**Me Boyle :** Je ne suis pas ici pour proposer des amendements.

**Le sénateur Klyne :** Très bien, je comprends.

Plaît-il à un autre témoin de répondre à la question? D'accord.

Je reviens à votre dernière observation, docteur Wong. Par quels moyens peut-on s'attaquer à ce problème?

**Dr Wong :** Il y a plusieurs moyens par lesquels les provinces et les territoires, en collaboration avec les organismes de réglementation et de certification, peuvent veiller à ce qu'il y ait des conséquences pour toute forme de discrimination contre tout patient qui entre dans tout établissement de soins de santé. Le Canada en a fait beaucoup, mais il faut en faire beaucoup plus. La situation très troublante vécue par Joyce Echaquan en est la preuve.

Aucun organisme ne peut y arriver seul. De nombreux organismes doivent travailler ensemble, dont Agrément Canada, l'AMC, tous les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux, ainsi que les groupes de défense des patients.

**La présidente :** Madame Mitchell, j'ai une question pour vous. Comment le principe du consentement éclairé s'applique-t-il à la profession médicale? Souvent, les femmes issues de la diversité et les femmes autochtones ne parlent pas la même langue. Quels sont les critères? Comment les professionnels de la santé peuvent-ils établir qu'ils ont obtenu le consentement éclairé?

**Mme Mitchell :** Je suis désolée, mais comme je ne suis pas médecin, je ne sais pas si je peux répondre à votre question. Toutefois, vous soulevez des points très importants qui ont été portés à notre attention. Puisque je n'ai pas travaillé auprès des femmes de couleur, je peux seulement parler des femmes autochtones. Le système ne tient pas pleinement compte de la crainte et du déséquilibre de pouvoir qui entourent les discussions à ce sujet, parce qu'on tient pour acquis que le patient moyen est blanc, cisgenre et hétérosexuel. Le principe du consentement éclairé ne tient pas toujours compte de toutes les différentes façons dont les personnes se présentent.

**The Chair:** Do you think there should be a question on informed consent and what should it look like?

**Dr. Wong:** Absolutely. Informed consent needs to incorporate the language and the culture. It's inadequate to actually provide informed consent just in English and French, for example, because that really raises the question whether the patient completely understands the benefit and the potential side effects of a procedure and other potential options that may be available. Thanks.

**The Chair:** Senators, I want to read to you that the RCMP has declined to appear in front of us. One of the sentences is that:

Allegations of forced sterilization are relatively rare in Canada's overall criminal landscape. In 2019, when they appeared in front of the Standing Committee of Health was informed that no allegation of forced sterilization was found to have been reported to the RCMP.

Witnesses, there are so many other questions we could ask, but we've run out of time. We thank you very much for being here. We've learned a lot, but you can see we are frustrated. The time is not enough, and there are not enough answers. You are also working on it to get answers, so we are all working on the same issue. Thank you very much for being here.

For our second panel, we are pleased to welcome The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Dr. Diane Francœur, Chief Executive Officer; and Dr. Jocelynn Cook, Chief Scientific Officer. Dr. Jocelynn Cook and I worked together for a long time, so welcome.

The First Nations Health Authority, Dr. Unjali Malhotra, Medical Officer, Women's Health, Office of the Chief Medical Officer, by video conference; and the National Council of Indigenous Midwives, Executive Director, Ellen Blais; and Claire Dion Fletcher, Vice-President, Canadian Association of Midwives and Core Leadership Member. We will start with you, Dr. Francœur.

[Translation]

**Dr. Diane Francœur, Chief Executive Officers, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada:** Hello, Madam Chair, members of committee. I am Dr. Diane Francœur, Chief Executive Officer of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). With me today is Jocelynn Cook, Chief Scientific Officer.

**La présidente :** Selon vous, devrait-il y avoir une question à propos du consentement éclairé? Quels devraient être les détails?

**Dr Wong :** Absolument. Le consentement éclairé doit tenir compte de la langue et de la culture. Il est inadéquat de demander le consentement éclairé seulement en anglais ou en français, par exemple, parce qu'on ignore si le patient comprend bien les avantages et les effets secondaires possibles d'une intervention, ainsi que les autres options envisageables. Merci.

**La présidente :** Sénateurs et sénatrices, la GRC a décliné notre invitation à témoigner devant le comité. Je vous lis un extrait de sa réponse :

Les allégations de stérilisation forcée sont relativement rares dans le paysage pénal du Canada. En 2019, la GRC a déclaré devant le Comité permanent de la santé qu'elle avait constaté qu'aucune allégation de stérilisation forcée ne lui avait été signalée.

Mesdames et messieurs les témoins, nous pourrions vous poser encore beaucoup de questions, mais notre temps est écoulé. Merci beaucoup de vous être joints à nous. Nous avons appris beaucoup de choses, mais comme vous le voyez, nous sommes aussi frustrés. Le temps manque, et les réponses aussi. De votre côté, vous cherchez également à obtenir des réponses; nous travaillons donc tous au même dossier. Merci beaucoup d'avoir été des nôtres.

Pour la deuxième partie de la réunion, nous avons le plaisir de recevoir deux représentantes de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada : la Dre Diane Francœur, directrice générale, et la Dre Jocelynn Cook, directrice des affaires scientifiques. La Dre Cook et moi avons travaillé ensemble pendant longtemps. Je vous souhaite la bienvenue.

Nous accueillons également la Dre Unjali Malhotra, médecin hygiéniste, Santé des femmes, Bureau du médecin hygiéniste en chef, de l'Autorité sanitaire des Premières Nations, par vidéoconférence; ainsi que Mme Ellen Blais, directrice exécutive, et Mme Claire Dion Fletcher, vice-présidente de l'Association canadienne des sages-femmes, et membre principal de la direction, du Conseil national des sages-femmes autochtones. Nous allons commencer par vous, docteur Francœur.

[Français]

**Dre Diane Francœur, directrice générale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada :** Madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du comité, bonjour. Je suis la Dre Diane Francœur, directrice générale de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Je suis accompagnée aujourd'hui de la Dre Jocelynn Cook, directrice des affaires scientifiques de la SOGC.

Thank you for the invitation to appear before the committee. We hope to provide food for thought, since we consider it essential that all women, regardless of education level, socioeconomic status or ethnic origin, have autonomy in making the irreversible decision to be sterilized.

The SOGC issued an opinion in 2019 regarding non-coercive contraceptive care with very clear recommendations for obstetricians and gynecologists. That opinion was necessary following the systemic racism demonstrated in the way Joyce Echaquan was treated and in the truth and reconciliation process. Fortunately, those discussions gave women the courage to speak out against those doctors who decided, with impunity, to sterilize women without their consent. Those reprehensible acts occurred and we now all bear the burden of them. We teach those cases to medical students now so they can recognize the impact of the trauma those women experienced.

In 1986, the Supreme Court of Canada ruled that only someone who is able to give their consent may agree to permanent contraception. We have to wonder why this is still happening.

But is criminalization the only option?

I would like to share our concerns, because we think women could lose out under the principle of “first, do no harm”. We have all passively witnessed the loss of women’s rights in some U.S. states where access to reproductive rights has been criminalized. It is worrisome.

The field of obstetrics and gynecology deals with life and death and emergencies, which means that consent is not always obtained in a respectful and thoughtful manner. The influx of newcomers in recent years has sometimes forced us to resort to a child, an application or a few gestures in order to go ahead with urgent surgery if no interpreter is available, since an infant’s brain starts to show signs of distress after 12 minutes without oxygen.

Of course no one would perform a sterilization in that situation, but what if it is an ectopic pregnancy, if the woman is bleeding, or if her life is in danger? The best practice would be to remove the fallopian tube, but what if there is no interpreter, if we can’t wait for that person to arrive or if there is no trusted person assisting the woman?

Je vous remercie de cette invitation à témoigner. Nous souhaitons alimenter vos réflexions, car nous croyons qu’il faut impérativement permettre aux femmes, peu importe leur degré d’éducation, leur niveau socioéconomique ou leur origine ethnique, d’être les seules à prendre la décision irréversible de la stérilisation.

La SOGC a émis une opinion en 2019 sur les soins contraceptifs libres de coercition avec des recommandations très claires pour les obstétriciens-gynécologues. Cette opinion était nécessaire à la suite des démonstrations de racisme systémique dans le dossier de Mme Joyce Echaquan et dans le cadre de la démarche de vérité et de réconciliation, pendant laquelle les discussions ont heureusement donné le courage aux femmes de dénoncer ces médecins qui, en toute impunité, ont décidé de procéder à des stérilisations sans consentement. Ces actes répréhensibles se sont produits et nous en portons tous maintenant le fardeau. Nous enseignons maintenant ces histoires aux étudiants en médecine pour qu’ils soient en mesure de reconnaître l’impact des traumatismes que ces femmes ont vécus.

Depuis 1986, la Cour suprême du Canada a statué que seules les personnes aptes à donner leur consentement peuvent accepter de subir une contraception permanente. Il faut se questionner sur la raison pour laquelle cela se produit encore.

Toutefois, est-ce que la criminalisation demeure la seule solution?

Permettez-moi de vous transmettre nos inquiétudes, car nous croyons que les femmes risquent de perdre au change sous le principe du *primum non nocere* — premièrement, ne pas nuire. Nous avons tous assisté passivement à la perte des droits des femmes dans certains États de nos voisins du Sud lorsque la criminalisation s’est installée dans l’accès à leurs droits reproductifs. Cela nous inquiète.

Notre discipline, l’obstétrique-gynécologie, se berce entre l’urgence, la vie et la mort, faisant en sorte que les consentements ne sont pas toujours obtenus de façon respectueuse et posée. L’afflux des nouveaux arrivants au cours des dernières années nous oblige parfois à devoir utiliser un enfant, une application ou quelques gestes pour être en mesure de réaliser une chirurgie urgente en l’absence de traducteur, car le cerveau d’un petit bébé commence à démontrer des signes de détresse après 12 minutes sans oxygène.

Il est clair que personne ne ferait une stérilisation dans un tel contexte, mais que ferons-nous lorsqu’il s’agira d’une grossesse dans la trompe, lorsque la femme saigne, lorsque sa vie est en danger? La bonne pratique serait d’enlever la trompe, mais que ferons-nous lorsque nous n’aurons pas d’interprète, que nous manquerons de temps pour attendre que cette personne arrive ou qu’aucune personne de confiance n’accompagne la femme?

Would potential criminalization make the decision for us? Unfortunately, that is what we are seeing in the United States right now, where women have once again started dying because of a ruptured ectopic pregnancy because obstetricians and gynecologists are afraid of committing a crime. This is also the case for a young woman who haemorrhages postpartum.

Did you know that women are still dying from haemorrhage in Canada? That is one of the main causes of death in childbirth. After performing all the procedures and giving all the medicines, the only treatment is to remove the uterus. That surgery results in sterilization, unfortunately. A woman who is between life and death cannot give her consent. So the gynecologist has to make that decision. We are afraid that potential criminalization could make us waste too much time, that those delays could endanger women's lives and that it would be too late to save them.

We have another concern: How is consent obtained when children or young women are given chemotherapy or radiation that will result in medical sterilization years later, even though there was no alternative treatment to fight the cancer?

What will happen to all the women who have chosen a long-term contraception method, which can give them peace of mind for seven years, if they return to a region where no one can remove those IUDs or implants? Could the person who implanted them in good faith seven years earlier be subject to criminal proceedings?

Further, a number of women make the informed choice to be sterilized during a Caesarean and unfortunately elective surgery is becoming increasingly less available. In Ontario, there is a minimum three-year wait for sterilization surgery. Oncologists very strongly recommend the preventative removal of the fallopian tubes where there is a family history of ovarian cancer. If criminalization means that the fallopian tubes cannot be removed during an emergency Caesarean, those women who are at risk for cancer will be worse off.

For all these reasons, the SOGC very respectfully recommends that you reconsider the issues to ensure that this bill will not in any way criminalize procedures that are performed to save women's lives. We are very worried about criminalization taking over the reproductive health of women. We think the Supreme Court's recommendations from 1986 which are applied in all cases where the person cannot give consent should be more strictly applied by medical colleges, which have the power to revoke licenses and to ensure that their objectives are met.

