

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, April 25, 2022

The Standing Senate Committee on Human Rights met with videoconference this day at 5:04 p.m. [ET] to examine such issues as may arise from time to time relating to human rights generally.

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

[*English*]

The Deputy Chair: Honourable senators, I am Senator Wanda Thomas Bernard from Nova Scotia, deputy chair of this committee. I join you today from my home community of East Preston, which is in Mi'kma'ki, the ancestral and unceded territory of the Mi'kmaq people.

I would like to introduce the members of the committee who are participating in this hybrid meeting. In the room is Senator Audette from Quebec, and online, we have Senator Boyer, Ontario; Senator Gerba, Quebec; Senator Hartling, New Brunswick; Senator Omidvar, Ontario; and Senator Wells, Newfoundland and Labrador. Also, welcome to all who are viewing these proceedings across the country.

Today, we are continuing a study that began in 2019 on the forced and coerced sterilization of persons in Canada. The committee tabled an interim report on this topic in June 2021. We will continue this review with three meetings, and we will then table a final report.

I would now like to introduce our first panel of witnesses. From Indigenous Services Canada, we have Dr. Evan Adams, Deputy Chief Medical Officer of Public Health, and Aimie Hillier, Acting Director, Healthy Children, Youth and Families Division, First Nations and Inuit Health Branch. From the Public Health Agency of Canada, we have Tasha Stefanis, Associate Vice President.

Dr. Adams is a former Chief Medical Officer of the First Nations Health Authority, and Ms. Stefanis was, until recently, with Health Canada and worked on this issue.

I invite Dr. Adams to make his opening remarks. Afterward, we will have questions from senators for Dr. Adams, Ms. Hillier and Ms. Stefanis.

Dr. Evan Adams, Deputy Chief Medical Officer of Public Health, Indigenous Services Canada: Thank you very much. I am calling in today from my home territory of Tla'amin First Nation, which is about 150 kilometres from Vancouver.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 25 avril 2022

Le Comité sénatorial permanent des droits de la personne se réunit aujourd'hui, à 17 h 4 (HE), avec vidéoconférence, pour examiner les questions qui pourraient survenir concernant les droits de la personne en général.

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

[*Traduction*]

La vice-présidente : Honorables sénateurs, je suis la sénatrice Wanda Thomas Bernard de la Nouvelle-Écosse, et je suis vice-présidente du comité. Je me joins à vous aujourd'hui depuis ma collectivité, East Preston, qui se trouve dans le Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac.

J'aimerais maintenant présenter les membres du comité qui participent à cette réunion en format hybride. Dans la salle, nous avons la sénatrice Audette, du Québec, et en ligne, nous avons la sénatrice Boyer, de l'Ontario, la sénatrice Gerba, du Québec, la sénatrice Hartling, du Nouveau-Brunswick, la sénatrice Omidvar, de l'Ontario et le sénateur Wells, de Terre-Neuve-et-Labrador. De plus, j'aimerais souhaiter la bienvenue à tous ceux qui regardent les délibérations d'un bout à l'autre du pays.

Aujourd'hui, nous poursuivons une étude qui a commencé en 2019 sur la stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada. Notre comité a déposé un rapport provisoire sur cette question en juin 2021. Nous poursuivrons cette étude pendant trois réunions, et nous déposerons ensuite un rapport final.

J'aimerais maintenant présenter notre premier groupe de témoins. De Services aux Autochtones Canada, nous accueillons le Dr Evan Adams, médecin en chef adjoint de la santé publique et Aimie Hillier, directrice par intérim, Division des jeunes et des familles en bonne santé, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. De l'Agence de la santé publique du Canada, nous accueillons Tasha Stefanis, vice-présidente adjointe.

Le Dr Adams est un ancien médecin hygiéniste en chef de la Régie de la santé des Premières Nations, et Mme Stefanis était, jusqu'à récemment, avec Santé Canada et a travaillé sur cette question.

J'invite maintenant le Dr Adams à faire une déclaration préliminaire. Ensuite, les sénateurs poseront des questions au Dr Adams, à Mme Hillier et à Mme Stefanis.

Dr Evan Adams, médecin en chef adjoint de la santé publique, Services aux Autochtones Canada : Merci beaucoup. Je vous parle aujourd'hui de mon territoire d'origine, c'est-à-dire la Première Nation des Tla'amin, qui se trouve à environ 150 kilomètres de Vancouver.

We're all here because we are disturbed by ongoing reports of the forced and coerced sterilization of Indigenous women in Canada. Sterilization of women without their informed consent is a form of gender-based violence. It constitutes an assault and is a criminal offence. It is inconsistent with basic human rights and medical standards, and it is unacceptable that this could happen and continues to happen in Canada's health care system.

For Indigenous women in particular, forced and coerced sterilization is an act of sexism, racism and cultural genocide, rooted in colonization and paternalism, which disrupt continuity of care and future generations.

My remarks are rooted in my experience, and I am here as both the Deputy Chief Medical Officer of Public Health for Indigenous Services Canada and also as an Indigenous physician.

I clearly recall through medical school and residency being asked by obstetricians many times: "What are you going to do about Indigenous birth rates and teen pregnancies?" The judgment and sense of entitlement that I remember illustrate the arrogance, racism and sexism that can be so pervasive across a profession that is in such a position of power over women. In my first five years working in Aboriginal family practice, I was often in Vancouver's Downtown Eastside, where there are many Indigenous people. In that area, an entire industry has developed, with some men highly invested in the exploitation, subjugation and degradation of women, many of them Indigenous women and many of them challenged by mental health and/or substance misuse issues.

The issue of forced and coerced sterilization, in many ways, links those two experiences. Violence is normalized, as are paternalistic and racist approaches to clinical care for women.

All Indigenous women must receive culturally safe health services, no matter where they live or who provides services to them. Both the TRC Calls to Action and the Calls for Justice from the National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls call upon us all to ensure Indigenous women receive culturally safe services, including health care.

In May 2019, my colleague Dr. Tom Wong spoke to you and referenced the British Columbia First Nations Health Authority's declaration on cultural safety and humility. I am pleased that Dr. Malhotra from the First Nations Health Authority is here to speak to you as well. Cultural safety and humility differ from

Nous sommes tous ici parce que nous sommes troublés par les signalements persistants de cas de stérilisation forcée et contrainte de femmes autochtones au Canada. La stérilisation des femmes sans leur consentement éclairé est une forme de violence sexospécifique. Elle constitue une agression et une infraction pénale. Elle est incompatible avec les droits fondamentaux de la personne et les normes médicales, et il est inacceptable que cela puisse se produire et continue de se produire dans le système de santé canadien.

Pour les femmes autochtones en particulier, la stérilisation forcée et contrainte est un acte de sexisme, de racisme et de génocide culturel ancré dans la colonisation et le paternalisme, ce qui perturbe la continuité des soins et les générations futures.

Ma déclaration se fonde sur mon expérience, et je suis ici à la fois à titre de médecin en chef adjoint de la santé publique pour Services aux Autochtones Canada et à titre de médecin autochtone.

Je me souviens très bien que pendant mes études de médecine et ma résidence, des obstétriciens m'ont demandé à de nombreuses reprises ce que je comptais faire au sujet des taux de naissance et de grossesse chez les adolescentes chez les Autochtones. Le jugement et l'impression que tout leur est dû illustrent l'arrogance, le racisme et le sexisme qui peuvent être aussi répandus dans une profession dont les membres ont un tel pouvoir sur les femmes. Au cours de mes cinq premières années de travail dans le domaine de la médecine familiale autochtone, je suis souvent allé dans le quartier centre-est de Vancouver, où vivent de nombreux Autochtones. Dans ce quartier, il s'est développé toute une industrie dans laquelle des hommes sont fortement engagés dans l'exploitation, l'asservissement et la dégradation des femmes. Il s'agit en grande partie de femmes autochtones qui souffrent de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.

À bien des égards, la question de la stérilisation forcée et contrainte établit un lien entre ces deux expériences. En effet, la violence est normalisée, tout comme les approches paternaliste et raciste dans les soins cliniques à l'intention des femmes.

Toutes les femmes autochtones doivent pouvoir recevoir des services de santé respectueux des valeurs culturelles, quel que soit l'endroit où elles vivent et le fournisseur de ces services. Les appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation et les appels à la justice formulés dans le cadre de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées nous invitent tous à veiller à ce que les femmes autochtones reçoivent des services respectueux des valeurs culturelles, y compris les soins de santé.

En mai 2019, mon collègue, le Dr Tom Wong, s'est adressé à vous et a fait référence à la déclaration sur la sécurité et l'humilité culturelle de l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Je suis heureux que la Dre Malhotra, de l'Autorité sanitaire des Premières Nations, soit

cultural competence as they are first and foremost about actual safety. This is principles-based, patient-centric care where health practitioners understand their role as supportive and are committed to providing safe environments. This is the model that Indigenous Services Canada hopes to see replicated across other jurisdictions in Canada.

Since Dr. Wong last appeared before you, and stemming from a recommendation made by the Inter-American Commission on Human Rights, Indigenous Services Canada provided funding to Indigenous women's organizations to develop information products on women's reproductive rights and to begin to understand the scope of forced and coerced sterilization.

Further, the Advisory Committee on Indigenous Women's Well-Being, established in 2019, in response to the issue of forced and coerced sterilization, provides the department with distinctions-based advice, guidance and direction on issues affecting the health and wellness of Inuit, Métis and First Nations women. The committee, led by Indigenous partners, has evolved to become an important avenue to mobilize Indigenous partners, federal departments and professional organizations to take collaborative actions on women's well-being. Culturally safe reproductive health care has been identified as the committee's champion priority.

Indigenous Services Canada is well aware of the need for collective action across governments and professions to address forced and coerced sterilization. Collaboration with Indigenous partners is paramount, and opportunities for the voices and lived experience of Indigenous women must continue to drive our response. To this end, the department's supported a 2020 national forum on informed choice and consent in First Nations, Inuit and Métis women's health services bringing together over 100 stakeholders from across Canada to examine current realities and future directions for informed choice and consent in Indigenous women's health services.

Themes arising from this forum echo in the Indigenous women's advisory committee priorities. They work towards addressing the following issues: promotion of Indigenous-led midwifery and Indigenous patient advocates, accountability, improved data collection, the role of child welfare, changes to the Criminal Code and mandatory anti-racism training for health care providers.

également ici pour vous parler. La sécurité et l'humilité culturelles diffèrent de la compétence culturelle, car elles concernent d'abord et avant tout les conséquences réelles pour la sécurité. Il s'agit en effet de soins fondés sur des principes et axés sur les patients, où les professionnels de la santé comprennent le rôle qu'ils jouent en matière de soutien et s'engagent à offrir un environnement sûr. Services aux Autochtones Canada espère que ce modèle sera reproduit dans d'autres provinces et territoires canadiens.

Depuis la dernière comparution du Dr Wong devant votre comité, et à la suite d'une recommandation de la Commission interaméricaine des droits de l'homme, Services aux Autochtones Canada a accordé des fonds à des organismes de femmes autochtones pour élaborer des produits d'information sur les droits génésiques des femmes et pour mieux comprendre la portée de la stérilisation forcée et contrainte.

De plus, le Comité consultatif sur le bien-être des femmes autochtones, créé en 2019, en réponse à la question de la stérilisation forcée et contrainte, fournit au ministère des conseils, des directives et des orientations fondées sur les distinctions en ce qui concerne les questions liées à la santé et au bien-être des femmes inuites, métisses et des Premières Nations. Ce comité, dirigé par des partenaires autochtones, a évolué pour devenir un moyen important de mobiliser les partenaires autochtones, les ministères fédéraux et les organismes professionnels à prendre des mesures concertées pour favoriser le bien-être des femmes. Le comité s'est fait le champion des soins de santé génésique respectueux des valeurs culturelles.

Les intervenants de Services aux Autochtones Canada sont bien conscients de la nécessité de mettre en œuvre une action collective à l'échelle des gouvernements et des professions pour lutter contre la stérilisation forcée et contrainte. La collaboration avec les partenaires autochtones est essentielle, et les possibilités de faire entendre la voix et l'expérience vécue des femmes autochtones doivent continuer à orienter notre réponse. À cette fin, le ministère a appuyé un forum national en 2020 sur la liberté de choix et le consentement éclairé dans les services de santé pour les femmes inuites, métisses et des Premières Nations. Ce forum a réuni plus de 100 intervenants de tout le Canada pour examiner les réalités actuelles et les orientations futures en matière de choix et de consentement éclairés dans les services de santé pour les femmes autochtones.

Les thèmes soulevés dans le cadre de ce forum reflètent les priorités du Comité consultatif sur le bien-être des femmes autochtones. Ces thèmes visent à aborder des questions liées à la promotion de la profession de sage-femme dirigée par des Autochtones et des défenseurs des patients autochtones, à la responsabilisation, à l'amélioration de la collecte de données, au rôle des services de protection de l'enfance, aux modifications à

Following the racist mistreatment and tragic death of Joyce Echaquan, the Government of Canada also convened three national dialogues in October 2020 and January and June 2021, which brought together Indigenous organizations, provincial and territorial governments, health system partners and people with lived experience to discuss and present plans for concrete actions to eliminate anti-Indigenous racism in health systems. These conversations are ongoing.

The federal response to the national dialogues consists of initiatives and activities that will improve access to high-quality and culturally safe health services, including those for Indigenous women, 2SLGBTQQIA+ people, people with disabilities and other marginalized groups who are disproportionately impacted by anti-Indigenous racism.

Budget 2021 provided \$33.3 million to expand support for Indigenous midwifery and doula initiatives as recommended by the Indigenous women's advisory committee. Midwifery recognizes informed choice as a central tenet and is considered a protective factor against anti-Indigenous racism across health and social systems. This investment also strengthens funding for national Indigenous women's organizations, youth sexual health and regional and grassroots organizations.

We are committed to continued work needed with partners to address forced and coerced sterilization as part of a broader imperative to eliminate systemic racism, improve cultural safety, support the transformation of health service delivery and reduce the barriers that Indigenous people, and particularly Indigenous women, face when accessing health services.

I would be very pleased to take your questions. Thank you.

The Deputy Chair: Thank you, Dr. Adams.

Now we'll go to questions from senators. We're going to start with Senator Hartling, followed by Senator Boyer.

As it was our previous practice, I would like to remind each senator that you have five minutes for your question, and that includes the answer. For those on Zoom, please use the "raised hand" function if you have a question. For those in the

apporter au Code criminel et à la formation obligatoire sur la lutte contre le racisme pour les prestataires de soins de santé.

À la suite des mauvais traitements racistes et du décès tragique de Joyce Echaquan, le gouvernement du Canada a également organisé trois dialogues nationaux, en octobre 2020 et en janvier et juin 2021, qui ont réuni des organismes autochtones, des gouvernements provinciaux et territoriaux, des partenaires du système de santé et des personnes ayant une expérience vécue, afin de discuter et de présenter des plans d'actions concrètes visant à éliminer le racisme envers les Autochtones dans les systèmes de santé. Ces discussions se poursuivent.

La réponse fédérale aux dialogues nationaux consiste à mettre sur pied des initiatives et des activités qui amélioreront l'accès à des services de santé de haute qualité et respectueux des valeurs culturelles, notamment pour les femmes autochtones, les personnes 2SLGBTQQIA+, les personnes handicapées et d'autres groupes marginalisés qui sont touchés de manière disproportionnée par le racisme envers les Autochtones.

Le budget de 2021 prévoyait 33,3 millions de dollars pour accroître le soutien aux initiatives relatives aux sages-femmes et aux doulas autochtones, conformément aux recommandations du Comité consultatif sur le bien-être des femmes autochtones. La profession de sage-femme reconnaît le choix éclairé comme étant un principe fondamental et est considérée comme un facteur de protection contre le racisme envers les Autochtones dans les systèmes de soins de santé et de services sociaux. Cet investissement renforce également le financement des organismes nationaux de femmes autochtones, des organismes pour la santé sexuelle des jeunes et des organismes régionaux et locaux.

Nous nous engageons à poursuivre le travail nécessaire avec nos partenaires pour lutter contre la stérilisation forcée et contrainte, dans le cadre d'un impératif plus large visant à éliminer le racisme systémique, à améliorer la sécurité culturelle, à soutenir la transformation de la prestation des services de santé et à réduire les obstacles auxquels les populations autochtones, et en particulier les femmes autochtones, font face lorsqu'elles ont accès aux soins de santé.

Je serai très heureux de répondre à vos questions. Je vous remercie.

La vice-présidente : Je vous remercie, docteur Adams.

Nous allons maintenant passer aux questions des sénateurs. Nous entendrons d'abord la sénatrice Hartling, qui sera suivie de la sénatrice Boyer.

Comme nous le faisons auparavant, j'aimerais rappeler à chaque sénateur que vous avez cinq minutes pour votre question, et cela inclut la réponse. Pour ceux qui participent par l'entremise de Zoom, veuillez utiliser la fonction « Lever la

committee room, please advise the clerk. When asking your question, please indicate if you are requesting an answer from a specific individual or from each member of the panel. We'll now go to questions, starting with Senator Hartling.

Senator Hartling: Thank you, Dr. Adams. It was a very interesting presentation. It's hard to believe, and it is shocking that this still happens in Canada, but we know it does. In our last study, it was revealed the number of people this has happened to. I'm wondering about health care professionals. Are they aware of the consequences and the damages this is doing? What should happen to people who continue to do this? Are there some good regulations we could suggest that would help for prevention and attitudinal changes, education, things like that? What could you tell me about that?

Dr. Adams: In my opinion, it's very clear in the midst of our medical training to do no harm and that we must work within the scope of which we are trained. Deciding for a person the course of their treatment without proper consultation or informed consent is absolutely verboten. It doesn't mean, though, that certain health care professionals and definitely certain individuals don't have a kind of gaze or a kind of positioning about how women should conduct their pregnancies, how often they should be pregnant, the age of their pregnancy, what they should eat, what reproductive services they should access or not access or what services they should have access to.

I think the solution in those situations is to have very clear policy about how these situations are to be conducted and to have very clearly stated policy around what happens when patients are harmed or when the rights of patients are transgressed. I think it is the responsibility of every health institution to be clear on those policies and for individuals in their employ, i.e. obstetricians and other doctors who might be performing these services, to be completely and fully aware of these policies as a condition of their employment.

I already mentioned some of the other issues that need to be addressed. It's not just having the policy but having data as well around when those policies are transgressed, when harm happens and the resulting repercussion. There should not be violence, racism, sexism in the health care system without repercussion. That's definitely not punitive. There could be some kind of restitution. But, definitely, these kinds of actions should not be occurring without some kind of balance and obligation on the part of the caregiver to address their own actions. Thanks.

main » si vous avez une question. Pour ceux qui se trouvent dans la salle du comité, veuillez aviser la greffière. Lorsque vous posez votre question, veuillez indiquer si vous souhaitez obtenir une réponse d'un témoin en particulier ou de tous les témoins. Nous allons maintenant passer aux questions. Nous entendrons d'abord la sénatrice Hartling.

La sénatrice Hartling : Je vous remercie, docteur Adams, de votre déclaration très intéressante. C'est difficile à croire, et c'est choquant que cela se produise encore au Canada, mais nous savons que c'est le cas. Dans notre dernière étude, nous avons appris le nombre de personnes à qui cela était arrivé. Je m'interroge sur les professionnels de la santé. Sont-ils conscients des conséquences et des torts que cela entraîne? Que devrait-il arriver aux personnes qui continuent à agir de la sorte? Existe-t-il des règlements appropriés que nous pourrions suggérer et qui contribueraient à la prévention, au changement d'attitude, à la sensibilisation, et cetera? Que pourriez-vous me dire à ce sujet?

Dr Adams : À mon avis, dans le cadre de notre formation médicale, on enseigne très clairement que nous ne devons pas causer de tort, et que nous devons travailler dans les limites de notre formation. Ainsi, il est formellement interdit de décider pour une personne du cours de son traitement sans consultation appropriée ou sans consentement éclairé. Cela ne signifie pas pour autant que certains professionnels de la santé et certainement quelques individus n'ont pas d'idées ou de position préconçue sur la manière dont les femmes devraient gérer leur grossesse, sur le nombre de leurs grossesses, sur l'âge auquel elles devraient être enceintes, sur ce qu'elles devraient manger, sur les services liés à la reproduction auxquels elles devraient avoir accès ou non et sur les services généraux auxquels elles devraient avoir accès.

Je pense que la solution, dans ces situations, consiste à se doter d'une politique très précise sur la façon dont ces situations doivent être gérées et d'énoncer clairement une politique sur ce qui doit arriver lorsque les patients subissent des préjudices ou lorsque leurs droits sont lésés. Je pense qu'il incombe à chaque établissement de soins de santé d'énoncer clairement ces politiques et à leurs employés, c'est-à-dire les obstétriciens et les autres médecins susceptibles de fournir ces services, d'être pleinement conscients que ces politiques font partie de leurs conditions d'emploi.

J'ai déjà mentionné certaines autres questions qui doivent être abordées. Il ne s'agit pas seulement de se doter de telles politiques, mais aussi de disposer de données sur les cas où ces politiques sont transgressées, sur les préjudices causés et sur les conséquences. Il ne devrait pas y avoir de violence, de racisme ou de sexisme dans le système de soins de santé sans conséquence. Ces conséquences ne sont absolument pas punitives. On pourrait mettre sur pied une sorte de processus de réparation. Mais il est certain que ce type de comportement ne

Senator Hartling: Thank you very much.

Senator Boyer: Thank you, Dr. Adams, for your very interesting presentation, although sad. I know that you've worked with both feet: one foot in the community and one foot at the highest level of civil service. I am wondering about how many survivors were actually involved in the over 100 people, professionals and others, who attended the anti-racism forums? How important is it to actually hear from the voices of the people who have been sterilized, particularly when looking at solutions to some of these problems?

Dr. Adams: Thank you. I unfortunately don't know the breakdown of the attendance of those three different national forums. I do think that the majority of those presenting on anti-Indigenous racism in the health care system were health care professionals and not patients. I agree; I think it's very important to hear directly from consumers, patients, clients and people who have been affected by the system, because often it has been the system that hurts them. People who have feet in both camps, like Indigenous health care workers, are not representative of Indigenous patients, clients, who are being served and often harmed in a different way.

For instance, when I'm in the health care system, I am a very privileged and high-status patient, unlike many other Indigenous patients. So we must never mistake Indigenous caregivers for the voice of Indigenous clients. I do hope that we will have more and more occasions to hear from women and people who have been affected by these kinds of actions. It's almost unfathomable to others, but I definitely made a point today of talking about my everyday realities as a medical student so that you can see clearly how mundane and frequent people's disdain for Indigenous women is — how often there is disdain for their reproduction, their families and the choices that they make in life, how often they're being judged and how often they're getting kind of a weaponized repartee with the health care system.

Senator Wells: Thank you, Dr. Evans, for your presentation. I look forward to further presentations. Although we studied this in a previous Parliament at Human Rights Committee, it seems like we only scratched the surface.

First, I want to recognize the work of Senator Boyer on this topic. It was something I was unaware of until those earlier human rights committee meetings. Thank you, Senator Boyer, for your work then and for your continuing advocacy for this.

devrait pas se produire sans qu'on établisse une sorte d'équilibre qui oblige le fournisseur de services à assumer la responsabilité de ses propres actions. Je vous remercie.

La sénatrice Hartling : Je vous remercie beaucoup.

La sénatrice Boyer : Je vous remercie, docteur Adams, de votre déclaration très intéressante, bien que triste. Je sais que vous travaillez dans deux camps à la fois, c'est-à-dire que vous avez un pied dans la collectivité et l'autre au plus haut échelon de la fonction publique. Je me demande combien de survivants se trouvaient dans la centaine de personnes, de professionnels et autres qui ont participé au forum contre le racisme. Dans quelle mesure est-il important d'entendre les voix des personnes qui ont été stérilisées, en particulier lorsqu'on cherche des solutions à certains de ces problèmes?

Dr Adams : Je vous remercie. Je ne connais malheureusement pas la répartition des participants à ces trois différents forums nationaux. Je pense toutefois que la majorité des personnes qui ont fait des présentations sur le racisme envers les Autochtones dans le système de santé étaient des professionnels de la santé, et non des patients. Je suis d'accord; je pense qu'il est très important d'entendre directement les consommateurs, les patients, les clients et les personnes qui ont été touchés par le système, car c'est souvent le système qui leur a causé des préjudices. Les personnes qui se trouvent dans les deux camps, comme les travailleurs de la santé autochtones, ne sont pas représentatives des patients et des clients autochtones, qui sont servis et souvent lésés d'une manière différente.

Par exemple, lorsque je suis dans le système de santé, je suis un patient très privilégié au statut élevé, contrairement à de nombreux autres patients autochtones. Il ne faut donc jamais confondre la voix des fournisseurs de soins autochtones avec celle des clients autochtones. J'espère que nous aurons de plus en plus l'occasion d'entendre des femmes et des personnes qui ont été touchées par ce genre d'actions. C'est presque inconcevable pour d'autres personnes, mais aujourd'hui, j'ai tenu à parler de ma réalité quotidienne à titre d'étudiant en médecine, afin que vous puissiez voir clairement à quel point le mépris des gens à l'égard des femmes autochtones est banal et fréquent — à quel point on méprise leur reproduction, leur famille et les choix qu'elles font dans la vie, à quel point on les juge et à quel point elles reçoivent une sorte de réponse armée dans le système de soins de santé.

Le sénateur Wells : Docteur Adams, je vous remercie de votre déclaration. J'ai aussi hâte d'entendre les autres déclarations. Bien que le Comité sénatorial permanent des droits de la personne ait étudié cette question lors d'une législature précédente, il semble qu'il n'ait fait qu'effleurer la surface.

Tout d'abord, je tiens à reconnaître le travail effectué par la sénatrice Boyer sur le sujet. C'est un enjeu que je ne connaissais pas du tout avant les premières réunions de notre comité sur la question. Je vous remercie, sénatrice Boyer, du travail que vous

In the UN Committee Against Torture's report, Canada's response noted there were sections of our Criminal Code whereby forced sterilization would be considered an offence, namely, sections 265, 267 and 268. I'm assuming there've been no prosecutions under these sections of the Criminal Code. Why wouldn't there be? From your lofty perch as Deputy Chief Medical Officer, is there something more specific required to address this?

Dr. Adams: I think you will hear more from Dr. Malhotra, who will follow me, about the issue of informed consent. I'm assuming that at least some of the physicians who perpetrated these kinds of offences would have believed that they had some kind of informed consent, but I would also dare say that they felt that they perhaps were doing what they considered best from their own purview around protecting a population.

From our perspective as physicians, we must know exactly where the line is. We're not supposed to be giving care that is unwanted by the client. If a woman has not asked for sterilization, the physician, regardless of how righteous they feel working from their position, is not allowed to intercede. That is going beyond the scope of their work. I'm also curious why there hasn't been prosecution of physicians who have done this. I think it is, in part, because we are only just learning how to complain about physician offences. I think we're also only just learning to question authority in an effective way. For instance, you might have physicians saying, "Well, isn't this part of my work? Why are you talking to me this way?" Physicians, generally, are not questioned about their actions in the way that I think other workers are questioned about their actions, but we can definitely learn to do that.

Lastly, part of what physicians can and will be learning is that there is oversight on their work. Who is the boss of them? They're not just independent contractors. Who has a say in how they practise? At the First Nations Health Authority in British Columbia, the chiefs did flex their right to have a say over how physicians practise with their population and in their territories.

Senator Wells: Is the brick wall that rests between the public or the law, and the concept or the practice of very strict patient-doctor confidentiality also an impediment? Maybe one of our guests who hasn't spoken yet could answer this better or as well. Is that also an impediment to knowing what happens beyond the medical door?

avez effectué à l'époque et de vos efforts soutenus à l'égard de cet enjeu.

Dans le rapport du Comité des Nations unies contre la torture, la réponse du Canada indiquait que notre Code criminel contient des articles selon lesquels la stérilisation forcée serait considérée comme une infraction, à savoir les articles 265, 267 et 268. Je présume qu'aucune poursuite n'a été intentée en vertu de ces articles du Code criminel. Pourquoi n'y en aurait-il pas? De votre position privilégiée à titre de médecin en chef adjoint, pouvez-vous penser à une mesure plus précise qui pourrait être prise dans cette situation?

Dr Adams : Je pense que la Dre Malhotra, qui prendra la parole plus tard, pourra vous en dire plus sur la question du consentement éclairé. Je présume qu'au moins certains des médecins qui ont perpétré ce genre d'infraction ont cru qu'ils avaient obtenu une sorte de consentement éclairé, mais j'oserais aussi affirmer qu'ils avaient peut-être l'impression de faire ce qu'ils considéraient comme la meilleure chose à faire, à leur avis, pour protéger une population donnée.

De notre point de vue de médecins, nous devons savoir exactement où se trouve la limite. Nous ne sommes pas censés donner des soins qui ne sont pas souhaités par le client. Si une femme n'a pas demandé la stérilisation, le médecin, peu importe la mesure dans laquelle il estime que sa position justifie sa décision, n'a pas le droit d'intervenir, car cela dépasse le cadre de son travail. Je suis également curieux de savoir pourquoi les médecins qui ont agi de la sorte n'ont pas fait l'objet de poursuites. Je pense que c'est en partie parce que nous commençons tout juste à apprendre comment porter plainte contre les infractions commises par un médecin. Je pense aussi que nous apprenons tout juste à remettre en question l'autorité de manière efficace. Par exemple, certains médecins pourraient demander si cela ne fait pas partie de leur travail et pourquoi on leur parle de cette façon. En général, les actions des médecins ne sont pas remises en question comme le sont celles d'autres travailleurs, selon moi, mais nous pouvons certainement apprendre à le faire.