**The Chair:** Thank you.

Est-ce qu'une potentielle criminalisation viendra décider à notre place? Malheureusement, c'est ce que nous observons aux États-Unis actuellement, où les femmes ont commencé à mourir à nouveau de grossesse ectopique rompue, parce que les gynécologues-obstétriciens ont peur de la criminalisation. C'est le même scénario chez une jeune femme qui subit une hémorragie après l'accouchement.

Savez-vous que les femmes meurent encore d'hémorragie au Canada? C'est l'une des deux principales causes de décès des femmes au moment de l'accouchement. Après avoir exécuté toutes les manœuvres et donné tous les médicaments, le seul traitement sera d'enlever l'utérus. C'est malheureusement une chirurgie stérilisante. Une femme qui est entre la vie et la mort ne peut donner son consentement. Le gynécologue devra donc décider. Nous craignons que la criminalisation potentielle ne fasse en sorte qu'on prendra trop de temps, que ces délais pourront mettre en péril la vie des femmes et qu'il sera trop tard pour les sauver.

Un autre domaine nous inquiète : comment consentir lorsqu'on prescrit de la chimiothérapie ou de la radiothérapie à des enfants ou à de jeunes femmes qui provoqueront une stérilisation médicale des années après, alors qu'il n'y avait aucun autre traitement à offrir pour combattre un cancer?

Qu'arrivera-t-il de toutes ces femmes qui ont choisi une méthode de contraception prolongée qui peut leur laisser une paix d'esprit pendant sept ans, si elles retournent dans une région où personne ne peut enlever ces stérilets ou ces implants? La personne qui les aura installés de bonne foi sept ans auparavant risquera-t-elle de faire face à des poursuites criminelles?

Par ailleurs, plusieurs feront le choix éclairé de la stérilisation pendant une césarienne et malheureusement, la chirurgie électorale est de moins en moins une option. En Ontario, il y a un minimum de trois ans d'attente avant d'avoir accès à une chirurgie pour une stérilisation. L'exérèse préventive des trompes, lorsqu'on a un historique familial de cancer de l'ovaire, est une recommandation très ferme de nos collègues oncologues. Si la criminalisation fait en sorte que, pendant les césariennes d'urgence, l'exérèse des trompes est refusée, ces femmes à risque de cancer seront perdantes.

C'est pour toutes ces raisons que la SOGC vous recommande très respectueusement de refaire vos devoirs afin d'assurer que, dans ce projet de loi, la criminalisation ne sera appliquée d'aucune façon lorsqu'il s'agit de sauver la vie des femmes. Nous sommes très inquiets de laisser la criminalisation gérer la santé reproductive des femmes. Nous croyons que les recommandations de 1986 de la Cour suprême qui sont appliquées pour tous ceux qui ne sont pas aptes à donner leur consentement devraient être plus fermement appliquées par les collèges des médecins qui ont le pouvoir de faire des radiations et de s'assurer que les objectifs seront atteints.

**La présidente :** Merci.

[English]

We're going to hear from Ellen Blais because she has to catch a flight right away, if it's okay. Then we will go to Dr. Malhotra. If it's okay with Ms. Blais, we will have the sponsor ask you a question and then you can leave.

**Ellen Blais, Executive Director, National Council of Indigenous Midwives:** Thank you. My name is Ellen Blais. I am an Haudenosaunee midwife from Oneida Nation of the Thames. I am Executive Director of the National Council of Indigenous Midwives, or NCIM, and a past co-chair, and I bring expertise as an Indigenous midwife on the front lines of protection for child welfare. With apologies to this committee, I will be leaving at some point during the proceedings. Thank you very much for understanding.

**Claire Dion Fletcher, Vice-President, Canadian Association of Midwives and Core Leadership Member, National Council of Indigenous Midwives:** I am Claire Dion Fletcher. I'm Vice-President of the Canadian Association of Midwives, and core leader and past co-chair of NCIM, and a Lenape, Potawatomi and mixed settler registered midwife and midwifery educator.

**Ms. Blais:** The National Council of Indigenous Midwives exists to promote excellence in reproductive health care for Inuit, First Nations and Métis women. We advocate for the restoration of midwifery education, the provision of midwifery services and choice of birthplace for all Indigenous communities, consistent with the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples.

We are deeply concerned that today we are discussing changes to the Criminal Code in terms of Indigenous women's right to bodily autonomy and to be respected. We call for the immediate end to forced, coerced and involuntary sterilization. It is an act of obstetric violence and genocide. We echo and follow the lead of the Survivor's Circle for Reproductive Justice in our recommendations, and we support Bill S-250.

Indigenous midwives are at the front line of addressing forced and coerced sterilization. We provide excellent sexual and reproductive health care. We are advocates for our patients and their families against systemic racism. We are prevention — by applying the principles of free, prior, and informed consent; continuity of care; culturally rooted care; and, patient advocacy.

[Traduction]

Si vous le voulez bien, nous entendrons maintenant Mme Ellen Blais parce qu'elle a un vol à prendre dans quelques minutes. Nous passerons ensuite à la Dre Malhotra. Madame Blais, si vous êtes d'accord, la marraine du projet de loi vous posera une question, et vous pourrez partir après.

**Ellen Blais, directrice exécutive, Conseil national des sages-femmes autochtones :** Merci. Je m'appelle Ellen Blais. Je suis une sage-femme haudenosaunee de la nation des Oneidas de la Thames. Je suis directrice exécutive et ancienne coprésidente du Conseil national des sages-femmes autochtones. Je vous apporte mon savoir-faire de sage-femme autochtone aux premières lignes de la protection de l'enfance. Je m'excuse auprès du comité, mais je vais devoir partir durant la réunion. Je vous remercie pour votre compréhension.

**Claire Dion Fletcher, vice-présidente, Association canadienne des sages-femmes, et membre principal de la direction, Conseil national des sages-femmes autochtones :** Je suis Claire Dion Fletcher, vice-présidente de l'Association canadienne des sages-femmes, et membre principal de la direction et ancienne coprésidente du Conseil national des sages-femmes autochtones. Je suis une sage-femme autorisée et une formatrice de sages-femmes issue des nations des Lenapes et des Potéouatamis et de colons mixtes.

**Mme Blais :** Le Conseil national des sages-femmes autochtones a pour mission de promouvoir l'excellence des soins de santé reproductive destinés aux femmes inuites, métisses et des Premières Nations. Nous militons pour la restauration de l'enseignement de la profession de sage-femme, la prestation de services de sages-femmes et la liberté de choix du lieu d'accouchement pour toutes les communautés autochtones, conformément à la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones.

Nous sommes très préoccupées par le fait qu'il soit question aujourd'hui de modifications au Code criminel touchant le droit des femmes autochtones à l'autonomie corporelle et au respect. Nous demandons la cessation immédiate des stérilisations forcées, contraintes et involontaires. Ce sont des actes de violence obstétricale et de génocide. Nos recommandations font écho au Cercle des survivantes pour la justice reproductive; nous suivons son exemple et nous appuyons le projet de loi S-250.

Les sages-femmes autochtones sont aux premières lignes de la lutte contre les stérilisations forcées et contraintes. Nous fournissons des soins de santé sexuelle et reproductive d'excellente qualité. Nous défendons nos patientes et leurs familles contre le racisme systémique. Nous sommes la prévention : nous appliquons les principes du consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause; de la continuité des soins; des soins enracinés dans la culture; et de la défense des patients.

**Ms. Dion Fletcher:** The National Council of Indigenous Midwives is a co-chair at the Advisory Committee on Indigenous Women's Wellbeing, which was formed in response to Senator Boyer's external review in 2017-18 on forced sterilization. This issue sits at the intersections of systemic racism, ongoing colonialism, sexism, ableism, transphobia, homophobia and genocide.

As health care providers, we know that prevention demands a complex response. The National Council of Indigenous Midwives, members of the Advisory Committee on Indigenous Women's Wellbeing and national Indigenous health organizations are working to address the root causes of forced sterilization. We are building awareness of the sexual and reproductive rights of Indigenous peoples. We are encouraging non-Indigenous health professionals to provide culturally safe care, which includes a commitment to free, prior and informed consent under UNDRIP, and we are working to grow the number of Indigenous-led health care providers, particularly midwives. However, this is long-term work.

From our experience, voluntary anti-racism initiatives and strong non-Indigenous allies cannot end forced sterilization alone. We hope that the implementation of Bill S-250 will encourage health care provider associations, regulatory bodies and institutions to strengthen their policies and anti-oppressive trainings to ensure meaningful consent procedures.

The National Council of Indigenous Midwives commits to moving this forward within the midwifery community. The responsibility should not be left on Indigenous life givers to know their rights and advocate for themselves when they're seeking health care.

**Ms. Blais:** We hope that Bill S-250 moves through the legislative process thoughtfully and quickly. It has the potential to strengthen the work happening across Canada by providing a legal obligation for consent and will criminalize the act of forced sterilization that is a heinous violation of Indigenous and human right.

As Indigenous midwives whose model of care is based on cultural safety, self-determination and informed choice, we recommend the implementation of Bill S-250; however, we believe that this change to the Criminal Code is not enough.

We need Indigenous-led policies and tools, which prevent forced and coerced sterilization from ever happening. These policies and tools are needed to ensure that consent is not coerced, that decisions are made with all the necessary

**Mme Dion Fletcher :** Le Conseil national des sages-femmes autochtones copréside le Comité consultatif sur le bien-être des femmes autochtones, qui a été mis sur pied en réponse à l'examen externe sur la stérilisation forcée réalisé en 2017-2018 par la sénatrice Boyer. Cet enjeu se situe au carrefour du racisme systémique, du colonialisme perpétuel, du sexisme, du capacitisme, de la transphobie, de l'homophobie et du génocide.

En notre qualité de prestataires de soins de santé, nous savons que la prévention demande des réponses multiples. Le Conseil national des sages-femmes autochtones, les membres du Comité consultatif sur le bien-être des femmes autochtones et les organismes nationaux voués à la santé des Autochtones s'attaquent aux causes profondes de la stérilisation forcée. Nous sensibilisons la population aux droits des Autochtones en matière de santé sexuelle et reproductive. Nous encourageons les professionnels de la santé non autochtones à fournir des soins adaptés à la culture, y compris en s'engageant à respecter le principe du consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause, conformément à la DNUDPA. Nous travaillons aussi à accroître le nombre de prestataires de soins de santé autochtones, spécialement de sages-femmes. Toutefois, ce travail est à long terme.

Nous savons par expérience qu'à eux seuls, les initiatives volontaires de lutte contre le racisme et les efforts déployés par de solides alliés non autochtones ne peuvent pas mettre fin à la stérilisation forcée. Nous espérons que la mise en œuvre du projet de loi S-250 encouragera les associations de prestataires de soins de santé, les organismes de réglementation et les établissements à renforcer leurs politiques et leurs formations anti-oppressives de façon à ce qu'aucune intervention ne soit pratiquée sans consentement valable.

Le Conseil national des sages-femmes autochtones s'engage à faire avancer le dossier dans le milieu des sages-femmes. Il ne devrait pas incomber aux personnes autochtones qui donnent la vie de connaître leurs droits et de militer pour elles-mêmes lorsqu'elles ont besoin de soins de santé.

**Mme Blais :** Nous espérons que le projet de loi S-250 franchira toutes les étapes du processus législatif de manière rapide et judicieuse. Il pourrait renforcer le travail accompli partout au Canada en rendant le consentement obligatoire et en criminalisant la stérilisation forcée, une violation odieuse des droits de la personne et des droits des Autochtones.

En notre qualité de sages-femmes dont le modèle de soins est fondé sur l'adaptation culturelle, l'autodétermination et le choix éclairé, nous recommandons la mise en œuvre du projet de loi S-250. Toutefois, nous sommes d'avis que cette modification au Code criminel n'est pas suffisante.