Enfin, ce que les médecins peuvent apprendre et apprendront, c'est que leur travail est surveillé. Qui est leur patron? Ils ne sont pas juste entrepreneurs indépendants. Qui a son mot à dire quant à leur façon de pratiquer? À l'Autorité sanitaire des Premières Nations en Colombie-Britannique, les chefs ont usé de leur droit d'avoir un mot à dire quant à la façon dont les médecins exercent leur profession auprès de leur population et sur leurs territoires.

Le sénateur Wells : Le mur qui sépare le public ou la loi, et le concept ou la pratique d'un maintien très strict du secret professionnel sont-ils également un obstacle? Un témoin qui n'a pas encore parlé est peut-être davantage en mesure de répondre ou pourrait également répondre. Est-ce également un obstacle pour savoir ce qui se produit dans le cabinet du médecin?

Dr. Adams: I'm not sure I understand the question. Perhaps there are others who would like to answer.

Senator Wells: The question relates to that strict confidentiality requirement between the patient and the doctor. If something is happening behind that curtain that could be considered a breach of the law, is that an impediment to actually getting to the source of the issue that could result in prosecution?

The Deputy Chair: We just have 30 seconds left for the response to this question.

Senator Wells: I hope it can be addressed in the time we have left in some of the comments from one of our other witnesses. Thank you, Dr. Adams.

Senator Omidvar: Thank you so much, Dr. Adams, for your presentation and for being with us today. Senator Wells explored some of the lines of my question, so I'll pivot a little.

You mentioned Indigenous-led midwifery as one of the solutions to address this very troubling problem. You noted that money had been allocated to ensure that Indigenous-led midwifery is enhanced, encouraged.

Even at this early stage, Dr. Adams, can you tell us if you see any progress in this particular field? Are more Indigenous women or men signing up to be midwives? If not, what do you think the government should do with this \$33.3 million to encourage that?

The Deputy Chair: I'm sorry, Senator Omidvar. I think we've had some technical issues and we've lost Dr. Adams. I wonder if either of the other guests would like to respond to your question.

Aimie Hillier, Acting Director, Healthy Children, Youth and Families Division, First Nations and Inuit Health Branch, Indigenous Services Canada: I can take a stab at it. Thank you very much, senator, for your question. I think that what we are seeing are some promising practices. The \$33.3 million announced as part of Budget 2021 really did come late last year. That money is just now being allocated. Through the Budget 2017 investments that Budget 2021 built off of, we've seen some powerful demonstration projects. The first birth in their Indigenous community in 50 years happened last month in Sturgeon Lake First Nation in Saskatchewan. You're starting to see those midwifery projects actually come to fruition. It has taken some time. The infrastructure, the training and making sure that it's done in a culturally safe way has needed some time to mature, but those projects are being undertaken.

Dr Adams : Je ne suis pas certain de comprendre la question. Peut-être que d'autres aimeraient répondre.

Le sénateur Wells : La question porte sur le secret professionnel qui doit être respecté entre le patient et le médecin. S'il se produit derrière le rideau quelque chose qui pourrait être considéré comme une infraction à la loi, est-ce un obstacle pour cerner la source du problème et entamer d'éventuelles poursuites?

La vice-présidente : Il ne nous reste que 30 secondes pour entendre la réponse à cette question.

Le sénateur Wells : J'espère que nous pourrions obtenir la réponse d'ici la fin pendant les interventions d'un autre témoin. Merci, docteur Adams.

La sénatrice Omidvar : Merci beaucoup, docteur Adams, pour votre exposé et votre comparution devant nous aujourd'hui. Le sénateur Wells s'est penché sur certains aspects de ma question, et je vais donc changer de cap un peu.

Vous avez dit que les sages-femmes autochtones sont une des solutions à ce problème très inquiétant. Vous avez dit que des fonds ont été accordés pour améliorer la prestation de ces services, pour les encourager.

Même à ce stade précoce, docteur Adams, pouvez-vous nous dire si vous voyez des progrès dans ce domaine? Y a-t-il plus de femmes et d'hommes qui souhaitent exercer ce métier? Dans la négative, qu'est-ce que le gouvernement devrait faire selon vous des 33,3 millions de dollars pour favoriser cela?

La vice-présidente : Je suis désolée, sénatrice Omidvar. Je pense que nous avons des problèmes techniques, et nous avons perdu le Dr Adams. Je me demande si l'un des autres témoins aimerait répondre à votre question.

Aimie Hillier, directrice par intérim, Division des jeunes et des familles en bonne santé, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Services aux Autochtones Canada : Je peux essayer de répondre. Merci beaucoup pour la question, madame la sénatrice. Je pense que nous voyons des pratiques prometteuses. Les 33,3 millions de dollars annoncés dans le budget de 2021 sont arrivés tard l'année dernière. L'argent est remis en ce moment même. Les investissements du budget de 2017 sur lesquels s'appuie le budget de 2021 ont donné lieu à des projets pilotes percutants. Le mois dernier, la Première Nation de Sturgeon Lake en Saskatchewan a célébré sa première naissance dans la communauté depuis 50 ans. Les projets concernant les services des sages-femmes commencent à porter fruit. Il a fallu un certain temps pour mettre au point l'infrastructure, la formation et une

Similarly, in the next bit of time, through the Innu in the Atlantic region, there are lots of promising factors around Indigenous midwives being trained in Indigenous communities by other Indigenous midwives. The strength of those types of models is starting to be shown. They are increasing the numbers of Indigenous midwives. We do see some gaps in that, mainly access to education programs. First Nations University in Saskatchewan has a wonderful program, but access to it remains challenging, and having to leave a home community to access that training remains a barrier.

Through that investment, we are increasing supports for communities where they can access different models or create their own model. We do appreciate, though, that the Budget 2021 investments are a start; \$33.3 million is a lot of money. Is it enough for every person to access the care that they should have locally? Probably not, but we are working toward it.

Senator Omidvar: Ms. Hillier, would you like to see this next study on forced and coerced sterilization make a recommendation on continued investment and action on ensuring that Indigenous-led midwifery takes hold in this country? If so, can you provide us with a few specifics on what that recommendation would look like?

Ms. Hillier: Of course we would like to see Indigenous midwifery expanded and the scale to which it is offered in a safe way be accessible to as many communities as possible. We do anticipate the \$33 million over the last fiscal year and the next two fiscal years is still time-limited in the sense that we do anticipate a return to cabinet at that point, so I also think there is room for further opportunity.

[Translation]

Senator Audette: It is unfortunate that Dr. Adams is no longer with us, as I wanted to thank him. We were very young in our communities in Quebec, so Dr. Suzy Basile has probably seen the posters on which Dr. Adams was one of the Indigenous models. Those awareness raising campaigns that promote wonderful people are worthwhile.

In my family, just among Inuit, many women have died, and the last news they were given was that they had an IUD. They did not speak English or French, so they did not know they had that contraceptive imposed on them.

approche respectueuse de la culture, mais ces projets sont en cours.

De façon similaire, dans un avenir rapproché, grâce aux Innus de la région de l'Atlantique, il y a de nombreux éléments prometteurs en ce qui a trait à la formation de sages-femmes autochtones dans les communautés autochtones par d'autres sages-femmes. La force de ce genre de modèles commence à se faire sentir. On augmente le nombre de sages-femmes. Nous voyons néanmoins des lacunes à cet égard, surtout dans l'accès aux programmes de formation. L'Université des Premières Nations en Saskatchewan a un programme formidable, mais l'accès demeure difficile, et la nécessité de devoir quitter sa collectivité pour suivre la formation demeure un obstacle.

Grâce à cet investissement, nous renforçons les mesures de soutien pour les collectivités afin qu'elles puissent avoir accès à différents modèles ou créer le leur. Nous sommes toutefois conscients que les investissements du budget de 2021 sont un point de départ; 33,3 millions de dollars, c'est beaucoup d'argent. Est-ce assez pour que tout le monde ait accès aux soins qu'ils devraient avoir à l'échelle locale? Probablement pas, mais nous nous déployons beaucoup d'efforts à cette fin.

La sénatrice Omidvar : Madame Hillier, aimeriez-vous, dans le cadre de cette étude sur la stérilisation forcée et contrainte, que des investissements et une action soutenus soient proposés pour accroître le nombre de sages-femmes autochtones au pays? Dans l'affirmative, pouvez-vous donner quelques précisions sur la forme à donner à cette recommandation?

Mme Hillier : Nous aimerions évidemment qu'il y en ait plus et que leurs services soient offerts en toute sécurité dans le plus grand nombre possible de collectivités. Nous nous attendons à ce que la somme de 33,3 millions de dollars versée au cours du dernier exercice et des deux exercices suivants soit pour un temps limité, c'est-à-dire que nous pensons revenir devant le Cabinet à ce moment-là. Je pense donc qu'il pourrait y avoir d'autres occasions à saisir.

[Français]

La sénatrice Audette : C'est dommage pour le Dr Adams, car je voulais le remercier. Nous étions tout jeunes dans nos communautés au Québec, alors la Dre Suzy Basile a sûrement vu ces affiches où le Dr Adams faisait partie des modèles autochtones. Ces campagnes de sensibilisation et de promotion de belles personnes valent la peine.

Dans ma famille, juste chez les Innus, on a beaucoup de femmes qui sont décédées, et la dernière nouvelle qu'on leur annonçait était qu'elles étaient porteuses d'un stérilet. Elles ne parlaient ni français ni anglais, donc elles ne savaient pas qu'on leur avait imposé cette forme de contrôle de contraception.

My aunt is among those victims. She is still alive, and my nieces, who are young women, will have contraception imposed, without even being explained that they have rights and sexual health. It was the same for me. In the community, Health Canada imposed on us a way to do things instead of promoting sexual health.

I don't know whether this is still the case for young women who live in the communities. However, there are no hospitals in those communities, so they have to travel to Joliette, Montreal or Sept-Îles, where they will experience racism and be denied cultural safety. Doctors may be acting unconsciously or consciously in those places.

How do you see those two silos, which are so important and so difficult for many Indigenous women, and how can we get around jurisdictional silos?

How can we ensure that young women are told they have rights and that those who have lost their rights are defended even if that happened in a Quebec hospital?

Finally, I don't know what the situation is for government representatives, but are there any discussions?

[English]

Tasha Stefanis, Associate Vice President, Public Health Agency of Canada: I think Dr. Adams spoke about the national dialogues that were held, and that was the first time there had been such an open conversation about the experiences Indigenous peoples have faced regarding racism in the health care system. Those conversations were the start of action in this area and bringing together Indigenous health care providers, representatives from other levels of government as well as the federal government.

One of the tangible things that has happened since then was investments through Budget 2021 to address systemic racism in health care delivery. For example, Health Canada has just launched a call for proposals for \$13 million to address cultural safety and humility training, curriculum and accreditation requirements and looking at ways of integrating culturally safe practices into acute care settings and integrating traditional approaches into health care delivery. All of these actions are intended to look at how to make the health care system more equitable and free from racism and discrimination.

The Deputy Chair: We're out of time for this panel. I see Senator Gerba has raised her hand, and I had a question I wanted to ask as well. We are still trying to reach Dr. Adams to see if we

Ma tante fait partie de ces victimes. Elle est encore vivante, et mes nièces, qui sont de jeunes femmes, vont se faire imposer la contraception, sans même se faire expliquer qu'elles ont des droits et une santé sexuelle. C'est la même chose pour moi : dans la communauté, Santé Canada nous imposait une façon de faire au lieu de promouvoir la santé sexuelle.

Je ne sais pas si c'est encore le cas pour les jeunes filles qui vivent dans les communautés. Cependant, il n'y a pas d'hôpitaux dans ces communautés, donc il faut voyager à Joliette, Montréal ou Sept-Îles, où on va vivre du racisme et où on nous refuse la sécurité culturelle. Peut-être qu'à ces endroits, les médecins agissent inconsciemment ou consciemment.

Comment voyez-vous ces deux silos, qui sont si importants et si difficiles pour bien des femmes autochtones, et comment peut-on s'assurer qu'on pourra être en mesure de faire comme s'il n'y avait pas de silos de juridiction?

Comment va-t-on faire pour dire aux jeunes filles qu'elles ont des droits et pour défendre celles qui ont perdu les leurs, et ce, même si cela s'est passé dans un hôpital québécois?

Enfin, je ne sais pas ce qu'il en est pour les représentants du gouvernement, mais est-ce qu'il y a des pourparlers?

[Traduction]

Tasha Stefanis, vice-présidente adjointe, Agence de la santé publique du Canada : Je pense que le Dr Adams a parlé du dialogue national qui a eu lieu. C'était la première fois qu'on tenait une discussion aussi ouverte sur le racisme vécu par les Autochtones dans le système de santé. Cette discussion a commencé à faire bouger les choses dans ce domaine et à rassembler des fournisseurs de soins de santé autochtones ainsi que des représentants d'autres ordres de gouvernement, dont le gouvernement fédéral.

Les investissements prévus dans le budget de 2021 pour lutter contre le racisme systémique dans la prestation des soins de santé figurent parmi les mesures concrètes qui ont été prises depuis. À titre d'exemple, Santé Canada vient tout juste de lancer un appel d'offres dans le but d'affecter 13 millions de dollars à la formation sur la sécurité et l'humilité culturelles, au programme d'études ainsi qu'aux exigences d'apprentissage et d'agrément. La somme doit aussi servir à chercher des moyens d'intégrer des pratiques sécuritaires sur le plan culturel dans les établissements de soins actifs ainsi que des approches traditionnelles dans la prestation des soins de santé. Toutes ces mesures visent à examiner comment nous pouvons rendre le système de santé plus équitable et exempt de racisme et de discrimination.

La vice-présidente : C'est tout le temps que nous avons pour ce groupe de témoins. Je vois que la sénatrice Gerba a levé la main, et j'avais également une question. Nous tentons encore de

can bring him back. If the committee is in agreement, we will continue for a few more minutes.

[*Translation*]

Senator Gerba: I am not sure to whom to put my question.

The United Nations Committee Against Torture recommended that Canada ensure that all allegations of forced and coerced sterilization be impartially investigated, that the persons responsible be held accountable and finally, that adequate redress be provided to victims. In response, Canada, in its Criminal Code, said that forced and coerced sterilization is a crime in the country and an offence under sections 265, 267 and 268.