Il faut également des politiques et des outils conçus par les Autochtones pour empêcher tout acte de stérilisation forcée et contrainte. Ces politiques et ces outils sont nécessaires pour veiller à ce que le consentement ne soit pas contraint, à ce que

information and time, and that individuals who are seeking voluntary sterilization are not prevented from accessing it.

In closing, we are satisfied that this drafted legislation is being brought forward. Indigenous peoples are entitled to dignity, respect and autonomy in all aspects of health care, which includes the right to choose whether or not to have children. We lift up and honour the voices of those who have been courageous enough to come forward and shine a light on another dark chapter of our shared history. Thank you.

**Senator Boyer:** Thank you all for being here and thank you for your presentations. I have a question for either Ms. Blais or Ms. Dion Fletcher concerning your practice and the communities you serve. How do you think Bill S-250 will impact on your practice and the communities that you serve?

**Ms. Dion Fletcher:** I think it's an important recognition of Indigenous people's rights. We hear from the communities that we work with, particularly following the lead of the survivor's circle, that this is both desired and requested. I think it speaks to the importance of informed consent and choice around sterilization and of protecting people's right to decide when and if they want to have children.

**Senator Boyer:** Thank you.

**Ms. Blais:** I was at a meeting yesterday and I wanted to bring it to the attention of the committee. This is something that is happening currently. This is not something that ended in 1970 or in 1980. I was at a meeting yesterday discussing that I was coming to this committee. Someone there said that later in life they had gone to a doctor for a procedure and their chart indicated that they had had a tubal ligation. Yet they had no awareness of it. This is something that is very much happening today. I wanted to make that comment, namely, that a deterrent like this is at least a starting place, but there needs to be a lot more for our communities.

**The Chair:** Thank you, Ms. Blais. We'll now hear from Dr. Unjali Malhotra by video. She's the medical officer of women's health.

**Dr. Unjali Malhotra, Medical Officer, Women's Health, Office of the Chief Medical Officer, First Nations Health Authority:** Good afternoon. Thank you for having me. I'm calling in from Syilx territories as an uninvited occupier. I'm an adopted member of the TAKaya – Wolf Clan part of the First Nations Health Authority family.

les personnes disposent de tous les renseignements et du temps qu'il faut pour prendre une décision, et à ce que l'accès à la stérilisation volontaire ne soit pas bloqué.

En conclusion, nous accueillons favorablement le projet de loi. Les Autochtones ont droit à la dignité, au respect et à l'autonomie dans tous les volets des soins de santé, y compris le droit de choisir d'avoir des enfants ou non. Nous saluons les personnes honorables qui ont eu le courage de prendre la parole et de lever le voile sur un autre chapitre sombre de notre histoire commune. Merci.

**La sénatrice Boyer :** Je vous remercie de votre présence et de vos déclarations. J'ai une question pour Mme Blais ou Mme Dion Fletcher. Selon vous, quel effet le projet de loi S-250 aura-t-il sur votre pratique et sur les communautés que vous servez?

**Mme Dion Fletcher :** Selon moi, il s'agit d'une reconnaissance importante des droits des Autochtones. Les membres des communautés avec lesquelles nous travaillons nous disent que la mesure est à la fois voulue et demandée, surtout depuis l'institution du Cercle des survivantes. Elle témoigne de l'importance du consentement éclairé, du respect des choix liés à la stérilisation et de la protection du droit de chaque personne de décider si et quand elle veut avoir des enfants.

**La sénatrice Boyer :** Merci.

**Mme Blais :** Je tiens à attirer votre attention sur quelque chose que j'ai entendu durant une réunion hier. De tels actes sont encore perpétrés aujourd'hui. On n'a pas mis fin à la pratique dans les années 1970 ou 1980. J'étais à une réunion hier et j'ai dit que j'allais témoigner devant votre comité. Une personne qui était là a raconté qu'en consultant un médecin pour une intervention, elle avait appris qu'il était écrit dans son dossier médical qu'elle avait subi une ligature des trompes plus tôt dans sa vie. Elle l'ignorait totalement. Cela se passe encore aujourd'hui. Je tenais à le mentionner. L'effet dissuasif du projet de loi représente un point de départ, mais il faut en faire beaucoup plus pour nos communautés.

**La présidente :** Merci, madame Blais. Nous entendrons maintenant la Dre Malhotra, qui se joint à nous par vidéoconférence. Elle est médecin hygiéniste pour la santé des femmes.

**Dre Unjali Malhotra, médecin hygiéniste, Santé des femmes, Bureau du médecin hygiéniste en chef, Autorité sanitaire des Premières Nations :** Bonjour. Je vous remercie de me recevoir. Je me joins à vous depuis les territoires des Syilx, que j'occupe sans invitation. Je suis membre adoptive du clan du loup, Takaya, de la famille de l'Autorité sanitaire des Premières Nations.



I'm humbly coming to you today as a reproductive health physician who has practised and trained throughout Canada for the last 20 years. I grew up in Prince Albert, Saskatchewan, daughter of Dr. Lalita Malhotra and Dr. Tilak Malhotra who served our Indigenous community of northern Saskatchewan for nearly 50 years.

My journey that brings me here today includes experience in working in my parents' clinics, growing up in a predominantly Indigenous community side by side with many girls who at times had little voice or privilege. As a South Asian woman, I know how many east Indian women have suffered at the hands of colonization, misogyny and coercive actions made under the guise of population control, our best practice and a lack of rights of their own — our own — bodies. I personally interact with the health care system as both a provider and a patient.

I want to focus on the importance of consent of non-emergent care today. As documented in previous hearings, survivors of forced and coerced sterilization described the experiences and truths in which their sterilizations lacked free, prior and informed consent. The work we've done at the First Nations Health Authority, or FNHA, has been in response to this because consent is a basic human right. The First Nations Health Authority looks forward to seeing a health care system that upholds the inherent rights of First Nations people.

We led the creation of a contraception consent guide and a consent manual for health care providers to support health care providers in their role to offer evidence-based information relevant to decision making, to amplify patient-led decisions, to advocate for patients' rights to self-determination and to offer expert knowledge. This is to ensure that patients can lead the decision-making process and make free, prior and informed decisions about their medical care, and make certain the final decision making is led by the recipient of care, while knowing consent can only be provided in an environment free of racism and discrimination.

Janelle Tom of Skwxwu7mesh Úxwumixw and Syilx First Nation, and an FNHA living marker, speaks to this. She says that:

Je me présente humblement à vous aujourd'hui en tant que médecin spécialisée en santé reproductive qui exerce et qui a reçu de la formation partout au Canada depuis 20 ans. J'ai grandi à Prince Albert, en Saskatchewan. Je suis la fille des Drs Lalita et Tilak Malhotra, qui ont servi notre communauté autochtone du Nord de la Saskatchewan pendant près de 50 ans.

Le bagage que j'apporte ici aujourd'hui repose en partie sur l'expérience que j'ai acquise en travaillant dans les cliniques de mes parents, ainsi que sur l'enfance que j'ai passée dans une communauté majoritairement autochtone, où j'ai côtoyé de nombreuses filles à la voix et au privilège parfois limités. En ma qualité de femme d'origine sud-asiatique, je sais combien de femmes de descendance indienne ont subi les effets de la colonisation, de la misogynie, de mesures coercitives prises sous le couvert de la limitation des naissances ou de pratiques exemplaires, et de l'absence de droits à l'égard de leur — de notre — propre corps. Personnellement, j'entretiens des liens avec le système de soins de santé comme prestataire de soins et comme patiente.

Mes observations seront axées sur l'importance du consentement aux soins non urgents. Comme vous l'avez entendu durant des témoignages précédents, quand les survivantes d'actes de stérilisation forcée et contrainte décrivent leurs expériences et leurs vérités, elles parlent de l'absence de consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause. C'est en réaction à cette réalité que l'Autorité sanitaire des Premières Nations a entrepris son travail, parce que le consentement est un droit de la personne fondamental. L'Autorité sanitaire des Premières Nations attend avec impatience le jour où le système de soins de santé respectera les droits inhérents des Premières Nations.

Nous avons dirigé l'élaboration d'un guide sur le consentement en matière de contraception et d'un manuel sur le consentement à l'intention des prestataires de soins de santé pour aider les professionnels de la santé à fournir des informations pertinentes et fondées sur des faits pour la prise de décisions, pour renforcer le pouvoir décisionnel des patients, pour défendre les droits à l'autodétermination des patients et pour présenter des connaissances spécialisées. Nos efforts visent à faire en sorte que les patients soient maîtres du processus décisionnel et qu'ils puissent prendre des décisions éclairées, libres et préalables sur les soins qu'ils reçoivent. Ils visent également à veiller à ce que la décision définitive soit prise par la personne qui reçoit les soins, mais il ne faut pas oublier que le consentement peut seulement être donné dans un environnement exempt de racisme et de discrimination.

À ce sujet, Janelle Tom, de Skwxwu7mesh Úxwumixw et de la nation des Syilx, et représentante vivante de l'Autorité sanitaire des Premières Nations, a déclaré ceci :

Indigenous-specific racism is widespread within the health care system and has extreme impacts on my people. Unfortunately most of us know someone who is affected by coercion and sterilization; this is not an issue of the past, it continues to happen today. I want all health care providers to uphold First Nations people's rights, including their right to autonomy, self-determination and informed decision-making for their own health and wellness.

As Nicole Jules of Secwepemc First Nation explains this about the health care system:

It is not somewhere that many First Nations have had the luxury of feeling or being safe in. So, building that trust through the understanding of consent as a process is crucial . . . .

Considering the roles and responsibilities and consent, the teachings of Dr. Danièle Behn Smith are needed at this time. She teaches us about the interconnected works of undoing and unlearning White supremacy. These teachings include that the work of Indigenous people is to recover, revitalize and heal, which can be visualized as a cedar basket. There's uncomfortable work to be done by settlers, including many of you and me in this space. That work can be envisioned by a copper pot which involves system transformation and upholding inherent rights.

The power of this is stated by Toni Winterhoff of Xa'xtsa First Nation. She says that:

. . . advocating for informed consent is one of your super powers. You bring with you a wealth of knowledge and experience that lights the path for others. By illuminating the path and walking with a patient in true partnership, you create inspiring change within healthcare, and especially that individual's life.

She thanks health care providers for bringing their most curious selves to appointments, their most attentive minds and their best intentions for each individual patient. The work done in a good way sends ripples of change further than any of us know.

I ask us all to lean into the empowerment of women's rights and to choose, through the support of their right to meaningful consent in health care. It is our copper pot work. It is our right and responsibility to ensure accountability. This is all to protect the freedom of choice and bodily autonomy in whatever choice is made by the person receiving care. I thank you for your time today.

Le racism ciblant les Autochtones est très répandu dans le système de santé et a des répercussions extrêmes sur mon peuple. Malheureusement, la plupart d'entre nous connaissent quelqu'un qui a été victime de coercition et de stérilisation; ce n'est pas un problème du passé, mais bien un problème qui perdure. Je veux que tous les prestataires de soins de santé respectent les droits des Premières Nations, y compris leur droit à l'autonomie, à l'autodétermination et à la prise de décisions éclairées sur leur santé et leur bien-être.

Comme l'explique Nicole Jules, de la Première Nation Secwepemc, à propos du système de santé :

Ce n'est pas un secteur où de nombreuses Premières Nations ont la chance de se sentir en sécurité ou de l'être. Il est donc essentiel d'instaurer cette confiance en comprenant que le consentement fait partie d'un processus [...]

Quand on réfléchit aux rôles, aux responsabilités et au consentement, les enseignements de la Dre Danièle Behn Smith sont nécessaires en ce moment. Elle nous enseigne les efforts interreliés pour défaire et désapprendre la suprématie blanche. Selon ces enseignements, le travail des peuples autochtones consiste à se rétablir, à se revitaliser et à se guérir, ce qui peut être représenté par un panier de cèdre. Les colons, y compris bon nombre d'entre vous et moi ici présents, doivent déployer des efforts qui les rendront mal à l'aise. Ce travail peut être représenté par une marmite en cuivre, qui implique la transformation du système et le respect des droits inhérents.