However, as we have seen, the phenomenon has persisted in various regions of Canada. Ms. Stefanis, through your experiences, you have had an opportunity to discuss with women and to gather testimony from Indigenous individuals who were subjected to sterilization.

Do you think existing Canadian criminal law is sufficient to put an end to the scourge of forced sterilization? How can actions be improved to address this effectively?

[*English*]

Ms. Stefanis: I think the questions around the Criminal Code are probably best answered by the Department of Justice. I'm not a lawyer or able to explain the scope of our criminal justice system.

The Deputy Chair: Thank you. I'll go to the last question, and it could be for any of the witnesses still with us. As our committee prepares to hear from survivors during this study, we are considering ways to ensure that the process is culturally appropriate, safe and trauma-informed. Based on your experiences working with survivors and appearing before our committee, could you offer us any suggestions to ensure our approach is sensitive to the needs of survivors?

Ms. Hillier: With your permission, I can start and if Tasha wants to add, I would welcome that. I suppose from my perspective, I would start by asking survivors what those needs are. I think often we tend to make assumptions about what those needs might be. We recognize that not all survivors have the same level of comfort describing their experiences or wanting to come forward. This committee's work, phase one of your study, demonstrated the critical importance of hearing from survivors. We don't want to make policy decisions without that voice being central to the direction of that policy feature. I think it's

communiquer avec le Dr Adams pour voir s'il peut se rejoindre à nous. Si le comité est d'accord, nous allons poursuivre quelques minutes.

[*Français*]

La sénatrice Gerba : Je ne sais pas à qui je dois adresser ma question.

Le Comité contre la torture de l'Organisation des Nations unies a recommandé au Canada de veiller à ce que toutes les allégations de stérilisation forcée et contrainte fassent l'objet d'une enquête impartiale, que les personnes responsables en assument la responsabilité et enfin, que des mesures de réparation adéquate soient offertes aux victimes. En réponse, le Canada, dans son Code de criminel, a indiqué que la stérilisation forcée et contrainte est un crime au pays et constitue une infraction en vertu des articles 265, 267 et 268.

Cependant, le phénomène, on vient de le constater, persiste dans différentes régions du Canada. Madame, vous avez, selon vos parcours, eu la possibilité de discuter avec des femmes et de recueillir les témoignages de personnes autochtones victimes de stérilisation.

Pensez-vous que le droit criminel canadien actuel est suffisant pour mettre fin au fléau de la stérilisation forcée? Comment peut-on améliorer les actions pour y faire face de manière efficace?

[*Traduction*]

Mme Stefanis : Je pense que le ministère de la Justice pourrait probablement mieux répondre aux questions concernant le Code criminel. Je ne suis pas avocate ni en mesure d'expliquer la portée de notre système de justice pénale.

La vice-présidente : Merci. Je vais passer à la dernière question, qui s'adresse à l'une ou l'autre des témoins. Notre comité se prépare à entendre des personnes survivantes dans le cadre de cette étude, et nous examinons des moyens d'adapter le processus à leur culture, de le rendre sécuritaire et de tenir compte des traumatismes vécus. Selon votre expérience auprès de personnes survivantes et devant notre comité, pouvez-vous nous faire des suggestions pour que notre approche tienne compte des besoins des personnes survivantes?

Mme Hillier : Si vous le permettez, je peux commencer, et j'invite Mme Stefanis à ajouter quelque chose si elle le souhaite. Je suppose que de mon point de vue, je commencerais par demander aux personnes survivantes d'exprimer leurs besoins. Nous savons qu'elles ne parlent pas tous avec la même aisance de ce qu'elles ont vécu, qu'elles ne veulent pas toutes se manifester. La première étape de l'étude du comité a démontré qu'il est essentiel d'entendre des personnes survivantes. Nous ne voulons pas prendre de décisions politiques sans mettre leur voix au centre de l'orientation stratégique adoptée. Je pense qu'il est

important to ask those questions and to let survivors identify for themselves what their needs are and to be sensitive and recognize that the degree to or the platform through which survivors might feel comfortable coming forward to share what can be pretty horrific experiences may not be the same. We have to be nimble and sensitive.

The Deputy Chair: Thank you. Do you want to add anything, Ms. Stefanis?

Ms. Stefanis: I think that my colleague gave a great response. I might just add that you should consider the importance of mental health and other supports to survivors who are part of your process.

The Deputy Chair: Thank you both for being here this evening. Given the technical problems that Dr. Adams had, we're especially grateful that you were able to be here and that we could continue with questions that you were able to answer for us. Thank you both.

We will continue our review of the Forced and Coerced Sterilization of Persons in Canada. I would like to introduce our next witnesses: from the First Nations Health Authority, Dr. Unjali Malhotra, Medical Director of Women's Health; Alisa Lombard, lawyer with Lombard Law; and Professor Suzy Basile, Professor and holder of the Canada Research Chair in Indigenous Women Issues, Université du Québec. We will begin by hearing from Dr. Malhotra, followed by Ms. Lombard and then Professor Basile.

Unjali Malhotra, Medical Director of Women's Health, First Nations Health Authority: Good afternoon and thank you for having me. I'm calling in from the traditional, unceded lands of the Westbank First Nation on Syilx territory.

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

One layer of my experience is working in their clinic — a safe space for all. Another is growing up side by side with many girls who had little voice or privilege. During my own training, when in contraception, abortion and gynecology clinics, I recall a chilling silence among many Indigenous women. The silence is a learned behaviour. It is based on abuses, including coerced sterilization and generations of screams ignored. As a practitioner and administrator, I commonly encounter women who would rather not access care than face the possibility of coercion.

important de poser ces questions et de laisser les personnes survivantes cerner elles-mêmes leurs besoins, d'être à l'écoute et de reconnaître que selon la tribune et la personne, la mesure dans laquelle elles pourraient se sentir à l'aise de raconter ce qui peut être des expériences horribles peut varier. Nous devons faire preuve de souplesse et être à l'écoute.

La vice-présidente : Merci. Voulez-vous ajouter quelque chose, madame Stefanis?

Mme Stefanis : Je pense que ma collègue a donné une excellente réponse. Je pourrais peut-être juste ajouter que vous devriez tenir compte de l'importance de la santé mentale et d'autres mesures de soutien pour les personnes survivantes qui participent à votre processus.

La vice-présidente : Merci à vous deux de votre présence ici ce soir. Compte tenu des problèmes techniques du Dr Adams, nous vous sommes particulièrement reconnaissants de nous avoir permis de continuer grâce à vos réponses aux questions. Merci à vous deux.

Nous allons poursuivre notre examen de la stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada. J'aimerais présenter nos prochains témoins : de l'Autorité sanitaire des Premières Nations, nous accueillons la Dre Unjali Malhotra, directrice médicale de Santé des femmes; Me Alisa Lombard, avocate à Lombard Law; et Mme Suzy Basile, professeure et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones, à l'Université du Québec. Nous allons d'abord entendre la Dre Malhotra, qui sera suivie de maître Lombard et de Mme Basile.

Unjali Malhotra, directrice médicale, Santé des femmes, Autorité sanitaire des Premières Nations : Bonjour, et merci de l'occasion de comparaître. Je me trouve sur les terres traditionnelles non cédées de la Première Nation de Westbank sur le territoire syilx.

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

J'ai acquis une partie de mon expérience en travaillant dans leur clinique — un endroit sécuritaire pour tous. J'ai également appris en côtoyant dans mon enfance de nombreuses filles à la voix et au privilège limités. Pendant ma propre formation, dans des cliniques de contraception, d'avortement et de gynécologie, je me rappelle du silence à donner froid dans le dos de nombreuses femmes autochtones. Le silence est un comportement acquis. Il repose sur de mauvais traitements, y compris la stérilisation forcée et les cris ignorés de nombreuses générations. En tant que praticienne et administratrice, je

Please consider this. No one likes getting a pelvic exam, but imagine paralyzing fear at the thought of getting one because you could, for good reason, think you will be sterilized at the time. Imagine not being able to access specialty care or cancer care due to your crushing concern of an unknown provider's bias toward your reproductive future. Imagine not wanting to deliver your baby in a health care facility as you can't ensure you won't be sterilized if you don't understand the forms you're asked to sign, have a strong advocate and have a health care team by your side.

These stories are truth being told to us that require us to challenge the system to make meaningful and relevant change. It is important to remember our health care system has been built on racism. The Sexual Sterilization Act and the Eugenics Board — how can Indigenous women trust our system when it was not built to protect them? Instead, our health care system is one that requires an understanding of complex terms and concepts. It works with a web of forms, which I consider a living piece of care, which can be poorly understood but, sadly, not challenged. It embeds power in provision of care versus attainment of care. It concedes to the idea that protections and advocacy are the job of the patient without considering or making space for those who are not able to raise their voice and be heard.

Women have been forced to make life-changing decisions under duress and threat. At times, they are not provided the opportunity to change their mind or be a significant part of their own care. With our privilege, it is vital we move towards system change.

Let me share the ground-level work we have done, knowing it is just the beginning and further protections are needed.

With the honourable Senator Boyer and Perinatal Services British Columbia, we created a shared decision-making consent for contraceptive provision, targeting coerced sterilization. Also with The University of British Columbia, we are embarking on a storytelling project to hold a safe space for Indigenous women to share their experiences in reproductive health care access, to work towards offering care in the safest way possible.

This stems from several much-needed changes in our health care system: conversation-based consent; empowerment versus extraction in history taking; consent over time versus in acute

rencontre souvent des femmes qui préféreraient ne pas avoir accès à des soins de santé plutôt que de risquer une coercition.

Je vous prie de tenir compte d'une chose. Personne n'aime subir un examen pelvien, mais imaginer la peur paralysante ressentie à l'idée d'en subir un lorsqu'on a de bonnes raisons de croire qu'on sera stérilisé. Imaginez ne pas pouvoir recevoir de soins spécialisés ou de soins contre le cancer à cause de la terrible crainte de préjugés d'un fournisseur inconnu par rapport à votre avenir reproductif. Imaginez que vous ne voulez pas mettre votre bébé au monde dans un établissement de santé parce que vous ne pouvez pas savoir, au moment de signer des formulaires que vous ne comprenez pas, si vous serez stérilisé, si quelqu'un défendra vigoureusement vos intérêts, si l'équipe soignante prendra soin de vous.

Ces histoires qu'on nous raconte représentent une réalité qui nous oblige à remettre en question le système et à y apporter des changements significatifs et pertinents. Il est important de ne pas oublier que notre système de santé repose sur le racisme. Pensons à la Sexual Sterilization Act et à la commission eugénique. Comment les femmes autochtones peuvent-elles faire confiance à notre système lorsqu'il n'a pas été créé pour les protéger? Notre système de santé nécessite plutôt la compréhension de termes et de concepts complexes. C'est une série de formulaires — que je considère comme un élément évolutif de la prestation de soins —, qui peut être mal comprise, mais malheureusement pas remise en question. Ces formulaires situent le pouvoir dans la prestation des soins plutôt que dans l'atteinte des soins. Ils donnent raison à l'idée voulant la patiente doit se protéger et se défendre, sans tenir compte des personnes qui ne peuvent pas se faire entendre.

On a forcé des femmes à prendre des décisions déterminantes pour leur vie sous la contrainte et la menace. Il arrive parfois qu'on ne leur donne pas l'occasion de changer d'idée ou de jouer un rôle important dans leurs propres soins. Il est primordial que nous nous servions de notre privilège pour progresser vers un changement de système.

Permettez-moi de parler du travail que nous faisons sur le terrain, en sachant que ce n'est que le début et que d'autres protections sont nécessaires.

De concert avec l'honorable sénatrice Boyer et Perinatal Services British Columbia, nous avons créé un consentement partagé pour la prise de décision concernant les soins contraceptifs, en ciblant la stérilisation forcée. Avec l'Université de la Colombie-Britannique, nous entreprenons également un projet pour permettre aux femmes autochtones de raconter leur histoire et leur expérience relativement à l'accès aux soins de santé reproductifs, dans le but de déployer des efforts visant à offrir des soins les plus sécuritaires possible.

Ces démarches découlent de plusieurs changements grandement nécessaires dans notre système de santé: un consentement axé sur la discussion; l'autonomisation par rapport

settings; frame-of-mind and confounding-impact considerations; acknowledgment of a care directive being initiated by patient or provider — asking who is bringing the conversation up; accountability outside of subjective chart notes; and a consideration of someone's entire life journey versus one moment.

This is, of course, a change in how women are consented, which requires a significant system shift. It requires practice, workflow, thought and ideology change. We are collectively spotlighting the issue of coerced sterilization with every educational half day and grand rounds that we are giving to current and future providers nationwide. We are clearly saying that any form of coercion, guised or not, is unacceptable.

Now, let's come together. Let's raise women up with our collective skills, abilities and talents to ensure our system protects and serves them. I thank you for having me.

Alisa Lombard, Lawyer, Lombard Law, as an individual: Thank you for inviting me to speak here today. I'm coming to you from the unceded and unsundered territory of the Algonquin people in Ottawa, Ontario. It is indeed unfortunate that three years have passed since our last encounter, and I regret that very little has changed for my clients. I'm trying to put myself together after Dr. Malhotra's presentation, so bear with me.

In fact, the pandemic has generally exacerbated the trepidation that my clients experience with the health care system, and to be frank, the death of Ms. Joyce Echaquan has impacted them very deeply.

I continue to hear stories of women torn apart by forced sterilization in Saskatchewan, and indeed, in every Canadian province. We've heard of an increasing number of non-consensual abortions as well.

The restrictions presented by the pandemic and a measure of retreat, and with an increased legal understanding of systemic negligence, we expect to file amended materials this week or the week following and proceed into the next phases of litigation on the proposed class action in Saskatchewan and elsewhere, culminating in a hearing on certification soon enough.

Obstetric violence has in the intervening years pierced the veil of its trauma's silence, and we are becoming increasingly aware of its various manifestations and presentations, all of which

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

De toute évidence, c'est un changement dans la façon dont les femmes accordent leur consentement, ce qui nécessite une transition importante du système. À cette fin, il faut modifier la pratique, le déroulement du travail, la façon de penser et l'idéologie. Nous attirons collectivement l'attention sur le problème de la stérilisation contrainte à chaque demi-journée d'apprentissage et séance scientifique que nous organisons auprès de fournisseurs actuels et futurs à l'échelle du pays. Nous disons clairement que toute forme de coercition, dissimulée ou non, est inacceptable.

Il est de temps de faire front commun. Améliorons collectivement la situation des femmes grâce à nos compétences et à nos talents pour que notre système les protège et les serve. Merci de m'avoir invité.