Toni Winterhoff, de la Première Nation Xa'xtsa, souligne l'importance de cette démarche. Elle dit :

[...] la promotion du consentement éclairé est l'un de vos super pouvoirs. Vous détenez une multitude de connaissances et une vaste expérience qui éclaire le chemin pour les autres. En éclairant le chemin et en accompagnant un patient dans un véritable partenariat, vous créez un changement inspirant dans les soins de santé, et surtout dans la vie de cette personne.

Elle remercie les prestataires de soins de santé d'apporter aux rendez-vous médicaux leur plus grande curiosité, leur esprit le plus attentif et leurs meilleures intentions pour chaque patient. Le travail fait avec bienveillance envoie des ondes de changement plus loin que nous ne pouvons l'imaginer.

Je nous demande à tous de miser sur l'autonomisation des femmes grâce à leurs droits et à leur liberté de choisir, en soutenant leur droit à un consentement éclairé en soins de santé. C'est notre travail — notre marmite de cuivre. C'est notre droit et notre responsabilité de garantir la reddition de comptes. L'objectif est de protéger la liberté de choix et l'autonomie corporelle, quel que soit le choix de la personne qui reçoit les soins. Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré aujourd'hui.

**The Chair:** Thank you, Dr. Malhotra. I have a question for you. What should informed consent look like? You spoke about it and you gave some examples, but for an intake sheet, what should it look like? What should doctors have to mandatorily ask?

**Dr. Malhotra:** The first thing involved for informed consent to be truly informed consent is the process a provider must take in practising cultural humility, ensuring they address not only their own personal biases. They must also address the biases within the health care system in which they work. Both must be done to ensure the forms, the process and the space they are working within and inviting someone into, which we want to be safe space, is in fact that. Someone needs to feel confident that the care they are receiving maintains no bias.

Further to that, the conversation must be coercion-free. There must not be a point when a conversation has been brought up repetitively or out of context. It requires that the patient understand why the conversation is occurring and that it is relevant to the care they are coming to receive.

After that, it involves ensuring that this conversation is happening at the correct timing. We've heard from survivors that the conversation is not appropriate at the time of duress. That can be the time immediately postpartum, for example. The conversation must begin at a time when the coercion of time can't exist. We are not talking about urgent care here; we're talking about care that has the opportunity for discussion.

Consent requires something that is legible if it's in paper form, in a language that someone understands. If an interpreter is required, that is something that needs to be appropriately administered. It needs to be offered and available to a patient.

Then there is the incorporation of the potential barriers that a person may encounter when receiving consent. So geographical barriers, financial barriers and literacy barriers.

These all have to be thought about.

I start this conversation with cultural humility because it's our job to ensure that we reflect upon those biases, because those are biases currently happening within our health care system and harming Indigenous people. So consent is a process, especially when we are talking about non-emergent care.

**The Chair:** Does anybody else want to add to what is informed consent?

**La présidente :** Merci, docteur Malhotra. J'ai une question à vous poser. Quelle forme devrait prendre le consentement éclairé? Vous en avez parlé et vous avez donné quelques exemples, mais que devrait comprendre une fiche d'admission? Qu'est-ce que les médecins devraient obligatoirement demander?

**Dre Malhotra :** Pour que le consentement soit réellement éclairé, il faut avant tout que les prestataires fassent preuve d'humilité sur le plan culturel et qu'ils ne tiennent pas seulement compte de leurs propres préjugés. Ils doivent également tenir compte des préjugés ancrés dans le système de santé dans lequel ils travaillent. Il faut ces deux éléments pour garantir que les formulaires, le processus et l'espace dans lequel ils travaillent et invitent les patients soit réellement sûr, comme nous le désirons. Une personne doit avoir la certitude que les soins qu'elle reçoit ne sont pas entachés de préjugés.

En outre, la conversation doit être exempte de coercition. Un sujet ne peut en aucun temps être abordé de manière répétée ou hors contexte. Il faut que le patient comprenne pourquoi la conversation a lieu et qu'elle soit pertinente pour les soins prodigués.

Ensuite, il s'agit de s'assurer que cette conversation a lieu au bon moment. Des survivantes nous ont dit que la conversation n'était pas appropriée pendant une période de contrainte — la période qui suit immédiatement l'accouchement, par exemple. La conversation doit commencer à un moment où il ne peut y avoir de contrainte de temps. Nous ne parlons pas ici de soins d'urgence, mais de soins pour lesquels on peut prendre le temps de discuter.

Le consentement doit être d'une grande lisibilité s'il s'agit d'un document papier; il doit être formulé de façon compréhensible. Il faut réserver les services d'un interprète, au besoin. Le service doit être proposé et mis à la disposition du patient.

Ensuite, nous devons tenir compte des obstacles potentiels qu'une personne peut rencontrer lors de l'obtention du consentement : les obstacles géographiques, financiers et liés à l'alphabétisation.

Tous ces éléments doivent être pris en compte.

J'entame cette conversation avec une humilité sur le plan culturel, car il est de notre devoir de réfléchir à ces préjugés, qui existent actuellement dans notre système de soins de santé et qui nuisent aux populations autochtones. Le consentement s'inscrit donc dans un processus, surtout pour les soins non urgents.

**La présidente :** Quelqu'un d'autre souhaite-t-il préciser comment se définit le consentement éclairé?

[*Translation*]

**Dr. Francœur :** I would like to add that I completely agree with Dr. Unjali Malhotra's proposal. In caring for pregnant women, one of the best practices is to discuss this more than once. That discussion must be documented in the obstetrics file, a decision should never be made impulsively during a visit and must always be discussed again at the appropriate time, such as for sterilization during a Caesarean.

Each province will have its own recommendations and each facility as well, but best practice means that there are already certain recommendations on the books. In particular, two signatures are needed and there has to be a witness or person close to the woman — whether her spouse or a family member — to ensure she has understood the impact of the operation and that it will be irreversible. That must be discussed a number of times and be clearly documented in her file during her pregnancy precisely to avoid pressure on the day of surgery.

What saddens me, because I am still practising at Sainte-Justine, is that there are all kinds of policies in place now regarding surgery, such as the “time out” policy, when we review the planned surgery. That is done in the presence of the nurse, the patient, her spouse, the anaesthesiologist, the gynecologist and all those in attendance. We repeat: “Are you Ms. Doe? Today we are performing a Caesarean. Are you sure you wish to be sterilized?”

Why do women not have the courage to speak up? I think that is where we have failed because we have to find a way to boost their confidence. They have the right to refuse and change their mind at any time — before the procedure, of course. We have to boost their confidence so they understand the importance of their power to say no.

[*English*]

**The Chair :** We will go now to the sponsor of the bill.

**Senator Boyer :** I have a question for Dr. Malhotra. Do you think that Bill S-250 will impact doctors giving emergency treatment?

**Dr. Malhotra :** Thank you, Senator Boyer. I have deep compassion and understanding for the concerns and fears of bringing a bill like this forward when we're linking criminalization to medical care at any point. However, as a health profession, I ask you to consider non-emergent consent and emergent consent. Emergent consent, clearly stated by the

[*Français*]

**Dre Francœur :** Je me permettrai d'ajouter que je suis tout à fait d'accord avec la proposition de la Dre Unjali Malhotra. Pendant un suivi de grossesse, on voit souvent les femmes, alors une des bonnes pratiques est que cette discussion doit avoir eu lieu plus d'une fois. Elle doit être documentée dans le dossier obstétrical, elle ne doit jamais être prise sur un coup de tête pendant une visite et elle doit toujours être rediscutée au moment, par exemple, d'une stérilisation avec une césarienne.

Chaque province aura ses différentes recommandations et chaque établissement aussi, mais la bonne pratique fait qu'on a déjà certaines recommandations en place. Il doit y avoir notamment deux signatures et la présence d'un témoin ou d'une personne proche de la femme — que ce soit son conjoint ou un membre de la famille —, pour s'assurer qu'elle a compris l'impact de l'opération et qu'elle comprend que ce sera une procédure irréversible. Cela doit être discuté à plusieurs reprises et clairement retraceable dans le dossier pendant le suivi de grossesse justement pour éviter la pression le jour de la chirurgie.

Ce qui m'attriste beaucoup, parce que je continue à pratiquer à Sainte-Justine, c'est qu'on a toutes sortes de politiques en place présentement lorsqu'on fait une chirurgie, comme une politique qui s'appelle le *time out*, durant laquelle on revoit la chirurgie qui est prévue. Cela se fait en présence de l'infirmière, de la patiente, de son conjoint, de l'anesthésiste, du gynécologue et de tous ceux qui seront présents. On va répéter : « Vous êtes bien madame Unetelle? Aujourd'hui, nous faisons une césarienne. Vous êtes certaine que vous voulez une stérilisation? »

Pourquoi les femmes n'ont-elles pas le courage de le dire? C'est là, je pense, qu'on a échoué et qu'on doit trouver une façon de leur donner confiance. Elles ont le droit de refuser et de changer d'idée à tout moment — avant que la procédure soit faite, évidemment. Il faut qu'on soit capable de les mettre en confiance pour qu'elles puissent comprendre l'importance du pouvoir qu'elles ont de dire non.

[*Traduction*]

**La présidente :** Nous passons maintenant à la marraine du projet de loi.

**La sénatrice Boyer :** J'ai une question à poser à la Dre Malhotra. Pensez-vous que le projet de loi S-250 aura des répercussions sur les médecins qui donnent des traitements d'urgence?

**Dre Malhotra :** Merci, sénatrice Boyer. Je ressens beaucoup de compassion et je comprends les préoccupations et les craintes que suscite un projet de loi comme celui-ci, alors que des liens entre la criminalisation et les soins médicaux peuvent être établis en tout temps. Toutefois, pour les besoins de la profession du secteur de la santé, je vous demande de tenir compte du

Canadian Medical Protective Association, or CMPA, states the physician has the duty to provide immediately necessary care to save someone's life. So knowing that, I hope that will be helpful.

Also, understand that we collectively and collaboratively, not only as practitioners but governing bodies, regulatory bodies and those that are creating guidelines, need to come together to ensure we all as health care providers, in all facets of health care, have a deep understanding of consent. I feel like the work over the past two years, or longer, that we have done in British Columbia, where we have a joint statement with the College of Physicians and Surgeons, made it possible to embed consent necessities within their consent guidelines, necessities and regulations. We had the opportunity to collectively and collaboratively come together on what consent is, means and what the requirements of it are.

I hope that work goes further as a national body of collaboration, because not only do we want to have relational practice, we want relational collaboration between providers as well.

**Senator Boyer:** Thank you.

I have a question for Dr. Francœur. It has to do with *Committee Opinion No. 419: Coercion Free Contraceptive Care*, which I thought was a very good document. We heard from a witness, Nicole Rabbit, who is a survivor of forced sterilization, and she mentioned how systemic racism is still widely apparent in the health facilities in her own community.

How effective do you think the guidelines have been in improving the care that Indigenous women receive? Have they been effective? How has systemic racism persisted in the fields of gynecology and obstetrics?

[*Translation*]

**Dr. Francœur:** Unfortunately, I think this process will continue and be supported.

As you know, I am from Quebec where I had the privilege of caring for Ms. Echequan. She had been admitted in my department. That is not where she died, but we were traumatized. She was with us for a month; we knew her. Staff were shocked by what had happened because that is not how things were at my hospital. I think that as long as there are women who do not feel respected, heard and listened to... When I was the department head at Sainte-Justine, it took 20 years for us to be able to let women take their placenta home. The placenta was considered a biomedical risk. We fought all that time, for 20 years, to let them

consentement non urgent et du consentement urgent. Le consentement urgent, clairement défini par l'Association canadienne de protection médicale, ou ACPM, implique que le médecin a le devoir de fournir immédiatement les soins nécessaires pour sauver la vie d'une personne. J'espère que cette information vous sera utile.