Alisa Lombard, avocate, Lombard Law, à titre personnel : Merci de m'avoir invitée à prendre la parole. Je me trouve sur le territoire non cédé du peuple algonquin à Ottawa, en Ontario. Il est effectivement regrettable que trois années se soient écoulées depuis notre dernière rencontre, et je déplore que peu de choses aient changé pour mes clients. J'essaie de me ressaisir après l'exposé de la Dre Malhotra. Je vous prie de faire preuve d'indulgence.

En fait, la pandémie a généralement aggravé les inquiétudes de mes clientes par rapport au système de santé, et pour être franche, la mort de Mme Joyce Echaquan les a beaucoup touchées.

Je continue d'entendre parler de femmes déchirées par la stérilisation forcée en Saskatchewan et dans les autres provinces du Canada. Nous avons aussi entendu parler d'un nombre croissant d'avortements non consensuels.

Malgré les restrictions attribuables à la pandémie et un certain repli, et forts d'une meilleure compréhension juridique de la négligence systémique, nous nous attendons à déposer des documents modifiés cette semaine ou la semaine suivante et à passer aux autres étapes du litige dans le recours collectif proposé en Saskatchewan et ailleurs, qui aboutira assez rapidement à une audience sur la certification.

Dans l'intervalle, on a levé le voile sur le traumatisme attribuable à la violence obstétrique, et nous devenons de plus en plus conscients de ses nombreux visages, qui touchent tous de

clearly disproportionately impact Indigenous women and other women of colour.

Since we last met, the National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls released its final report and made several Calls for Justice relevant to our work here today. Specifically, the inquiry named forced sterilization as an iteration of gender-based violence and called it an element of the genocide it examined. In its supplemental report, it found the state intends it to be so through its stubborn policies and lack thereof.

My clients are in absolute agreement and, indeed, named the term, the assault, the fundamental indignity of “genocide.” You will hear them say that in their testimony in the weeks to come.

They await the accountability, the preventative measures and reparations the United Nations Committee against Torture strongly recommended to Canada, yet Canada has done nothing for them and their families. Canada has though spilled considerable financial resources into various programming involving cultural safety. Yet the women you will hear from, their daughters and their granddaughters, feel anything but safe still.

Canada has not used the leverage available to it in the Canada Health Act to ensure Indigenous women are safe from forcible sterilization, forced abortions, birth alerts, I could go on. Yet, Canada was quick to exercise that option in New Brunswick shortly before the pandemic. When it was determined that New Brunswick’s abortion framework resulted in user fees to the insured, Canada swiftly responded by holding back the province’s health transfers to the extent of the aggregate user fees, I presume.

Although an Indigenous woman who was forcibly sterilized continues to live infertile, any technology designed to reverse the procedure — to which she did not consent and did not want — costs at least \$5,000 and holds little to no chance of success, based on, I admit, my very rudimentary medical understanding. Reproductive technologies cost upward of \$50,000, and the losses they experience while not being able to try some of these alternative methods cost them unknown quantities of human dignity on a daily basis. However, they wait, increasing impatiently. They know that legal remedies can only go so far to restore what they have lost. They know that no judicial pronouncement, class action or otherwise, like so many in the past, can replace what they have lost, and most importantly, make future generations of Indigenous women and girls safe from the devastating violations of forced sterilization.

manière disproportionnée les femmes autochtones et d’autres femmes de couleur.

Depuis notre dernière rencontre, les responsables de l’Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées a déposé son rapport final et fait plusieurs appels à la justice qui sont pertinents dans le cadre de notre travail ici aujourd’hui. On a notamment affirmé que la stérilisation forcée est une forme de violence fondée sur le sexe et que c’est un élément du génocide examiné. Dans le rapport supplémentaire, on dit que c’est l’intention de l’État par l’entremise de ses politiques entêtées ou de l’absence de politiques.

Mes clientes sont parfaitement d’accord et elles ont utilisé le terme, parlé de l’agression, de l’indignité fondamentale d’un « génocide ». C’est ce que vous les entendrez dire dans leurs témoignages au cours des prochaines semaines.

Elles attendent une reddition de comptes, des mesures préventives et les réparations que le Comité des Nations unies a fortement recommandées au Canada. Le Canada n’a toujours rien fait pour elles et pour leurs familles. Il a affecté des ressources financières considérables dans divers programmes liés à la sécurité culturelle, mais les femmes que vous allez entendre, tout comme leurs filles et leurs petites-filles, ne se sentent toujours pas en sécurité.

Le Canada n’a pas utilisé le pouvoir que lui accorde la Loi canadienne sur la santé pour protéger les femmes autochtones contre la stérilisation forcée, les avortements forcés, les signalements de naissance et ainsi de suite. Il a pourtant agi rapidement pour exercer cette option au Nouveau-Brunswick peu de temps avant la pandémie. Lorsqu’il a été établi que le cadre pour les avortements au Nouveau-Brunswick donnait lieu à l’imposition de frais d’utilisation à l’assuré, le Canada a réagi promptement en arrêtant les transferts en santé pour la province de manière proportionnelle à l’ensemble des frais d’utilisation imposés, je suppose.

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

Recently, Spain was issued a serious systemic caution in matters relating to obstetric violence. The Committee on the Elimination of Discrimination against Women, during its 75th session, determined that Spain's domestic options to remedy a mother's experience of a non-consensual procedure at the time of her child's birth was not capable of adequate remedy in Spanish courts. The survivor, SFM, had exhausted domestic remedies and been subject to an abuse of her rights. We don't know whether that will be the case for our clients, and we certainly hope not, however, the delayed personhood of Indigenous peoples and ongoing intersectional gender deficits need no explanation here. We're at a two-year inquiry, tasked with examining its every facet, applying thoroughly, recommended clearly and urged desperately. The Special Rapporteur on health has voiced a commitment to the issue of forced sterilization and pledged to examine it deeply as well.

The Deputy Chair: Ms. Lombard, I hate to interrupt you. You have 10 seconds left.

Ms. Lombard: A medical doctor herself of Zulu ancestry from South Africa, she understands the plight, and she continues to support those in her home who require that support. Understand that the empty wounds do not grow tired of pining, and the impunity that our clients consistently see really does stoke the fires that have never dimmed within each of them. They will tell you their stories soon, but most importantly, in the face of those stories, they will ask you to act, and we hope that you do.

The Deputy Chair: Thank you.

[Translation]

Suzy Basile, Professor and Canada Research Chair in Indigenous Women Issues holder, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, as an individual: *Kaskina*. Good afternoon and thank you for this invitation. I want to mention that I am of Atikamekw origin and that I come from a long line of women who, like my great-grandmother, experienced the flooding of their territory and who, like my grandmother, spent several years in a sanatorium for tuberculosis. My mother is a survivor of residential schools. It is an honour to share with my sisters some of my contribution, thanks to the research I am carrying out under the auspices of the Canada research chair I have obtained, but also to share other colleagues' contributions. I thank the Anishinabe Nation for welcoming me on its ancestral and unceded territory here, in Abitibi-Témiscamingue.

peut mettre les femmes et les filles autochtones à l'abri des violations dévastatrices de la stérilisation forcée.

Récemment, l'Espagne a reçu une sérieuse mise en garde générale concernant la violence obstétrique. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, à sa 75^e session, a déterminé que le remède judiciaire espagnol aux conséquences d'une opération à laquelle une mère n'avait pas consenti à la naissance de son enfant était inadéquat. La survivante, SFM, avait épuisé les recours devant les tribunaux espagnols, et ses droits avaient été bafoués. Nous ignorons si nos clientes subiront le même sort — nous ne l'espérons certainement pas — mais le retard à accorder le statut juridique de personne à l'Autochtone et la persistance des déficits de genre en raison de discriminations croisées se passent ici d'explications. Nous sommes rendus à une enquête d'une durée de deux ans, destinée à examiner chaque détail, sans en oublier un seul, qui a été nettement recommandée et qui faisait gravement défaut. La rapporteuse spéciale sur la santé a exprimé sa détermination de mettre fin au problème de la stérilisation forcée et a également promis de l'examiner en profondeur.

La vice-présidente : Maître Lombard, je dois malheureusement vous interrompre. Il vous reste 10 secondes.

Me Lombard : Elle-même médecin d'ascendance zouloue d'Afrique du Sud, elle comprend cette situation difficile et elle continue d'appuyer celles qui, chez elles, ont besoin de ce soutien. Comprenez que les blessures béantes demeurent lancinantes, et l'impunité que constatent constamment nos clientes attise vraiment les braises qui continuent de les brûler de l'intérieur. Bientôt, elles raconteront leur histoire, mais, ce qui est des plus importants, elles vous demanderont ensuite d'agir, et nous espérons que vous le ferez.

La vice-présidente : Merci.

[Français]

Suzy Basile, professeure et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, à titre personnel : *Kaskina*. Bonjour et merci de cette invitation. Je tiens à mentionner que je suis d'origine atikamekw et que je viens d'une longue lignée de femmes qui, comme mon arrière-grand-mère, ont connu l'inondation de leur territoire et qui, comme ma grand-mère, ont fait un long séjour de plusieurs années dans un sanatorium en raison de la tuberculose. Ma mère est une survivante des pensionnats. C'est un honneur de partager avec mes sœurs un peu de ma contribution, grâce aux travaux de recherche que je mène sous les auspices de la chaire de recherche du Canada que j'ai obtenue, mais aussi de partager les contributions d'autres

I apologize for the redundancy of the remarks you will hear; I took refuge in a book chapter I just submitted for publication, but I still think it is important to bring up some major aspects of the history of Indigenous women's health in Canada in French. Despite the recent improvement in some socioeconomic indicators and health indicators among Indigenous peoples, significant disparities persist between Indigenous women and other Canadian women. Indigenous women are more exposed to all sorts of violence that endangers their safety, their integrity, their life, as well as the lives of their children. The National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls report makes that clear.

For example, their womanhood exposes them to unique risks, such as those associated with reproduction. Canada is on the list of countries that have put in place policies and programs for controlling procreation through sterilization or abortions to achieve so-called modernity.

According to various authors, birth control had become necessary and it was deemed, at a certain time, that the Indigenous birth rate was much too high. Therefore, something had to be done. Based on that, thousands of Indigenous women were sterilized, as you know very well. Recent research carried out in various Canadian provinces, including research I am currently leading in Quebec, shows that Indigenous women have been and still are victims of discrimination, racism and differential treatments in health care systems, to the point where they avoid going to different points of service, even when they need to.

Although Indigenous women's mental health issues in a perinatal context are still very poorly understood, the resilience of Indigenous women and the contribution of their knowledge in maternal health are too often ignored. Concerning that, it has been shown that returning to the practice of midwifery, which was just discussed briefly, and to certain rituals related to birth, as well as the revitalization of those women's knowledge, encourages Indigenous women to regain control of women's health.

It should be pointed out that the report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada and the report of the National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls recommend that Indigenous knowledge and related practices be integrated into health care.

Those recommendations are based on, among other things, article 24 of the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples, whose essence I need not remind you of.

collègues. Je remercie la nation anishinabe de m'accueillir sur son territoire ancestral et non cédé ici même, en Abitibi-Témiscamingue.

Je m'excuse de la redondance des propos que vous allez entendre; je me suis réfugiée dans un chapitre de livre que je viens de soumettre pour publication, mais je crois quand même important de rappeler certains grands pans de l'histoire de la santé des femmes autochtones au Canada en français. Malgré l'amélioration récente de certains indicateurs socioéconomiques et de santé chez les peuples autochtones, d'importantes disparités persistent entre les femmes autochtones et les autres Canadiennes. Les femmes autochtones sont davantage exposées à une panoplie de violences qui mettent en danger leur sécurité, leur intégrité, leur vie, ainsi que celles de leurs enfants; le rapport de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées le montre très bien.

Par exemple, leur condition de femme les expose à des risques uniques, comme ceux qui sont associés à la reproduction. Le Canada fait partie de la liste des États qui ont mis en place des politiques et des programmes de contrôle de la procréation par la stérilisation ou les avortements imposés au nom d'une soi-disant atteinte de modernité.

En effet, selon différents auteurs, la régulation des naissances était devenue nécessaire et on jugeait, à une certaine époque, que le taux de natalité autochtone était beaucoup trop élevé. Il fallait donc intervenir. De ce fait, des milliers de femmes autochtones ont été stérilisées, vous le savez très bien. De récentes recherches réalisées dans différentes provinces canadiennes, dont une qui est en cours au Québec et dont je suis directrice, montrent notamment que les femmes autochtones ont été et sont encore aujourd'hui victimes de discrimination, de racisme et de traitements différentiels dans les systèmes de santé, au point où elles évitent de se rendre dans différents points de services, même en cas de besoin.

Alors que les enjeux de santé mentale des femmes autochtones en contexte périnatal sont encore très mal compris, la résilience des femmes autochtones et l'apport de leurs savoirs en matière de santé maternelle sont trop souvent ignorés. À ce propos, il a été démontré que le retour de la pratique des sages-femmes, dont on vient de parler brièvement, et de certains rituels liés à la naissance, ainsi que la revitalisation des savoirs de ces femmes, favorise la reprise en main de la santé des femmes par les femmes autochtones.

Il faut souligner que le rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada ainsi que celui de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées recommandent d'intégrer dans les soins de santé les savoirs autochtones et les pratiques qui y sont associées.

Ces recommandations s'appuient notamment sur l'article 24 de la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones, dont je n'ai pas besoin de vous rappeler l'essence.

Yet the creation of Joyce's principle—a document that was published following the tragic death of Joyce Echaquan—confirms that the legal protections in health applicable to the general population are likely insufficient to ensure the genuine safety of Indigenous peoples, even though that right is supposed to be recognized for all Canadians.

As sterilization involves surgery that permanently alters a woman's reproductive capabilities, the parameters around it should be given special attention and the patient should be given full discretion to make a decision without pressure or coercion. There are significant examples of this.

While a number of studies have been initiated on the issue in the western provinces, there is a glaring lack of data and research in Quebec, which contributes to the lack of knowledge and recognition of the seriousness of that issue for Quebec's First Nations and Inuit women.

In February 2019, I helped write an open letter that was published and denounced the fact that the Government of Quebec had refused at the time to participate in a federal task force to shed light on that reality, by arguing that it was already very aware of the issue and that, in any case, health is a matter of provincial jurisdiction — while the fact is that health is an area of shared jurisdiction.

[*English*]

The Deputy Chair: Professor Basile, I remind you we have about five seconds left, but there will be plenty of opportunity for questions.

[*Translation*]

Ms. Basile: In conclusion, I would like to bring up the three findings of the research we are currently analyzing in Quebec: the compromised free and informed consent of Indigenous patients, the differential treatment in Quebec hospitals of Indigenous women and the widespread mistrust of health services, which means that many will not go to the hospital and will not get the perinatal care they need.

I would be happy to come report on the findings of the research we are completing on the sterilization imposed on Indigenous women.