Je vous demande aussi de comprendre que nous devons, collectivement et en collaboration — non seulement en tant que praticiens, mais aussi en tant qu'organismes directeurs, organismes de réglementation et organismes chargés d'élaborer des lignes directrices —, nous assurer que tous les prestataires de soins de santé, dans tous les volets, comprennent en détail le consentement. Je crois que le travail que nous avons effectué ces deux dernières années, ou depuis plus longtemps, en Colombie-Britannique, où nous avons une déclaration commune avec le College of Physicians and Surgeons, a permis d'intégrer les exigences en matière de consentement dans ses lignes directrices, exigences et réglementation. Nous avons eu l'occasion de définir en collaboration ce qu'est le consentement, ce qu'il signifie et quelles en sont les exigences.

J'espère que cette collaboration ira plus loin au sein de l'organisme national, car nous voulons non seulement une pratique médicale axée sur les relations, mais aussi une collaboration relationnelle entre les prestataires.

**La sénatrice Boyer :** Merci.

J'ai une question pour la Dre Francœur. Elle porte sur le document *Committee Opinion No. 419: Coercion Free Contraceptive Care*, qui est, à mon avis, excellent. Nous avons entendu un témoin, Nicole Rabbit, qui est une survivante de la stérilisation forcée. Elle a mentionné que le racisme systémique est encore largement apparent dans les établissements de santé de sa propre communauté.

Selon vous, dans quelle mesure les directives ont-elles permis d'améliorer les soins prodigués aux femmes autochtones? Sont-elles efficaces? Comment le racisme systémique perdure-t-il dans les domaines de la gynécologie et de l'obstétrique?

[*Français*]

**Dre Francœur :** Je pense que, malheureusement, c'est un processus qui va continuer de s'établir et d'être soutenu.

Comme vous le savez, je viens du Québec et j'ai eu le privilège de soigner Mme Echaquan. Elle avait été hospitalisée dans mon département. Ce n'est pas là qu'elle est décédée, mais nous avons été traumatisés. Elle a passé un mois chez nous; on la connaissait. Le personnel n'en revenait pas de ce qui était arrivé, parce que ce n'est pas comme cela que les choses se passaient dans mon hôpital. Je pense que tant qu'il y aura des femmes qui ne se sentent pas respectées, entendues et écoutées... Quand j'étais chef de département à Sainte-Justine, cela a pris 20 ans avant qu'on soit capable de laisser les femmes partir avec leur

take it home, even though it was very important to them. It seems a bit ridiculous to us now, but I think each small victory has to be counted and shared so the practice is the same from one hospital to another. Unfortunately, we know that some hospitals are much more proactive when it comes to systemic racism.

Personally, I think the only way to stop it would be for all of us in this room — for everyone to stand up when we witness gestures or words that are humiliating to women, not only to our daughters, sisters and mothers, but also to people we don't know. That is how we will bring about change, but in the meantime we have to celebrate the small victories and try to achieve more.

[English]

**Senator Boyer:** Thank you.

**Senator Batters:** Thank you to all of you for being here with your very busy schedules. It's much appreciated.

My question is for Dr. Francœur. The Native Women's Association of Canada highlighted the importance of clarifying exactly what is required of a doctor when obtaining consent. They have made this recommendation aiming to ensure that patients are fully informed of the available options and the potential implications of the sterilization procedure to ensure a clear understanding and informed consent.

Given their proposal, what is your opinion on the clarity of the current provisions of Bill S-250 on consent? Do you think the text of the bill sufficiently details the obligations of doctors when they obtain consent for a sterilization procedure?

[Translation]

**Dr. Francœur:** I am a doctor, not a lawyer, so I will answer according to my expertise. It is not simply a question of having a consent form signed because we have to make sure the person has the capacity to consent. There are women who are illiterate, are afraid to say so, but we realize indirectly that they cannot read, but don't want to admit it because they are ashamed. It is our job to make sure that when we ask a question, we have to check to see what they understood and have them repeat what we said to make sure they understood.

placenta. Le placenta était considéré comme un risque biomédical. On s'est battu pendant toutes ces années, pendant 20 ans, avant de réussir à les laisser partir avec, même si c'était vraiment important pour elles. Maintenant, on trouve que c'est un peu ridicule, mais je pense que chaque petite victoire fait en sorte qu'on doit les accumuler et « contaminer » pour avoir une pratique qui sera la même d'un établissement à l'autre. Malheureusement, lorsqu'on parle de racisme systémique, on sait que certains établissements sont beaucoup plus proactifs.

Personnellement, je pense que la seule façon dont on pourra l'arrêter, c'est quand nous tous dans cette salle — quand tout le monde se lèvera debout quand on entendra des gestes et des paroles humiliantes qui ne sont pas respectueuses pour les femmes, pas seulement parce que ce sont nos filles, nos sœurs ou nos mères, mais avec des inconnues aussi. C'est comme ça qu'on réussira à changer les choses, mais en attendant, on doit célébrer toutes les petites victoires et essayer d'en accumuler d'autres.

[Traduction]

**La sénatrice Boyer :** Merci.

**La sénatrice Batters :** Je vous remercie toutes de votre présence malgré vos emplois du temps très chargés. Je vous en suis vraiment reconnaissante.

Ma question s'adresse à la Dre Francœur. L'Association des femmes autochtones du Canada a souligné l'importance de clarifier exactement ce qui est exigé d'un médecin lors de l'obtention d'un consentement. L'association a fait cette recommandation pour veiller à ce que les patients soient pleinement informés des options et des implications potentielles de la procédure de stérilisation, et ainsi garantir une bonne compréhension et un consentement éclairé.

Compte tenu de la proposition de l'association, que pensez-vous de la clarté des dispositions actuelles du projet de loi S-250 sur le consentement? Croyez-vous que le texte du projet de loi détaille suffisamment les obligations des médecins lorsqu'ils obtiennent le consentement à une procédure de stérilisation?

[Français]

**Dre Francœur :** Je suis médecin, pas juriste. Je vais vous répondre dans mon champ d'activité. Il ne s'agit pas seulement de faire signer un consentement parce qu'il faut s'assurer que la personne a la capacité de consentir. Il y a des femmes qui sont illettrées, qui sont gênées de le dire et de façon détournée, on s'apercevra qu'elles ne savent pas lire, mais elles ne veulent pas le dire parce qu'elles ont honte. C'est notre travail à nous de nous assurer, lorsqu'on pose une question, de demander ce qu'elles ont compris et de leur faire répéter ce qu'on leur a expliqué pour être certains qu'elles ont compris.

For my part, I have a bias. My practice focused primarily on pediatric adolescent gynecology, so I saw a lot of young women with an intellectual deficiency for whom reproductive health required a lot of imagination and explanation. That is our role. It is not simply a question of explaining the procedure and saying that we are going to remove a small part, a medium-sized part or the entire fallopian tube.

Yes, all of those things are important. Over and above that, though, we have to check whether the person sitting in front of us needs assistance or someone to reassure her, because we know that when we provide information or a negative diagnosis, two people will sometimes understand two different things. First we have to make sure the woman is safe and then determine when questioning her whether she has experienced traumatic events in the past. We have to talk about those things; we have to make sure she is not making a choice because it is being imposed on her, whether the procedure was recommended to her by a health care professional or a family member. We have to make sure it is her choice and then we have to provide all the information, the details, the pros and cons of other methods. When we ask for a patient's consent for sterilization, we also talk about all the other methods of contraception because some have side effects that are extremely beneficial to a woman's health.

[English]

**Senator Batters:** My second question for you, doctor: What does your association think of the fact that there are two different offences in this bill, the one in subclause (2), which is a more general one about performing the sterilization procedure, and then subclause (7), which is about coerced sterilization? What is your association's position on that? Do you think that is the best way to have it, or is it better to do it as one offence section with it broke out that way? What is your association's position on it?

[Translation]

**Dr. Francœur:** As I said before, I think Senator Boyer talked about our Committee Opinion No. 419. It is completely clear, from the first sentence to the last, that we would never support the indefensible position of forcing a woman to be sterilized without her consent. That is not acceptable. That statement is clear and firm. Regardless of the circumstances, that must not happen. Is criminalization a good thing? I am not a lawyer. I will let you judge. What worries us, as I said, is that sometimes in an emergency, what we are afraid of... We can see the turn things are taking in the United States right now where, in case of doubt, the procedure is not done, or if there is a procedure that might result in sterilization, even if that was not the intention... That is why we are concerned that women will not receive proper care.

Personnellement, j'ai un biais; ma pratique était surtout en gynécologie pédiatrique adolescente, donc je voyais beaucoup de jeunes femmes qui ont une déficience intellectuelle et pour qui la santé reproductive demandait beaucoup d'imagination et d'explications. C'est notre rôle. Il ne s'agit pas seulement d'expliquer la procédure et de dire qu'on va enlever un petit bout, un moyen bout ou la trompe au complet.

Oui, toutes ces choses sont importantes. Cependant, au-delà de tout cela, c'est important de vérifier si la personne assise devant nous a besoin d'être accompagnée ou de quelqu'un qui va la rassurer, parce qu'on sait que lorsqu'on donne des informations ou un mauvais diagnostic, deux personnes vont parfois comprendre deux choses différentes. Il s'agit d'abord d'assurer la sécurité de la femme et de voir, lorsqu'on la questionne, s'il y a eu des événements traumatiques dans son passé. Il faut parler de ces choses; il faut s'assurer qu'elle ne fera pas le choix parce que quelqu'un le lui impose, que ce soit un professionnel de la santé qui l'a déjà recommandé pour cette procédure ou quelqu'un de sa famille. Il faut s'assurer que c'est son choix à elle et après, il faut donner toutes les informations, les détails, les avantages et les inconvénients des autres méthodes. Lorsqu'on demande à une patiente son consentement à une stérilisation, on discute de toutes les autres méthodes contraceptives aussi, parce que certaines ont des effets secondaires extrêmement bénéfiques pour la santé de la femme.

[Traduction]

**La sénatrice Batters :** Voici ma deuxième question pour vous, docteure. Que pense votre association du fait qu'il y a deux infractions différentes dans ce projet de loi : celle du paragraphe (2), qui est une infraction plus générale concernant l'exécution de l'acte de stérilisation, et celle du paragraphe (7), qui concerne la stérilisation forcée? Quelle est la position de votre association à ce sujet? Pensez-vous que c'est la meilleure façon de procéder, ou est-il préférable d'avoir un seul article sur l'infraction et de le diviser de cette façon? Quelle est la position de votre association?

[Français]

**Dre Francœur :** Comme je l'ai dit précédemment, je pense que la sénatrice Boyer a parlé de notre Opinion de comité n° 419. C'est tout à fait clair, de la première phrase à la dernière, que nous ne soutiendrons jamais l'indéfendable position qui est de forcer une femme qui doit subir une stérilisation sans son consentement. Ce n'est pas acceptable. Pour nous, cette intention est claire et ferme. Peu importe les circonstances, cela ne doit pas arriver. Est-ce que la criminalisation est une bonne chose? Je ne suis pas juriste. Je vous laisse en juger. Ce qui nous inquiète, c'est que parfois, comme je le disais, dans une situation d'urgence, ce qu'on craint... On voit la dérive qui s'installe aux États-Unis actuellement où dans le doute, on ne le fait pas, ou par exemple, lorsqu'il y a une procédure qui pourrait être

**Senator Dalphond:** Many thanks to our witnesses. It has been very interesting.

My question is for you, Dr. Francœur. I understand you are quite afraid that the bill could paradoxically result in women in an emergency not receiving appropriate treatment. I understand that. On the other hand, that leads you to say that you do not support criminalization. Perhaps we can better define it to assuage some of your concerns.

At the same time, I am also very concerned that forced sterilization is a serious violation of personal integrity. It is still happening to this day. Would including a section in the Criminal Code not send a stronger message or bolster the messages being sent by faculties of medicine, associations, colleges and so forth? Parliament would be saying, "Just a second, you will be going to jail if you do that."

**Dr. Francœur:** Once again, I am a doctor, not a lawyer...

**Senator Dalphond:** One mustn't underestimate the impact of legislation on behaviour.

**Dr. Francœur:** I completely agree with you that those practices should have completely disappeared since at least 1986, because we do not have the right to sterilize someone without their consent; it is illegal. I have been practising medicine for 30 years; even during my training, which was an additional 10 years, I never saw that, but I know it happens because women have told me about it. I believed those women because it is true.