[*English*]

The Deputy Chair: Thank you very much. We will now go to questions from senators. I want to remind senators that Ms. Lombard is the counsel in a case currently before a Canadian court. I will caution senators when asking questions.

Or, l'élaboration du principe de Joyce — document qui a été publié à la suite du décès tragique de Joyce Echaquan — confirme que les protections juridiques en matière de santé applicables à la population générale sont vraisemblablement insuffisantes pour assurer une véritable sécurité au peuple autochtone, un droit pourtant censé être reconnu à l'ensemble des citoyens du pays.

Puisque la stérilisation est une opération qui altère de façon permanente les capacités reproductives d'une femme, les balises entourant le consentement doivent faire l'objet d'une attention particulière et donner la pleine latitude à la patiente de prendre une décision sans pression ni contrainte; les exemples sont éloquentes à cet égard.

Alors que plusieurs études ont été lancées sur le sujet dans les provinces de l'ouest du pays, il y a une absence vraiment particulière de données et de recherches au Québec, ce qui contribue à la méconnaissance et au manque de reconnaissance de la gravité de cet enjeu pour les femmes des Premières Nations et les Inuites du Québec.

En février 2019, j'ai participé à la rédaction d'une lettre ouverte qui a été publiée et qui dénonçait le fait que le gouvernement du Québec avait refusé à l'époque de participer à un groupe de travail fédéral pour faire la lumière sur cette réalité, en argumentant qu'il était déjà très sensibilisé à la question et que, de toute manière, la santé est un domaine de compétence provinciale — alors que, dans les faits, la santé est une compétence partagée.

[*Traduction*]

La vice-présidente : Madame Basile, je vous rappelle qu'il nous reste environ cinq secondes, mais que vous aurez amplement l'occasion d'être questionnée.

[*Français*]

Mme Basile : En conclusion, j'aimerais rappeler les trois constats de la recherche que nous sommes en train d'analyser au Québec : la mise à mal du consentement libre et éclairé des patients autochtones, le traitement différentiel dans les hôpitaux québécois envers les femmes autochtones et la méfiance envers les services de santé de manière généralisée, ce qui fait en sorte que plusieurs ne se rendront pas à l'hôpital et n'obtiendront pas les soins de périnatalité nécessaires.

Je serais heureuse de venir vous présenter les résultats de la recherche sur les stérilisations imposées de femmes autochtones que nous sommes en train de terminer.

[*Traduction*]

La vice-présidente : Merci beaucoup. Passons maintenant aux questions des sénateurs. Je tiens à rappeler à mes collègues que maître Lombard agit à titre d'avocate dans une affaire dont un tribunal canadien a été saisi. Je les invite donc à faire preuve

According to *Senate Procedure in Practice*, the *sub judis* convention is a voluntary restraint by parliamentarians from discussing matters that are before the courts. I encourage members to refrain from providing direct commentary on the details of the litigation.

We have a long list of senators who have questions to ask. Senators, I'll remind you to please identify whom you're directing your question towards as we have three witnesses on this panel.

Senator Hartling: My question is for Ms. Lombard. I really liked what you said about "obstetric violence." The term is riveting, and I think it's a good term. I'd like to explore it a little bit. What is the line between forced sterilization, coercion and good medical advice? Are there certain groups, certain people who are more vulnerable than others who would fall into that group? Where would that line be? How would we determine that? Could you give me a little more detail on that, please?

Ms. Lombard: Thank you for your question, Senator Hartling. I think that consent in law when it comes to non-essential, non-emergent medical procedures is in no way opaque or difficult to understand. Any measure of stress that a person is experiencing, that a patient is experiencing, is sufficient to kind of put the discussion to another day. We have noted physicians approaching women in circumstances of abject vulnerability, and this is not because of any kind of mental health issue necessarily; it's because they are giving birth.

Those of you on this call who have given birth or witnessed people giving birth, if I may be so direct, will understand that it's not the best time to talk about ever doing it again. There are better times to talk about engaging in that activity once more — when you feel like a human being again — and that is not what we are seeing. So if we want to talk about the legal tenets of consent, they're rather simple. We need capacity. Consent is specific to the procedure and to the physician. Consent needs to be informed, and there also needs to be a sufficient or an adequate environment for the woman to consider what her options are. That is a part of the informed consent component, which brings about the fourth pillar, which is that it has to be voluntary.

Do we see in this particular instance any peaks and valleys of attenuating or mitigating circumstances? Yes, perhaps. But what we see is a dire need for a cultural adjustment within the medical system and the health systems, not a greater understanding of Indigenous culture.

Senator Hartling: Thank you very much.

Senator Boyer: My question is for Ms. Lombard and Ms. Basile, and it has to do with the research that you've conducted in this area. What is your opinion about how widespread this issue is? I know you've been focusing mostly on

de retenue dans leurs questions. Dans *La Procédure du Sénat en pratique*, la convention du *sub judice* le commande aux parlementaires quand ils discutent d'affaires en instance, et je les y encourage vivement dans leurs observations directes sur les détails du procès.

Nombreux sont ceux qui veulent poser des questions. Veuillez préciser à qui vous les posez, puisque les témoins sont au nombre de trois.

La sénatrice Hartling : Maître Lombard, j'ai bien aimé ce que vous avez dit au sujet de la violence obstétrique. Quelle expression fascinante et juste! Examinons-la un peu. Qu'est-ce qui distingue la stérilisation forcée, la coercition et un bon conseil médical? Des groupes, des personnes plus vulnérables que les autres se rangeraient-elles dans cette catégorie? Où tracer la ligne? Comment faire cette détermination? Pourriez-vous me donner plus de précisions, s'il vous plaît?

Me Lombard : Merci de votre question. En droit, la notion de consentement à des opérations non essentielles ou bien connues n'a rien d'opaque et ne présente aucune ambiguïté. Toute mesure de stress qu'éprouve un patient suffit à remettre la discussion à une date ultérieure. Nous avons remarqué que des médecins abordaient des femmes qui se trouvaient dans une vulnérabilité sans espoir, pas nécessairement à cause d'un problème de santé mentale, mais parce qu'elles accouchaient.

Celles qui ont été appelées à donner naissance ou ceux ou celles qui ont été témoins d'une naissance, si je peux le dire aussi directement, comprendront que ce n'est pas le meilleur moment pour parler de recommencer. Il y en a de meilleurs — quand on se sent de nouveau comme un être humain — et ce n'est pas ce que nous constatons. Alors, s'il faut parler des doctrines juridiques du consentement, elles sont plutôt simples. Il faut la capacité de le faire. Le consentement est propre à l'opération et au médecin. Le consentement doit être donné en connaissance de cause, et il faut aussi que soient réunies des conditions suffisantes ou favorables à l'appréciation, par la femme, des options qui s'offrent à elle. C'est un élément du consentement en connaissance de cause qui aboutit au quatrième principe, celui du consentement volontaire.

Dans ce cas particulier, observons-nous une sorte d'oscillation des circonstances atténuantes? Oui, peut-être. Mais nous constatons aussi un besoin urgent d'ajustement culturel dans le système médical et dans les systèmes de santé, non une compréhension meilleure de la culture autochtone.

La sénatrice Hartling : Merci beaucoup.

La sénatrice Boyer : Mesdames Lombard et Basile, par suite de vos recherches dans ce domaine, dans quelle mesure le problème est-il répandu? Je sais que vous vous êtes surtout focalisées sur le Québec, madame Basile, mais vous en avez

Quebec, Ms. Basile, but you may have an idea of how widespread this issue might be. Have you found it is in all of the provinces as well as the North? Specifically, what kind of recommendations would you suggest this committee come up with that might address this issue? That's directed to both of our witnesses.

[Translation]

Ms. Basile: So yes, we can —

[English]

Senator Boyer: I'm just looking at how widespread it would be. And what you found in your research.

[Translation]

Ms. Basile: So yes, we can say that the practice is also widespread in Quebec and across the country. All that is well documented. Unfortunately, Quebec can also be added to the list.

We are currently analyzing the testimony we have gathered [Technical difficulties].

I can just confirm that there are cases in Quebec and that they come up in a number of Indigenous nations and not only in a single nation.

[English]

Ms. Lombard: I can quickly add to that. I think that the practice is widespread across the country, Senator Boyer. Recently there was an action filed in the Northwest Territories. We know this practice was incredibly pervasive in some isolated locations in Nunavut and Nunavik as well. British Columbia, we have heard reports. We have heard reports from the Yukon, clear across the country.

Ms. Basile: I forgot to mention that a class action has also started in Quebec with the Atikamekw nation. That's something that we will have to follow.

Senator Boyer: Thank you.

[Translation]

Senator Gerba: Since the Minister of Justice is not here, my question from earlier is the same. I don't know whether someone can answer it. However, I will put a question to Dr. Malhotra. The federal government has said that the health and safety of Indigenous women and girls was a top priority for the country. What do you think the government should do over the short, medium and long terms to end forced sterilization?

peut-être une idée. L'avez-vous observé dans toutes les provinces ainsi que dans le Nord? Quel genre de recommandations précises conseillerez-vous à notre comité de formuler, pour résoudre ce problème?

[Français]

Mme Basile : Alors oui, on peut..

[Traduction]

La sénatrice Boyer : Je veux seulement savoir à quel point il est répandu. Et connaître ce que vous avez trouvé grâce à vos recherches.

[Français]

Mme Basile : Donc oui, on peut dire que la pratique est également répandue au Québec et dans l'ensemble du pays. Tout cela est bien documenté. Malheureusement, on peut également ajouter le Québec à la liste.

Nous sommes en train d'analyser les témoignages que nous avons récoltés [Difficultés techniques].

Je peux simplement confirmer qu'il y a des cas au Québec et que les cas se retrouvent chez plusieurs peuples autochtones, pas uniquement au sein d'une seule nation.

[Traduction]

Me Lombard : Je peux rapidement ajouter mon point de vue. La pratique est répandue dans tout le pays. Récemment, des poursuites ont été intentées dans les Territoires du Nord-Ouest. Nous savons que la pratique était incroyablement répandue dans certains endroits isolés du Nunavut et du Nunavik. Nous savons que des cas ont été signalés en Colombie-Britannique. Il y en a eu également au Yukon. En somme, partout au Canada.

Mme Basile : J'ai oublié de mentionner un recours collectif intenté au Québec par la Nation Atikamekw. Affaire à suivre.

La sénatrice Boyer : Merci.

[Français]

La sénatrice Gerba : Étant donné que le ministre de la Justice n'est pas présent, ma question de tout à l'heure reste la même. Je ne sais pas si quelqu'un peut y répondre. Cependant, je vais poser une question à la Dre Malhotra. Le gouvernement fédéral a indiqué que la santé et la sécurité des femmes et des filles autochtones représentent une priorité absolue pour le pays. Quels sont, selon vous, les moyens à court, moyen et long terme

[English]

Dr. Malhotra: I will humbly answer as a physician, clinician and administrator.

From my perspective, there are many layers to what has happened and what continues to happen. It begins in that circle of care that I refer to frequently. Our patient is in the middle of this care circle, and every single touch point within the health care system becomes meaningful to their wellness going forward. So every person that answers the phone, every person that they see in the hospital, every person that they speak to, every person that's doing surgery on them and also every form that they see. That's one piece.

Every touch point that this person has within the health care system needs to have education and have accountability for their conversations and their actions within their care that they're providing, or a part of, in any way.

Past that, our college regulations need to be in line. We need to ensure that physicians and other health care providers are mandated effectively within their governing bodies. That's one step on the medical side.

As far as past that, we do need more protections from government towards the care of these women. It's hard to say that we used to have laws that legalized or allowed for sterilization to occur, yet we aren't necessarily putting these bulk protections in place in all aspects. That's straight from the education of our providers from entrance right up to the exit of a patient from the care that they are receiving. It is that entire journey of care that needs to be addressed, in my opinion.

From what I've seen and what I have heard, it is incredibly heartbreaking to hear that someone, many, will come forward to the safe space of the First Nations Health Authority and come to me and say, "I cannot go and get my colposcopy, my treatment for my cervical disease; I cannot go and get regular, routine screening; I cannot get this because someone in my community was sterilized." This is because it's not a given that everything would be okay.

And so from the person that books their appointment right up to the end of their care, everyone needs to have education in creating a safe space and knowing that any type of coercion is unacceptable — and this speaks to a previous question; it is not necessarily the confidentiality of what someone is going to experience in the system but the power that needs to be altered. That interaction between patient and provider, that's what we're trying to change with the alteration of consent forms to ensure that we're giving back the power to the person who is receiving the care, because it is their care. And the biases of our providers,

que le gouvernement doit utiliser pour mettre fin au phénomène de la stérilisation forcée?

[Traduction]

Dre Malhotra : Je répondrai humblement en ma qualité de médecin, de clinicienne et d'administratrice.

D'après moi, plusieurs couches d'événements passés et d'événements qui continuent de survenir se superposent. Ça commence à l'intérieur du cercle de soins auquel je fais souvent allusion. Notre patiente est au milieu de ce cercle, et chacun des points de contact à l'intérieur du réseau de santé devient significatif pour son mieux-être à venir. Il en va de même de chaque personne qui lui répond au téléphone, qu'elle voit à l'hôpital, à qui elle s'adresse, qui l'opère, de chacun des formulaires qu'on lui présente. Voilà la première couche.

Chaque point de contact de cette personne avec le système de santé doit être sensibilisé et responsabilisé pour ses conversations et ses actions à l'intérieur des soins qu'il prodigue ou d'une partie d'entre eux, de toute manière.

À l'extérieur de cette couche, les règles de notre collègue doivent être fonctionnelles. Nous devons nous assurer que les médecins et les autres fournisseurs de soins sont bien missionnés par leur organisme professionnel. C'est une autre couche du côté médical.

À partir de là, nous avons besoin de plus de mesures de protection du gouvernement pour le soin de ces femmes. Il est difficile d'affirmer que nous avons des lois qui légalisaient ou autorisaient la stérilisation. Pourtant, nous ne mettons pas nécessairement en place, pour tous les aspects, ces protections foisonnantes. Ça découle directement de la sensibilisation de nos fournisseurs de soins, de l'admission à la sortie du patient. D'après moi, c'est tout le parcours des soins qu'il faut envisager.

D'après ce que j'ai vu et entendu, je trouve incroyablement navrant d'en entendre certaines, qui sont nombreuses, venir me dire dans le sanctuaire de l'autorité médicale des Premières Nations, qu'elles ne peuvent pas recevoir tel ou tel traitement, subir un examen régulier ou de routine, parce que quelqu'un, dans sa communauté, a été stérilisé. En effet, ce n'est pas une donnée que tout ira bien.