How can we make sure that this never happens again, from one province to another, one hospital to another or one gynecologist to another? That is for you to judge. In our opinion, it has to stop, it should not be done any more.

I think medical colleges, at least the one in Quebec, are definitely planning to do something because recommendations will be coming out soon that will be much more aggressive towards those doctors, be they men or women, who commit those horrors. You know, colleges have the power to revoke a medical licence. If a doctor sterilizes women without their consent, they should no longer be allowed to practice. The college has those power. Would criminalization be the best approach? That is for you to decide, but clearly we would never defend doctors who perform sterilization without consent.

stérilisante, même si cela n'était pas l'intention... C'est là où l'on ressent une certaine inquiétude selon laquelle les femmes ne seront pas prises en charge adéquatement.

**Le sénateur Dalphond :** Merci beaucoup à nos témoins. Tout cela est très intéressant.

Ma question s'adresse à vous, docteur Francœur. Je comprends que vous avez une inquiétude qui semble grande, selon laquelle l'effet du projet de loi pourrait être d'exposer, par un effet pervers, des femmes qui sont en situation d'urgence à ne pas recevoir un traitement approprié. Je le comprends. D'un autre côté, cela vous incite à dire : « On ne favorise pas la criminalisation. » On peut peut-être mieux la définir pour limiter certaines de vos inquiétudes.

D'un autre côté, ce qui me préoccupe beaucoup également, c'est que la stérilisation forcée est une grave atteinte à l'intégrité d'une personne. Cela se fait encore aujourd'hui. Est-ce que le fait d'inclure un article dans le Code criminel n'enverrait pas un message plus puissant ou renforcerait les messages que l'on envoie dans les facultés de médecine, les associations, les collèges, et cetera? Le Parlement dirait : « Un instant, vous irez en prison si vous faites telle chose. »

**Dre Francœur :** Encore une fois, je ne suis pas juriste, je suis médecin...

**Le sénateur Dalphond :** Il ne faut pas sous-estimer l'impact de la loi sur les comportements.

**Dre Francœur :** Je suis vraiment d'accord avec vous pour dire que ces pratiques devraient être complètement disparues au moins depuis 1986, parce qu'on n'a pas le droit de stériliser quelqu'un sans son consentement; c'est illégal. Je pratique la médecine depuis 30 ans; même dans ma formation, avec 10 ans de plus, je n'ai jamais vu cela, mais je sais que ces choses-là existent, parce que les femmes me les ont racontées. Je les ai crues, ces femmes, parce que c'est vrai.

Comment peut-on faire s'assurer que, d'une province à l'autre, d'un hôpital à l'autre, d'un gynécologue à l'autre, ces choses ne se produisent plus? À vous de juger. Pour nous, cela doit cesser, cela ne doit plus se pratiquer.

Je pense que les collèges des médecins, du moins celui du Québec, ont la ferme intention de faire quelque chose, parce qu'il y a des recommandations qui sortiront bientôt et qui seront beaucoup plus agressives envers ces médecins, hommes ou femmes, qui font de pareilles horreurs. Vous savez, les collèges ont le pouvoir de retirer le permis de pratique du médecin. Si un médecin stérilise des femmes sans leur consentement, il ne devrait plus pouvoir pratiquer. Le collège a ces pouvoirs. La criminalisation sera-t-elle la meilleure avenue? C'est à vous de décider, mais il est clair que nous ne défendrons jamais des médecins qui font des stérilisations sans consentement.



**Senator Dalphond:** In the field of obstetrics, do you know of any obstetricians who are facing disciplinary measures for that reason?

**Dr. Francœur:** For sterilization? No, not at all. Perhaps I live in a dream world in my hospital, a tertiary care centre where we try to follow the recommendations. The way to nurture the students of tomorrow is to set an example. I didn't start my practice yesterday. However, our major concern — and at Sainte-Justine, we were at the end of Roxham Road — was the large number of immigrants coming in. The consent issue is a nightmare for us, when we must ask a child to translate because the woman speaks Turkish and we don't have any interpreters. When we have something urgent to do, when in doubt, we do the minimum.

Dr. Cook and I are working closely with the United States Centers for Disease Control to reduce maternal mortality. This is a significant issue. Women are dying from ectopic pregnancies. We must operate on them. Unfortunately, we must remove the fallopian tube. This was discussed at the last meeting. Even though everyone says that no one does this anymore, the criminalization issue — and we see it especially in central United States — has changed the treatment provided.

[English]

**Senator Prosper:** Thank you to the witnesses for your excellent testimony on a matter that is quite complex, given the nature of the testimony.

My question tries to get at the subject matter of informed consent. What I've heard from some of the testimony indicates that there is a distinction between emergent and non-emergent care, and there are certain considerations within that.

There are also unique features that I believe were mentioned with respect to barriers to consent, and they could be geographical, financial, cultural or linguistic.

What I'm curious about is that since informed consent is one of the central matters at hand here, is it more of a process consideration that one should take into account when we're talking about informed consent? Or is it something that is best suited to a particular time or place, in which you get that informed consent? What are the best practices we have here in this regard?

[Translation]

**Dr. Francœur:** The best practice when making a decision about surgery, as I was saying earlier, involves ensuring that the patient is always accompanied — if she refuses, that's her choice — so that she feels comfortable and understands

**Le sénateur Dalphond :** Dans le monde de la médecine obstétrique, connaissez-vous des obstétriciens ou des obstétriciennes qui ont fait l'objet de procédures disciplinaires pour avoir fait cela?

**Dre Francœur :** Pour la stérilisation? Non, pas du tout. Je vis peut-être dans un monde de licornes dans mon hôpital, un centre tertiaire où on essaie d'être à la hauteur des recommandations. C'est ainsi qu'on développe les étudiants de demain : en donnant l'exemple. Je n'ai pas commencé ma pratique hier, mais ce qui nous inquiète beaucoup — et à Sainte-Justine, nous étions au bout du chemin Roxham —, c'est que nous avons reçu beaucoup d'immigrants et l'histoire du consentement, c'est un cauchemar pour nous, quand on doit demander à un enfant de traduire parce que la dame parle le turc et qu'on n'a pas d'interprètes. Quand on a quelque chose d'urgent à faire, dans le doute, on va faire le minimum.

La Dre Cook et moi travaillons de très près avec les Centers for Disease Control des États-Unis pour diminuer la mortalité maternelle. C'est l'un des sujets importants : les femmes meurent de grossesse ectopique. On doit les opérer et malheureusement, on doit enlever la trompe. Cela a été l'objet de discussions lors de la dernière rencontre. Même si tout le monde dit que personne ne fait plus cela, le fait que la criminalisation existe — et on le voit surtout dans le centre des États-Unis — a changé la façon dont on traite les gens.

[Traduction]

**Le sénateur Prosper :** Je remercie les témoins de leurs excellents témoignages sur un sujet assez complexe, si on se fie à la nature des témoignages.

Je cherche à mieux comprendre le consentement éclairé. Dans certains témoignages, les témoins ont fait une distinction entre les soins urgents et non urgents, et ont énoncé certaines considérations à prendre en compte.

Je crois qu'on a également mentionné des obstacles uniques entourant le consentement, qui peuvent être d'ordre géographique, financier, culturel ou linguistique.

Ce qui m'intrigue, c'est que, puisque le consentement éclairé est l'une des questions centrales dans cet enjeu, faut-il voir le consentement éclairé comme un processus? Ou vaudrait-il mieux qu'on obtienne ce consentement éclairé à un moment ou à un endroit particulier? Quelles sont les pratiques exemplaires en la matière?

[Français]

**Dre Francœur :** La meilleure pratique lorsqu'on prend une décision de chirurgie, comme je le disais tout à l'heure, c'est de s'assurer que la patiente soit toujours accompagnée — si elle refuse, c'est son choix —, afin qu'elle soit à l'aise et qu'elle

everything. The person accompanying her — someone whom she trusts — must also have the chance to ask the necessary questions and make sure that she understands the answers, and so on.

I think that ideally we should use language that matches the literacy level of the person before us. When speaking to an obstetric nurse, we won't explain things in the same way as we might to someone who has no idea how the reproductive system works.

That said, consent must be provided. We must take the time to think and to take in all the questions. We must also take the time to meet again for an appointment and make sure that the person is completely comfortable with the information provided.

During the pandemic, we sometimes picked up bad habits thinking that we were helping people. In my opinion, these habits are horrible. For example, discussing surgical consent over the telephone isn't a good practice.

**The Chair:** Thank you, Dr. Francœur.

[*English*]

**Dr. Malhotra:** I appreciate this conversation. We're sharing best practices of consent wherein by the textbook this is what the most appropriate consent would be, but I have to highlight that in British Columbia, in plain sight, it was very clearly shown that anti-Indigenous racism is ongoing and current, and that is a time when consent does not occur freely, appropriately or in an informed fashion. The power dynamic between the health care system and the patient will then be completely breached. Also, in a case where racism is an ongoing concern within our health care system, we know that cultural humility is not being practised. Someone is not reflecting on their biases or the biases in the system, and the system hasn't been challenged with regard to how consent is obtained or care is provided.

I want to point out that anti-Indigenous racism is the root of this problem as well as racism toward other Black, Indigenous, and Person of Colour, or BIPOC, populations. This is not a conversation that is necessarily related solely to best practice. That is what should exist and what we have embedded in all of the work we have done with the regulatory body in British Columbia, as well as in the products and reports that we have released. However, we are not at the stage yet where we can say that this is occurring without racism in our system.

**Senator Simons:** My questions are for Dr. Francœur and Dr. Cook, I think.

comprene tout. Il faut également que la personne qui l'accompagne, qui est une personne en qui elle a confiance, puisse poser les questions nécessaires et qu'elle ait bien compris les réponses, etc.

Je pense que le contexte idéal, c'est d'avoir un langage approprié sur le plan de la littératie de la personne qui est devant nous. Si on s'adresse à une infirmière en obstétrique, on ne va pas expliquer les choses de la même façon qu'on pourrait le faire avec quelqu'un qui n'a aucune idée de la manière dont fonctionne l'appareil reproductif.

Cela dit, le consentement doit être posé. On doit prendre le temps de réfléchir et de recevoir toutes les questions. On doit prendre le temps aussi de se revoir pour un rendez-vous et de s'assurer que la personne est totalement à l'aise avec les informations qu'on lui a données.

Durant la pandémie, on a parfois pris de mauvaises habitudes en croyant aider les gens — qui sont, à mon avis, des horreurs. Par exemple, discuter d'un consentement opératoire au téléphone, ce n'est pas une bonne pratique.

**La présidente :** Merci, docteure Francœur.

[*Traduction*]

**Dre Malhotra :** Je suis ravie d'avoir cette conversation. Nous partageons les pratiques exemplaires en matière de consentement, selon les règles de l'art pour le consentement le plus approprié. Je dois toutefois souligner qu'en Colombie-Britannique, au vu et au su de tous, il a été très clairement démontré que le racisme contre les Autochtones se poursuit à l'heure actuelle. Le consentement n'est donc pas donné librement, de manière appropriée ou en connaissance de cause. La dynamique de pouvoir entre le système de santé et le patient est alors complètement rompue. De plus, lorsque le racisme est une préoccupation constante dans notre système de soins de santé, nous savons que l'humilité culturelle n'est pas pratiquée. Les prestataires ne réfléchissent pas à leurs préjugés ou aux préjugés ancrés dans le système, et le système n'est pas remis en question en ce qui concerne la manière dont le consentement est obtenu ou dont les soins sont fournis.

Je tiens à souligner que le racisme à l'encontre des Autochtones est à l'origine de ce problème, de même que le racisme à l'égard d'autres personnes autochtones, noires et de couleur, ou PANDC. La conversation ne porte pas uniquement sur les pratiques exemplaires. C'est la réalité qui devrait exister et c'est ce que nous avons intégré dans tout notre travail avec l'organisme de réglementation de la Colombie-Britannique, ainsi que dans les produits et les rapports que nous avons publiés. Toutefois, nous n'en sommes pas encore au stade où nous pouvons dire que notre système est exempt de racisme.