Donc, de la prise du rendez-vous à la fin des soins, chacun doit être sensibilisé de manière à s'entourer d'un espace sûr et de savoir que toutes les formes de coercition sont inacceptables — et ça répond à une question antérieure : ce n'est pas nécessairement la confidentialité de ce que quelqu'un vivra dans le système, mais le pouvoir qu'il faut modifier. Nous essayons de changer, par la modification des formulaires de consentement, l'interaction entre le patient et le soignant, pour redonner le pouvoir au patient, parce que c'est de ses soins dont il s'agit. Et pour que les préjugés de nos soignants, enracinés dans notre

which exist and have been ingrained in our system immemorial, are not being trickled into the care that they are providing.

It starts right from someone accessing birth-control pills, right up to accessing sterilization. It is the entire continuum that has to be addressed. The abuse needs to be addressed very clearly on all levels: medical, governmental, legal.

Ms. Lombard: If I may address the question in terms of concrete measures.

[*Translation*]

There would be a set of criminal measures and a set of political measures, but I think criminal measures could have a deterrent effect given their straight-forwardness.

Senator Gerba: Do you think the Criminal Code is sufficient to put an end to this scourge?

Ms. Lombard: No.

Senator Gerba: So how can actions be improved?

Ms. Lombard: Legislative amendments must be made to provisions.

[*English*]

The Deputy Chair: Senator Gerba, we'll put you on for a second round, if we have time for one. Thank you.

Senator Omidvar: Thank you to all our witnesses for being here with us.

My question is for Ms. Basile. I don't want to step on Ms. Lombard's legal toes and limitations, as the chair has pointed out. I'd like to focus on the survivors.

Ms. Basile, did any of your research point you towards the need for compensation of survivors? If so, what role would the federal government have in ensuring some measure of justice for the survivors? Do you think such a recommendation should be in our report?

[*Translation*]

Ms. Basile: That could definitely be a recommendation you could include in your report. As for what mechanisms to use to do so on a national scale, I cannot suggest any potential solutions. I am less familiar with this because things are done in specific ways depending on the issues in Quebec.

système depuis un temps immémorial, ne s'infiltrèrent pas dans les soins qu'ils donnent.

Ça commence dès l'accès à la pilule anticonceptionnelle et ça se poursuit jusqu'à la stérilisation. C'est cet ensemble qu'il faut prendre en considération. Il faut s'attaquer très visiblement à tous les niveaux où les droits sont bafoués : médical, étatique, juridique.

Me Lombard : Si je peux répondre à la question en proposant des mesures concrètes.

[*Français*]

Il y aurait une série de mesures pénales et une série de mesures politiques, mais je crois que les mesures pénales pourraient avoir un effet de dissuasion, en vertu de leurs existences plus simples.

La sénatrice Gerba : Pensez-vous que le droit criminel actuel est suffisant pour mettre fin à ce fléau?

Me Lombard : Non.

La sénatrice Gerba : Comment peut-on améliorer les actions, alors?

Me Lombard : Il faudrait apporter des amendements ou des changements législatifs aux sections.

[*Traduction*]

La vice-présidente : Sénatrice Gerba, nous vous inscrivons pour une prochaine intervention. Si nous en avons le temps. Merci.

La sénatrice Omidvar : Je remercie tous les témoins d'être des nôtres.

Madame Basile, je ne voudrais pas marcher à l'intérieur des bornes des plates-bandes juridiques de maître Lombard, comme la présidence l'a fait remarquer. Je voudrais concentrer mon attention sur les survivantes.

Madame Basile, votre recherche montre-t-elle la nécessité d'indemniser les survivantes? Dans l'affirmative, quel rôle le gouvernement fédéral jouerait-il en leur assurant une certaine mesure de justice? Croyez-vous qu'une recommandation en ce sens devrait se retrouver dans votre rapport?

[*Français*]

Mme Basile : Cela pourrait certainement être une recommandation que vous pourriez inclure dans votre rapport. Quant à savoir quel est le mécanisme à prendre ou à utiliser pour ce faire, sur le plan national, je ne peux pas vous suggérer de piste. Je m'y connais moins à cause du fait que, au Québec, les choses se font d'une certaine manière selon les sujets.

As for compensation, that was not something the participants in our research were seeking. When we asked them a question about a potential class action lawsuit and when we asked them whether they would like to get more information about that — as that aspect was not part of the research and other people would be taking care of the class action lawsuit — the vast majority of participants said they would like to have information about it. However, it was not necessarily with the goal of obtaining financial compensation. I think that could be an interesting way to repair at least a little bit of the damage done to them.

[English]

Senator Omidvar: I guess it's not just remedy; it's also preventative. So once there is a cost to the system, whether it's a cost to the doctor or the medical system or the federal government, perhaps it has sharper teeth. Thank you for your answer.

I don't know if Ms. Lombard is able to weigh in on this.

Ms. Lombard: I think it better if I do not.

Senator Omidvar: Yes. Thank you.

[Translation]

Senator Audette: Before I begin, Ms. Basile, thank you very much for bringing a voice of four generations of your family, a voice that reflects those of thousands of other Indigenous women of Quebec. Ms. Lombard, thank you for being the gentle warrior behind the rather silent voices to get legislation amended, I hope. Many thanks to my colleague whom I love to death, Senator Boyer, for getting things moving. Once again, from the perspective of a victim, a mother and a woman who does not really understand what provincial and federal jurisdictions are and from a personal standpoint of someone who participated in three summits and in forums on racism in the health community after the death of our sister Joyce, I will tell it like it is. Quebec is absent or it is trying to clearly show that we don't need cultural safety in the health reform on its territory.

I need you to reassure me. How can we use our research — I know that you talked about criminal and political measures, Ms. Basile — to ensure that, despite jurisdictional complexity, we can get things done? Help me out.

Ms. Basile: That is a good question, Senator Audette. Quebec has actually relieved itself of responsibility in a number of areas, including cultural safety, by saying a few weeks ago that this important notion is not part of Quebec's public health policy. That is extremely difficult for me to understand, but it is not

Pour ce qui est des compensations, ce n'était pas une revendication des participantes à notre recherche. Quand on leur posait la question au sujet d'un éventuel recours collectif et quand on leur demandait si elles voulaient obtenir plus d'information sur le sujet — parce que cet élément ne fait pas partie de la recherche et que ce sont d'autres personnes qui s'occuperaient du recours collectif —, la grande majorité des participantes répondaient qu'elles voulaient avoir de l'information à ce sujet. Cependant, ce n'était pas nécessairement dans le but d'obtenir une compensation financière. Je crois que ce pourrait être une avenue intéressante à emprunter pour réparer ne serait-ce qu'un peu ce qu'elles ont eu vécu.

[Traduction]

La sénatrice Omidvar : Je suppose que ce n'est pas seulement pour porter remède; c'est également préventif. Dès qu'il y a un coût pour le système, soit pour le médecin, soit pour le système médical ou, encore le gouvernement fédéral, c'est plus musclé. Merci de votre réponse.

J'ignore si maître Lombard peut intervenir sur cette question.

Me Lombard : Je ferais mieux de m'abstenir.

La sénatrice Omidvar : Oui. Merci.

[Français]

La sénatrice Audette : Avant de commencer, madame Basile, merci beaucoup de porter la voix de quatre générations de votre famille, une voix qui reflète celles de milliers d'autres femmes autochtones du Québec. Maître Lombard, merci d'être la douce guerrière derrière les voix plutôt silencieuses pour faire changer des lois, je l'espère. Merci infiniment à ma collègue que j'aime d'amour, la sénatrice Boyer, de faire bouger les choses. Encore une fois, d'un point de vue de victime, de maman ou de femme qui ne comprend pas bien ce que sont les juridictions provinciales et fédérales et d'un point de vue personnel, pour moi qui ai participé aux trois sommets et aux forums sur le racisme dans le milieu de la santé après le décès de notre sœur Joyce Echaquan, on va se dire les vraies choses : le Québec est absent, ou alors il essaie de démontrer clairement que nous n'avons pas besoin de sécurisation culturelle dans la réforme de la santé sur son territoire.

Rassurez-moi : comment pouvons-nous, par nos recherches — je sais que vous avez parlé de mesures pénales et politiques, madame Basile —, nous assurer que, malgré la complexité des juridictions, nous pouvons faire des choses? Aidez-moi.

Mme Basile : C'est une bonne question, sénatrice Audette. En effet, le Québec s'est désresponsabilisé de plusieurs secteurs, dont celui de la sécurisation culturelle, en affirmant il y a quelques semaines à peine que cette importante notion ne se retrouve pas dans la politique de santé publique du Québec. Cela

surprising for a government that does not recognize the existence of systemic racism.

The testimony we have gathered clearly proves there is systemic racism in Quebec's health system. I don't want to take advantage of Joyce Echaquan's death, but that is clear evidence that came just as our research work was beginning. It all speaks for itself.

Perhaps pressure could be put on all the political parties, which adopted a motion unanimously in the National Assembly last fall to put an end to the forced sterilization of women in Quebec. Perhaps they should be reminded that they adopted that motion and that an election is coming up. It would be very important for Indigenous issues, as big as they are, to be at least a small part of the upcoming election issues. This momentum should be used. I will let you take care of that.

Senator Audette: Thank you.

[*English*]

Senator Boyer: My question is for Dr. Malhotra.

You described the fear that women have when they go for any kind of visit at the hospital, particularly when they're in a vulnerable position. What about their families? What about accessing health care for their children? How has that fear affected the generations to come if they have had children? Can you describe that, please?

Dr. Malhotra: It truly can. Thank you for the question. It's truly heartbreaking. In fact, it is quite hard to listen to and advocate within such trauma. It isn't that one person in a community experiences coerced sterilization. The entire community experiences the sterilization. What ends up happening is someone will come and say to me, absolutely, "I'm terrified to go to this appointment. What can we do? How can I get my care? What are the options?" But they will have children, aunts, mothers and grandmothers who have also had the same fears, generally with very good reason. It says to me that an entire community is now not accessing care effectively. That means their overall wellness, their overall cancer risk and the overall well-being and health of an entire community is now being compromised. How do we hear that and not make change? It breaks my heart to take this information in, because it's so painful, and it has impacted so many people.

One can imagine, if someone in a community has been sterilized, and then a mother who is a cousin, a friend or a community member doesn't want to get care, that information is

est extrêmement incompréhensible à mes yeux, mais pour un gouvernement qui ne reconnaît pas l'existence du racisme systémique, ce n'est pas surprenant.

Les témoignages que nous avons recueillis prouvent clairement qu'il y a du racisme systémique dans le système de santé au Québec. Je ne veux pas tirer profit du décès de Joyce Echaquan, mais en voilà une preuve flagrante qui est arrivée en même temps que nos travaux de recherche commençaient. Tout cela parle de soi-même.

Peut-être pourrait-on mettre de la pression sur les partis politiques en place, eux qui ont, l'automne dernier, adopté une motion à l'unanimité à l'Assemblée nationale pour qu'il n'y ait plus de stérilisation forcée de femmes au Québec. Peut-être faudrait-il leur rappeler qu'ils ont adopté cette motion et que des élections s'en viennent. Il serait très important que les enjeux autochtones, aussi larges soient-ils, soient minimalement au cœur des enjeux électoraux qui viennent. C'est un élan qu'il ne faut pas manquer. Je vous laisse vous occuper de cela.

La sénatrice Audette : Merci.

[*Traduction*]

La sénatrice Boyer : J'interroge la Dre Malhotra.

Vous avez décrit la crainte des femmes qui se rendent à l'hôpital, particulièrement lorsqu'elles se trouvent en situation de vulnérabilité. Qu'en est-il de leur famille? Qu'en est-il de l'accès de leurs enfants à des soins? Comment cette frayeur a-t-elle gagné les générations ultérieures qui ont eu des enfants? Pouvez-vous, s'il vous plaît, le décrire?

Dre Malhotra : Je le peux vraiment. Merci pour la question. C'est vraiment navrant. En fait, il est très difficile d'écouter et de militer pour une cause à l'intérieur d'un tel traumatisme. Ça ne se limite pas à une seule personne obligée, dans la communauté, d'être stérilisée. Toute la communauté éprouve ce qu'elle vit. Finalement, ça aboutit à ce discours entre quelqu'un qui vient me voir, qui se dit absolument terrifié de se présenter à un rendez-vous et qui me demande conseil : « Comment puis-je obtenir mes soins? Quelles sont mes options? » Mais elles auront des enfants, des tantes, des mères et des grands-mères qui auront eu les mêmes craintes, en général très légitimes. J'en déduis que toute une communauté, désormais, n'accède pas à des soins efficaces. Ça signifie que le mieux-être global, le risque global de cancer et la santé globale de toute la communauté sont désormais compromis. Comment entendre ça et ne pas entreprendre de changement? Ça me déchire le cœur de prendre connaissance de cette information, parce que c'est tellement douloureux et ç'a touché tant de gens.

On peut imaginer que, si quelqu'un, dans une communauté, a été stérilisé, puis qu'une mère qui est une cousine, une amie ou un membre de la communauté ne veuille pas obtenir de soins, ce

being translated down from multiple generations, and there is no trust within the system for multiple generations.

We see that with survivors of all trauma, from residential schools and from sterilization, that we have to change the entire system, the entire circle of care in every way to ensure that their health and safety is just as much a priority as any other part of care and that we amplify their voice well above anything else we're doing.

Senator Boyer: Would you say it would be very important to take that into consideration in any type of compensation package — as Senator Omidvar brought up with her question — the legacy, the intergenerational legacy of forced and coerced sterilization?

Dr. Malhotra: Absolutely. As a humble provider, I believe so. I've seen the impacts of trauma first-hand from residential school survivors, from coerced sterilization, the community impacts. We have to take that into consideration, I think, because it has impacted so much. People are not able to have their healthiest life forward because of an abuse done within a generation potentially preceding them.

Senator Boyer: It's especially heartbreaking that there are children involved. Thank you very much.

Dr. Malhotra: Absolutely. I have a daughter, and we worry about what happens when she has to go and have a reproductive care visit. Imagine if you had to also layer onto that the fear of sterilization of your child and of your niece and what that looks like. I think anyone can understand that all children are all our children when we become moms, and we think of our community in a different way at times, and this is one of those times.

Senator Boyer: Thank you, Dr. Malhotra.

[Translation]

Senator Gerba: Madam Chair, I think Senator Boyer asked the question I wanted to ask to shed a bit more light on the testimony of the victims Dr. Malhotra met with. So I will give up my speaking time.

Senator Audette: Because of all my emotions — as these tragedies affect us personally — I forgot to thank Dr. Malhotra. Thank you very much for your work, and thank you for reminding us of the impact of all this. An entire community has suffered.

My question is for Ms. Lombard and Dr. Malhotra. We are talking about criminal and political measures, but despite the fact that the provinces have exclusive jurisdiction over hospitals —

renseignement est transmis sur de nombreuses générations, et, pendant ces générations, il n'y a pas de confiance envers le système.