**La sénatrice Simons :** Je crois que mes questions s'adressent à la Dre Francœur et à Mme Cook.

The bill would seem — at least according to one reading of it — to make it a crime to perform sexual sterilization on a minor. Can you give us some examples of times when it might be necessary, whether dealing with endometriosis or a rare cancer in a young patient, whether it's a hysterectomy, an orchiectomy, or — although gynecologists don't usually deal with it — a testicular torsion or cancer? Would there be times when good medical practice would be to perform a medical sterilization on a minor?

[*Translation*]

**Dr. Francœur:** I can answer you. I'm a pediatric gynecologist.

It's rare, but there can be defects. Usually, these children are born with multiple defects, either genital or bladder defects. The uterus and intestines are in one orifice and reconstruction is required. Unfortunately, the uterus will be partially removed or the fallopian tubes, because of bleeding and so on. However, this is quite rare.

Obviously, this type of major surgery will be carried out in cases of cancer, for example, where unfortunately the parents will have the power to decide, depending on the child's age — the youngest baby that I have seen with vaginal cancer was three months old. Unfortunately, incomprehensible things sometimes happen and we must provide treatment.

I'm more concerned about the impact in terms of the consent provided now, for example when a child or a young woman undergoes chemotherapy or radiotherapy. Sometimes, she'll realize 10 years later that she's infertile. When the patient consents, we'll discuss the risks with her or her parents. However, we can't know for sure whether infertility will occur. These are unusual cases, but they can happen.

[*English*]

**Senator Simons:** As I read the bill, a parent couldn't give consent. Let me ask you this question: If I'm a gynecologist and I run the risk of a patient laying a criminal charge against me because I thought that the patient had consented and they say afterwards, "No I felt coerced — not even necessarily by the doctor — but by somebody else," do you think it is going to become harder for women who legitimately wish to receive these treatments — whether it be a tubal ligation or a hysterectomy — to get the treatment that they need if doctors are afraid that they could run the risk of criminal prosecution?

Le projet de loi semble — du moins selon une interprétation qu'on peut en faire — ériger en infraction la stérilisation sexuelle d'un mineur. Pouvez-vous nous donner des exemples de cas où l'intervention pourrait être nécessaire, qu'il s'agisse d'endométriose ou d'un cancer rare chez une jeune patiente, d'une hystérectomie, d'une orchidectomie ou — bien que les gynécologues ne traitent généralement pas ces problèmes de santé — d'une torsion ou d'un cancer du testicule? Y a-t-il des cas où la bonne pratique médicale consisterait à pratiquer une stérilisation médicale sur un mineur?

[*Français*]

**Dre Francœur :** Je peux vous répondre, car je suis gynécologue pédiatrique.

C'est très rare, mais il peut y avoir des anomalies. Habituellement, ce sont des enfants qui sont nés avec des anomalies multiples, soit des anomalies aux organes génitaux ou à la vessie; l'utérus et les intestins se trouvent dans un seul orifice et il faut faire une reconstruction. Malheureusement, l'utérus sera partiellement enlevé ou alors les trompes, parce qu'il y a eu des saignements et tout cela, mais c'est vraiment très rare.

Évidemment, une chirurgie aussi importante se fera dans des cas de cancer, par exemple, où ce sont malheureusement les parents qui auront l'autorité de décider, selon l'âge de l'enfant — le plus jeune bébé que j'ai vu avec un cancer du vagin avait trois mois. Malheureusement, il y a des choses incompréhensibles qui arrivent parfois et que l'on doit soigner.

Je m'inquiète davantage de l'impact quand on parle de consentement qu'on donne maintenant, par exemple lorsqu'on fait des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie à un enfant ou à une jeune femme; c'est parfois 10 ans plus tard qu'elle se rendra compte qu'elle est infertile. Au moment du consentement, on va discuter des risques avec elle ou avec les parents, mais c'est impossible de savoir et d'être sûr à 100 % s'il y aura infertilité ou non. Ce sont quand même des cas inhabituels, mais qui peuvent se produire.

[*Traduction*]

**La sénatrice Simons :** Selon ma compréhension du projet de loi, un parent ne peut pas donner son consentement. Permettez-moi de vous poser la question suivante. Disons que je suis gynécologue et que je cours le risque qu'une patiente porte plainte contre moi parce que je pensais qu'elle avait donné son consentement alors qu'elle dit ultérieurement : « Non, je me suis sentie contrainte — même pas nécessairement par le médecin — mais par quelqu'un d'autre. » Pensez-vous qu'il sera plus difficile pour les femmes qui ont besoin de ces traitements et qui souhaitent réellement les recevoir — par exemple, une ligature des trompes ou une hystérectomie — de les obtenir si les médecins ont peur d'être poursuivis au pénal?

[Translation]

**Dr. Francœur:** That's our biggest concern, especially, unfortunately, when we look at the situation in the United States. That's the reality over there. When we speak with our colleagues, they tell us that they no longer do this and that they no longer run the risk.

This year, at their big resident training conference, all the simulation classes involved learning how to do a curettage, a key procedure in a gynecologist's training. However, they no longer learn this procedure because of the criminalization of abortion. So, yes, the risk is there.

In terms of consent, that's also why we strongly encourage the whole debriefing process.

[English]

**Senator Klyne:** My first question is for Dr. Francœur. Do you foresee any challenges that doctors may encounter in adopting and implementing the objectives of this bill in their practice?

[Translation]

**Dr. Francœur:** I think that yes, criminalization will affect doctors.

I would say that the vast majority of gynecologists have exemplary practices when it comes to consent, sterilization and so on. However, if just one continues to do this, it's already one too many. It must stop, as you said. We fully agree with that.

How will criminalization extend beyond what the Supreme Court clearly established in 1986? I think that the powers are there. The colleges of physicians have all the rights. They do expulsions. Every year, doctors lose their licenses permanently. I think that the powers are there. Will it be more significant? I don't know. However, we're concerned that the criminalization aspect may affect women's reproductive rights, as we're seeing in the United States. We usually have a fairly similar practice.

[English]

**Senator Klyne:** Thank you.

I have a question for Dr. Cook.

Besides this legislation, are there any initiatives or measures in place within the medical profession in Canada that could be used to address the unique struggles of Indigenous women and girls with regard to forced sterilization?

[Français]

**Dre Francœur :** C'est la chose qui nous inquiète le plus, surtout, malheureusement, lorsqu'on regarde l'expérience des États-Unis; c'est ce qui se passe là-bas. Lorsqu'on parle avec nos collègues, ils nous mentionnent qu'ils ne font plus cela, qu'ils ne courent plus le risque.

Cette année, à leur gros congrès de formation pour les résidents, tous les cours de simulation servaient à apprendre à faire un curetage, qui est une procédure essentielle dans la formation d'un gynécologue, mais qu'ils n'apprennent plus à cause de la criminalisation de l'avortement. Donc, oui, le risque est présent.

Par rapport au consentement, c'est aussi pour cela qu'on encourage beaucoup toute la démarche de débriefage.

[Traduction]

**Le sénateur Klyne :** Ma première question s'adresse à la Dre Francœur. Entrevoyez-vous des difficultés que les médecins pourraient rencontrer pour adopter et mettre en œuvre les objectifs de ce projet de loi dans leur pratique?

[Français]

**Dre Francœur :** Lorsqu'on parle de criminalisation, je pense que oui, cela aura un impact sur les médecins.

Je vous dirais que la très grande majorité des gynécologues aura une pratique exemplaire par rapport au consentement, à la stérilisation, etc. Cependant, s'il y en a juste un qui continue de le faire, c'est déjà un de trop; il faut que cela cesse, vous l'avez dit, et on est 100 % d'accord avec cela.

Alors, comment la criminalisation ira-t-elle plus loin que ce que la Cour suprême a clairement établi en 1986? Je pense que les pouvoirs sont là. Les collèges des médecins ont tous les droits. Ils font des radiations. Chaque année, il y a des médecins qui perdent leur permis de façon permanente. Je pense que les pouvoirs existent. Est-ce que ce sera plus important? Je ne sais pas. Cependant, nous sommes inquiets du fait que le volet criminalisation peut avoir un impact sur les droits reproductifs des femmes, comme on le voit aux États-Unis, puisque d'habitude, on a une pratique assez semblable.

[Traduction]

**Le sénateur Klyne :** Merci.

J'ai une question pour Mme Cook.

Outre cette législation, existe-t-il des initiatives ou des mesures en place au sein de la profession médicale au Canada qui pourraient amoindrir les luttes uniques des femmes et des filles autochtones face à la stérilisation forcée?

**Ms. Cook:** Thank you. Full disclosure, I'm not a physician; I'm a scientist. At the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, or SOGC, I do all of the work related to evidence-based guidance and practice.

What we've been working on for a really long time in our organization — and we do work in conjunction with Dr. Malhotra and other partners around training health care providers, not just obstetricians and gynecologists, but we're working in the fields of trauma-informed care right now. We are working in perinatal mental health, in different types of communities, with the African, Caribbean and Black, or ACB, communities, with the gender-diverse communities and with Indigenous partners related to Indigenous health, trying to help both health care providers and the public and patients have what they need in terms of information in the way that they need it along with the tools and resources to be able to have that collaboration. Again, I'm not a health care provider, but for collaboration, if everybody knows the same things and is using the same vocabulary, it's theoretically, in evidence, helping to reach that common place of understanding.

What we're doing — and we talked about the guideline — we are talking on trauma-informed care guidelines. Also, we are releasing a website — and everybody is invited to our launch on March 27 — looking at endometriosis, abortion and trauma-informed care with special resources that have been created by communities for the subpopulations, and we're developing that criteria into everything that we do.

When we do online courses, when we do clinical practice guidelines, when we do any kind of position statements, not just thinking about — no offence — downtown Toronto, but thinking about other populations and some of those more specific and personalized needs that are around communication and respect.

**Senator Clement:** Ms. Dion Fletcher, you and your colleague spoke of culturally rooted care and going beyond this bill. What does that look like? It's urgent, and so the Indigenous-led tools you referred to, if you could add to that and talk about that.

Dr. Malhotra, you spoke often about cultural humility. Those are interesting terms. Could you explain what that would look like? How do we get medical health care practitioners — because this is urgent — how do we get them to start to

**Mme Cook :** Je vous remercie. Je précise que je ne suis pas médecin, mais scientifique. À la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, ou SOGC, je m'occupe de tout le travail entourant l'orientation et la pratique fondées sur des données probantes.

Dans notre organisation, nous nous penchons depuis très longtemps sur les soins tenant compte des traumatismes. Nous collaborons aussi avec la Dre Malhotra et d'autres partenaires sur la formation des prestataires de soins de santé, pas seulement des obstétriciens et des gynécologues. Nous travaillons dans le domaine de la santé mentale périnatale, avec différentes communautés — les communautés africaines, caribéennes et noires; les communautés diversifiées sur le plan du genre; et avec des partenaires autochtones dans le domaine de la santé autochtone. Nous essayons d'aider les prestataires de soins de santé, le public et les patients à obtenir les informations dont ils ont besoin, de la manière dont ils en ont besoin, ainsi que les outils et les ressources qui leur permettront de collaborer. Encore une fois, je ne suis pas une prestataire de soins de santé, mais il est prouvé que pour la collaboration, si tout le monde sait la même chose et utilise le même vocabulaire, il devient, en principe, plus facile de se comprendre.

Ce que nous faisons — et nous avons parlé de la ligne directrice — est de discuter des lignes directrices sur les soins tenant compte des traumatismes. Nous lançons également un site Web — et tout le monde est invité à notre lancement le 27 mars — qui traite de l'endométriose, de l'avortement et des soins tenant compte des traumatismes. Le site Web offrira des ressources personnalisées créées par les communautés pour les sous-populations. Nous intégrons ces critères dans tout ce que nous faisons.

Lorsque nous organisons des cours en ligne, lorsque nous élaborons des lignes directrices pour la pratique clinique, lorsque nous rédigeons des prises de position, nous ne devons pas seulement penser — sans vouloir manquer de respect à quiconque — au centre-ville de Toronto, mais aussi à d'autres populations et à certains de leurs besoins plus particuliers et personnalisés en matière de communication et de respect.

**La sénatrice Clement :** Madame Dion Fletcher, vous et votre collègue avez parlé de soins ancrés dans la culture et du besoin de ne pas nous limiter à ce projet de loi. Qu'entendez-vous par là? C'est urgent, alors je vous demanderais de nous en dire davantage sur les outils contrôlés par des Autochtones dont vous avez parlé.

Docteure Malhotra, vous avez souvent parlé d'humilité culturelle. Ce sont des termes intéressants. Pourriez-vous nous expliquer quelle forme elle pourrait prendre? Comment faire en sorte que les professionnels de la santé — parce que la question

recognize their biases and not just, sort of, say that it's urgent and that we have to stop it? What do we do to be culturally humble?

**Ms. Dion Fletcher:** Thanks for the question.

I would like to point out that we are really talking here today about a colonial problem, and we're talking about a colonial solution to this colonial problem. We also have to think about this from an Indigenous perspective and what an Indigenous response would be, and this would be rooted in relationships and focused on prevention.

One of the key ways that we can do this is through Indigenous health care providers, Indigenous midwives, Indigenous doctors, nurses and patient navigators who are there to promote the autonomy and self-determination of Indigenous people and promote consent. Particularly, when speaking about Indigenous midwives, talking about this from an early age and how that can impact the entire life cycle.

We've heard from a lot of non-Indigenous people about the way that anti-Indigenous racism is seen in the health care setting. We've heard less from Indigenous people about what that looks like, but a key way we think about it happening is the very obvious things. It's great to have smudging policies. It's great to have a policy about placentas, but we have to deal with the paternalism against Indigenous people that we see from doctors in the health care system and doctors thinking that they know what is best for clients.

I understand that doctors and all health care providers have expert knowledge in health and medicine, and this is extremely important in health care, but we also have to recognize that Indigenous people and Indigenous women have expertise in their own bodies. When we continuously, as health care providers, say what we think is best for Indigenous people, we are taking away their ability to say what is best for them and to make decisions about themselves.

**Senator Clement:** Bam.

Dr. Malhotra?

**Dr. Malhotra:** Thank you. At the First Nations Health Authority, we support the bill, but we also support providers. We have created a consent guide for health care providers that details very clearly from the voices of many First Nations people what consent should look like. We have supported services at home and closer to home. We have supported the growth and integrity

est urgente — commencent à reconnaître leurs préjugés et ne se contentent pas, en quelque sorte, de dire que la question est urgente et qu'il faut y mettre un terme? Que faire pour devenir humbles sur le plan culturel?

**Mme Dion Fletcher :** Je vous remercie de la question.

Je tiens à souligner que nous parlons ici aujourd'hui d'un problème colonial, et d'une solution coloniale à ce problème colonial. Il faut aussi réfléchir à la question du point de vue autochtone et se demander quelle serait la réponse des Autochtones, et cela reposerait sur l'établissement de relations et sur la prévention.

Nous pouvons le faire notamment en ayant recours à des fournisseurs de soins de santé autochtones, des sages-femmes autochtones, des médecins, des infirmières et des intervenantes-pivots autochtones qui sont là pour promouvoir l'autonomie et l'autodétermination des peuples autochtones et promouvoir le consentement. Quand on parle en particulier des sages-femmes autochtones, il faudrait en parler dès le plus jeune âge et parler de l'incidence que cela peut avoir sur l'ensemble du cycle de vie.

Nous avons entendu beaucoup de non-Autochtones parler de la lutte contre le racisme dans le milieu de la santé, mais peu d'Autochtones se sont prononcés sur la question. Il y a toutefois des éléments évidents. C'est bien d'avoir des politiques sur la purification par la fumée. C'est bien d'avoir une politique sur le placenta, mais il faut se pencher sur le paternalisme des médecins à l'égard des Autochtones, et sur le fait qu'ils estiment être ceux qui savent ce qui est le mieux pour les patients.

Je comprends que les médecins et tous les fournisseurs de soins de santé ont des connaissances spécialisées en santé et en médecine, et c'est extrêmement important, mais il faut aussi être conscient que les Autochtones et les femmes autochtones ont des connaissances sur leur propre corps. En continuant de dire aux Autochtones — comme le font les fournisseurs de soins de santé — ce qu'on estime être le mieux pour eux, nous leur enlevons la capacité de dire ce qui est le mieux pour eux et de prendre leurs propres décisions.

**La sénatrice Clement :** Et vlan!

Docteure Malhotra, j'aimerais avoir votre avis.

**Dre Malhotra :** Je vous remercie. À l'Autorité sanitaire des Premières Nations, nous appuyons le projet de loi, mais aussi les fournisseurs. Nous avons créé un guide de consentement pour les fournisseurs de soins de santé qui explique très clairement, du point de vue des nombreuses Premières Nations consultées, ce à quoi devrait ressembler le consentement. Nous avons appuyé

of colleges and universities growing Indigenous health care provider roles, responsibilities and visibility within health care settings.

We have also worked, in bringing services closer to home, related to hearing stories from community and ensuring that that is the voice that — because at FNHA, we serve community. We want that voice to be the one that guides any work we do and any work we support, which is why I'm here today.

**Senator Cotter:** Thank you to the witnesses for their presentations. This is an extremely important, very specific question, but it has significant ripples, I would say, based on culture and indigeneity and racism.

I think all of us are supportive of the position that this practice needs to come to an end. One of the questions is whether or not the Criminal Code is the best way to do that or is a needed way to do that. I'm somewhat sympathetic to that. Then the question is whether this particular legislation is.

I want to ask a specific question, I think, primarily of you, Dr. Francœur. You said that you had never done a sterilization practice that was not consented to by one of your patients. Have you ever in circumstances of medical concern for a patient suggested that they should have a tubal ligation or that maybe they should have a hysterectomy, as a legitimate, needed medical treatment?

Just a simple yes or no. Have you ever suggested it?

[Translation]

**Dr. Francœur:** Yes, often.

[English]

**Senator Cotter:** So my question now for you is, if I understand this bill, if you suggest to the patient that they should have this sterilization treatment, consent is vitiated. That means there is no consent. Does that concern you?

[Translation]

**Dr. Francœur:** I think that your question skates around the issue. Sometimes, for example, if a woman has a sixth, seventh or eighth Caesarean, she'll be told that the bladder was taken out or that the intestines were glued together. She faces risks, but ultimately, it's up to her. We'll explain everything to her. In obstetrics, we have worked with Jehovah's Witnesses. We let them choose.

les services à domicile et les services de proximité. Nous avons appuyé les collèges et les universités pour qu'ils soutiennent la croissance et l'intégrité du rôle, des responsabilités et de la visibilité des fournisseurs de soins de santé autochtones dans le milieu de la santé.

Nous avons travaillé avec la communauté pour obtenir des services de proximité afin de nous assurer que sa voix est entendue, parce que l'Autorité sanitaire des Premières Nations sert la communauté. Nous voulons que ce soit cette voix qui guide notre travail, et c'est pourquoi je suis ici aujourd'hui.

**Le sénateur Cotter :** Je remercie les témoins de leurs exposés. C'est un enjeu extrêmement important, très précis, mais qui a des répercussions considérables, à mon avis, sur la culture, les Autochtones et le racisme.

Je pense que nous appuyons tous l'idée qu'il faut mettre fin à cette pratique. Ce qu'il faut notamment se demander, c'est si le Code criminel est la meilleure façon d'y parvenir ou la mesure à prendre pour le faire. J'y suis plutôt favorable. Il reste ensuite à savoir si c'est bien ce que fait le projet de loi.

J'ai une question précise qui s'adresse principalement à vous, docteur Francœur. Vous avez dit n'avoir jamais fait une stérilisation sans le consentement d'une patiente. Avez-vous déjà suggéré à une patiente, en raison de risques médicaux, d'avoir une ligature des trompes ou peut-être une hystérectomie, comme traitement médical nécessaire et légitime?

Vous pouvez répondre simplement par oui ou non. Avez-vous déjà suggéré cela?

[Français]

**Dre Francœur :** Oui, et c'est fréquent.

[Traduction]

**Le sénateur Cotter :** Ma question est donc la suivante : si je comprends bien ce projet de loi, si vous suggérez à la patiente d'avoir une stérilisation, le consentement est alors vicié. Autrement dit, il n'y a pas de consentement. Est-ce que cela vous préoccupe?

[Français]

**Dre Francœur :** Je crois que votre question tourne autour du pot, dans le sens où parfois, par exemple, si une femme subit une sixième, septième ou huitième césarienne, on va lui dire que la vessie était prise ou que les intestins étaient collés. Il y a des dangers pour elle, mais ultimement, c'est elle qui décide. On va tout lui expliquer. En obstétrique, on a cheminé avec les Témoins de Jéhovah. On les laisse choisir.

[English]

**Senator Cotter:** I get all that. But it seems to me the worry here — and it is a concern with, at least, this one provision of the bill — is that you are likely, as the doctor, to know of the medical concern that the patient has far better than the patient will know, so you are more likely to be the one that says, “A helpful and important treatment here might be X, which would lead to sterilization.” And the patient then says, “Yes, Doctor, proceed with that.”

But the way this bill is constructed is that if you suggest the sterilization treatment, the bill says that, by definition, there is no consent here.

[Translation]

**Dr. Francœur:** Again, it’s a matter of interpretation. I must inform the woman of the situation. I must warn her of the risks of a future pregnancy. That’s my ethical obligation. I can’t lie to her about it. I can’t let her run the risk of dying during her next pregnancy. Sometimes the uterus will be so thin that we know that she faces enormous risks of rupture. We can’t keep her in the hospital for the whole pregnancy.

Given this, we must tell women the truth. They will then make the best choice for themselves. However, I must tell them the truth. This isn’t the same as implying that we’ll tell them that it would really be better for them. The choice is theirs. The choices are there.

[English]

**The Chair:** Sorry, senators, we went a little bit over time. Thank you to the witnesses. This was very interesting. That’s why I wasn’t cutting people off. Thank you, Dr. Malhotra, for joining us by video. We will end the committee now. May I remind steering to stay back, please.

(The committee adjourned.)

[Traduction]

**Le sénateur Cotter :** Je comprends tout cela. Toutefois, il me semble que l’inquiétude ici — et c’est une préoccupation qui concerne, à tout le moins, cette disposition du projet de loi —, c’est le fait que vous êtes susceptible, en tant que médecin, de connaître les risques médicaux pour la patiente beaucoup mieux que la patiente, et d’être celle qui va dire que le traitement X est celui qui pourrait être le plus utile, et que cela mènera à une stérilisation. La patiente acquiescera ensuite et vous dira de procéder.

Cependant, selon le libellé du projet de loi, si vous suggérez la stérilisation, par définition, il n’y a pas alors consentement.

[Français]

**Dre Francœur :** Encore une fois, c’est une question d’interprétation. J’ai l’obligation de donner l’état de la situation à la femme. J’ai l’obligation de la prévenir des risques d’une prochaine grossesse. C’est mon obligation déontologique. Je ne peux pas lui mentir à ce sujet. Je ne peux pas lui permettre d’être à risque de mourir durant sa prochaine grossesse, parce que parfois l’utérus sera tellement mince qu’on sait que les risques de rupture sont énormes, et on ne peut pas la garder à l’hôpital durant toute la grossesse.

Face à cela, on doit dire la vérité aux femmes, et après, elles feront le meilleur choix pour elles. Par contre, j’ai l’obligation de leur dire la vérité. Ce n’est pas la même chose que d’insinuer qu’on leur dira que ce serait vraiment mieux pour elles. Le choix leur appartient. Les choix sont là.

[Traduction]

**La présidente :** Je suis désolée, chers collègues, mais nous avons dépassé un peu le temps. Je remercie les témoins. C’était très intéressant. C’est pourquoi je n’ai pas interrompu les gens. Docteur Malhotra, je vous remercie de vous être jointe à nous par vidéoconférence. Nous allons lever la séance. Je rappelle aux membres du comité directeur de rester, s’il vous plaît.

(La séance est levée.)