Nous constatons avec les survivantes de tous les traumatismes, depuis les pensionnats et la stérilisation, qu'il faut changer tout le système, tout le cercle de soins, de toutes les façons possibles, pour que leur santé et leur sécurité soient aussi prioritaires que tout autre élément de soins et que nous amplifions leur voix pour qu'elle recouvre tout ce que nous faisons d'autre.

La sénatrice Boyer : Diriez-vous qu'il serait très important de prendre en considération dans tout type d'offre de dédommagement — que la sénatrice Omidvar a mis sur le tapis — le legs intergénérationnel de la stérilisation forcée?

Dre Malhotra : Absolument. C'est ce que croit la simple aidante que je suis. J'ai directement vu les conséquences du traumatisme subi par les survivants des pensionnats, des femmes ayant subi la stérilisation forcée, les répercussions dans la communauté. Il faut les prendre en considération, en raison des nombreuses et vastes répercussions. Certains sont désormais incapables d'être au mieux de leur santé, à cause d'une agression survenue, peut-être, une génération avant eux.

La sénatrice Boyer : C'est particulièrement navrant que des enfants en souffrent. Merci beaucoup.

Dre Malhotra : Absolument. J'ai une fille, et nous nous faisons du souci pour ce qui pourrait arriver à une prochaine visite gynécologique. Imaginez si vous deviez également ajouter à cette couche celle de la crainte de la stérilisation de votre enfant ou de votre nièce et de ce à quoi ça ressemble. Je pense que tous peuvent comprendre que tous les enfants sont nos enfants quand nous devenons mères, et, parfois, nous pensons à notre communauté de façon différente, et c'est l'une des occasions où ça se produit.

La sénatrice Boyer : Merci, docteur.

[Français]

La sénatrice Gerba : Madame la présidente, je pense que la sénatrice Boyer a posé la question que je voulais poser pour apporter un peu plus de lumière sur les témoignages des victimes que la Dre Malhotra a rencontrées. Je cède donc mon temps de parole.

La sénatrice Audette : À cause de toutes mes émotions — car ces tragédies nous touchent personnellement —, j'ai oublié de remercier la Dre Malhotra. Merci beaucoup de votre travail, et merci de nous rappeler l'impact de tout cela. C'est toute une communauté qui a souffert.

Je pose la question à Me Lombard et à la Dre Malhotra : on parle de mesures pénales et politiques, mais malgré le fait que les provinces ont la compétence exclusive dans les hôpitaux —

because we don't have it in our territories and our communities — can anything be done quickly to support the women and girls who are afraid to go to hospitals, while waiting for major political debates be held or for legislation or bills to be introduced? How can we support individuals right now, which will be reflected in the community?

Ms. Lombard: Thank you for asking this question, Senator Audette. If I may answer, it is sad to think that the Indigenous women who go to the hospital, regardless of the reason, would need a bodyguard, but I think that is where we are at. Liaisons in hospitals can be useful, but we have to rely on major changes. This is related to the questions Senator Wells and Senator Hartley asked about accountability. It also is related to the question Senator Gerba asked about criminalizing sterilization without consent.

What would we need to ensure that women are, at the very least, less at risk of being subjected to permanent procedures they do not want, especially when it comes to their ability to conceive?

Criminalization of specific acts could serve as a deterrent. So far, there have been no reports of doctors facing consequences, as Senator Hartling mentioned; there have been none. However, the risk of criminal sanctions could have an impact. At least we know that it would be better than what we have at the moment, which is nothing at all. I think that this is a measure that would be immediate. It must be understood that, in order to denounce a practice that is absolutely unacceptable, the measure must equal the harm caused. If doctors know that they could potentially be subject to criminal sanctions, this could change behaviour quite quickly.

Secondly, I believe that support centres in hospitals are very important. Many of my clients come in alone to give birth to their babies, but that's not an invitation for doctors to do whatever they want with their bodies. In my opinion, this support within hospitals is still pretty important.

Be it the province or the federal government—

[*English*]

In my opinion, I don't think it's a question of inter-jurisdiction immunity in health; I think it's a question of dual jurisdiction. I don't say that flippantly; I have looked into it, and I do not think that either the provinces or the federal government have exclusive jurisdiction when it comes to health and Indigenous people, in particular First Nations people. I think they both have

parce qu'on ne l'a pas dans nos territoires et nos communautés —, y a-t-il des choses qu'on peut rapidement mettre en place pour accompagner les femmes et les filles qui ont peur d'aller dans les hôpitaux, en attendant la tenue de grands débats politiques ou le dépôt de lois ou de projets de loi? Dans l'immédiat, comment pouvons-nous faire l'accompagnement de l'individu, qui va se refléter dans la collectivité?

Me Lombard : Merci, sénatrice Audette. Si je peux me permettre de répondre à votre question, merci de l'avoir posée. Il est triste de penser que les femmes autochtones qui vont à l'hôpital, quelle que soit la raison, auraient besoin d'un garde du corps, mais je pense que nous en sommes là. Les liaisons dans les hôpitaux peuvent être utiles, mais on doit s'en remettre aux gros changements. Cela rejoint les questions que le sénateur Wells et la sénatrice Hartling ont posées par rapport à la reddition de comptes. Cela rejoint également la question de la sénatrice Gerba, qui a évoqué la criminalisation de la stérilisation sans consentement.

De quoi aurait-on besoin pour nous assurer que les femmes sont, au moins, moins à risque de se faire imposer des procédures permanentes qu'elles ne souhaitent pas, particulièrement en ce qui a trait à leur habileté de concevoir des bébés?

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

Deuxièmement, je crois que les centres de soutien dans les hôpitaux sont très importants. Plusieurs de mes clientes se présentent seules afin de donner naissance à leur bébé, mais ce n'est pas une invitation aux médecins à faire ce qu'ils veulent avec leur corps non plus. À mon avis, ce soutien au sein des hôpitaux est quand même assez important.

Le fait que ce soit la province ou le gouvernement fédéral —

[*Traduction*]

À mon avis, ce n'est pas tant une question d'immunité entre les administrations qu'une question de double compétence. Je ne dis pas cela avec désinvolture; j'ai étudié la question et je ne pense pas que les provinces ou le gouvernement fédéral aient une compétence exclusive pour ce qui est de la santé et des Autochtones, en particulier les Premières Nations. Je pense, pour

jurisdiction, and they do the jurisdictional dance on account of financial resources, to be blunt and frank.

With respect to Dr. Malhotra's last comment when she said, "Could you imagine bringing your child in, having these discussions about contraception?" — or yourself, your sister, your niece, et cetera — and I think Senator Audette and Professor Suzy Basile have been clear about where they come to this question from. In my case, I do not need to imagine what it feels like. As a pregnant woman dealing with this case, flying to Geneva to talk about how this is unacceptable, there was absolutely no need to imagine the fear. It was very real, and I can tell you it exists regardless of privilege, of which I have a lot.

Senator Boyer: I'm looking at recommendations. What I heard from you, Ms. Lombard, is that you're suggesting that Criminal Code support and jurisdiction needs to be all looked at in any kind of recommendations. I would like to hear from Dr. Malhotra to see if there is anything she might add to a list of recommendations that this committee might put forward.

Dr. Malhotra: Of course, I agree with those put forward.

Personally, within the medical governance for the recommendations needing to be made — I apologize humbly if that is not the role of this committee, but I believe that is really impactful within health care. If the governing bodies of midwifery, nursing and medicine really changed the language of how this topic is discussed and treated and what ramifications are in place for providers who are embarking upon any coercion regarding reproductive health, that would be really impactful. That would be another piece.

I will go back to what was talked about for a second. I'm an educator, and I was a learner within the medical system not that long ago. I am a teacher at this point. It wasn't called out in a clear and concise fashion that this was an issue. No voices were being heard. I will be doing a half day for obstetrics and gynecology patients voices next month, and it is one of the first that will be completely designed around this topic. Those will be our future surgeons.

Having these discussions being top-of-mind and in our curriculum is important. I know that no one wants to hear that they could potentially be the surgeon on the other end of this, but they need to hear it. They need to hear what is happening in operating rooms and how patients feel when they enter the consent process. It is one thing to hand someone a consent form that they don't understand, with words they don't understand, that only really talks about blood loss and fluids; it is another to talk about what your experience will be when you leave after this

parler franchement et sans détour, que cela relève des deux ordres de gouvernement et qu'ils jouent de la carte de la compétence pour des questions d'argent.

Quant au dernier commentaire de la Dre Malhotra, lorsqu'elle dit : « Pouvez-vous imaginer amener votre enfant et avoir de telles discussions sur la contraception? » Cela pourrait aussi être vous, votre sœur, votre nièce, et cetera... Je pense que la sénatrice Audette et la professeure Suzy Basile ont clairement indiqué d'où venait la question. Dans mon cas, je n'ai même pas à faire l'effort d'imaginer ce que c'est, car en tant que femme enceinte qui s'occupe de ce dossier et qui a dû prendre l'avion pour Genève afin de dénoncer cette situation inacceptable, je n'avais absolument pas besoin d'imaginer cette peur : elle était bien réelle. Je peux vous dire qu'elle existe indépendamment des privilèges, et je suis très privilégiée.

La sénatrice Boyer : J'examine les recommandations. Maître Lombard, vous laissez entendre que le Code criminel, le soutien et les questions de compétence doivent faire partie de toute recommandation. J'aimerais savoir si la Dre Malhotra peut ajouter quelque chose à la liste des recommandations que le comité pourrait formuler.

Dre Malhotra : Je suis d'accord avec celles qui ont été formulées, bien entendu.

Personnellement, quant aux recommandations nécessaires relativement au cadre de gouvernance médicale... Je m'excuse bien humblement si ce n'est pas le rôle de ce comité, mais je crois que cela a une incidence réelle sur les soins de santé. Si les instances de gouvernance de la profession de sage-femme, des soins infirmiers et de la médecine modifiaient réellement le discours et l'approche à l'égard de cette question et des conséquences pour les prestataires de soins qui exercent toute forme de coercion en matière de santé reproductive, cela aurait un impact réel. Ce serait un autre élément.

Permettez-moi de revenir brièvement sur ce qui a été dit. Je suis éducatrice et, il n'y a pas si longtemps, j'étais une apprenante dans le secteur de la santé. Aujourd'hui, j'enseigne. Jamais on n'a indiqué clairement et sans équivoque que c'était un problème. Aucune voix n'a été entendue. Le mois prochain, je consacrerai une demi-journée aux témoignages de patients en obstétrique et en gynécologie. Ce sera l'une des premières séances entièrement axées sur ce sujet. Ce sont nos futurs chirurgiens.

Il est important que ces discussions soient au cœur de nos préoccupations et fassent partie de notre programme d'études. Je sais que personne ne veut entendre qu'il pourrait être le chirurgien concerné, mais les gens doivent l'entendre. Ils doivent entendre ce qui se passe dans les salles d'opération et ils doivent entendre ce que les patients ressentent lors du processus de consentement. Remettre à quelqu'un un formulaire de consentement qu'il ne comprend pas, avec des mots qu'il ne comprend pas, qui ne parle que de perte de sang et de fluides,

period with us, what your life will be like when you leave here. That is the consent part I'm working hard on, with you and others, to try to make a reality.

But that needs our governing bodies' support to be mandated and be part of our care in a real and meaningful way.

Senator Boyer: With real consequences.

Dr. Malhotra: Yes, with real consequences.

Senator Boyer: Thank you.

[Translation]

Ms. Basile: It is obvious that, at least, an English-French-Indigenous languages awareness campaign should be funded on the issue of consent, which is very much unknown by many of the Indigenous women we had the opportunity to speak with. When some of them tell us that they were pressured to have a tubal ligation every time they got pregnant and they have children in their twenties, we can see that there is a problem. How do you respond appropriately when you don't know that you have the right to consent or not consent to something? This shows the importance of such a campaign.

I conclude by suggesting that you call on the professional bodies of social workers, nurses, doctors and others to include a mandatory component on issues of obstetric violence in relation to indigenous peoples in their certification programs. A minimum of one course would be required to become a member of the relevant professional body.

This could be, perhaps not immediately, but certainly in the medium term, a way of ensuring that the information gets to the future nurses, doctors and so on in the country.

[English]

Senator Boyer: Thank you, professor. That was very important.

Senator Wells: Legislation was passed about a year ago for new judges to have training in sexual assault law. It strikes me that there might be some parallels in training not only for new doctors but all doctors — certainly doctors who would perform these types of procedures.

Dr. Malhotra, thank you. You mentioned something that might be mandated. We did it for judges. Do you see a parallel that could exist for medical practitioners, along those lines I

c'est une chose, mais parler de l'incidence sur sa vie, de ce que la personne vivra après, c'est autre chose. C'est l'aspect du consentement sur lequel je travaille fort, avec vous et d'autres, pour que cela se concrétise.

Pour y arriver, toutefois, le soutien des instances de gouvernance doit être imposé et doit occuper une place réelle et significative dans le continuum de soins.

La sénatrice Boyer : Avec de réelles conséquences.

Dre Malhotra : Oui, avec des conséquences réelles.

La sénatrice Boyer : Merci.

[Français]

Mme Basile : Il est évident qu'une campagne de sensibilisation anglais-français-langues autochtones devrait être au moins financée pour ce qui est de la question du consentement, qui est très méconnue chez plusieurs des femmes autochtones avec qui nous avons eu l'occasion de parler. Quand certaines nous confient qu'elles ont eu des pressions pour subir une ligature des trompes à chacune de leurs grossesses et qu'elles ont des enfants dans la vingtaine, on voit qu'il y a un problème. Comment répondre à cela adéquatement, quand on ne sait pas qu'on a le droit de consentir ou non à quelque chose? Cela montre l'importance d'une telle campagne.

Je termine en vous suggérant de faire appel aux ordres professionnels des travailleurs sociaux, infirmières, médecins et autres, afin qu'ils incluent obligatoirement dans leurs programmes de certification une composante sur les questions de violences obstétricales par rapport aux peuples autochtones. Il faudrait suivre au minimum un cours pour devenir membre de l'ordre professionnel en question.

Cela pourrait être, peut-être pas immédiatement, mais certainement à moyen terme, une manière de s'assurer que l'information se rend auprès des futures infirmières, médecins et ainsi de suite du pays.

[Traduction]

La sénatrice Boyer : Merci, professeure. C'était très important.

Le sénateur Wells : Il y a un an, environ, une loi exigeant que les nouveaux juges suivent une formation sur le droit relatif aux agressions sexuelles a été adoptée. À mon avis, il pourrait y avoir un parallèle à faire concernant la formation, non seulement pour les nouveaux médecins, mais aussi pour tous les médecins, et sans aucun doute pour ceux qui font de telles interventions.

Je vous remercie, docteure Malhotra. Vous avez mentionné quelque chose qui pourrait être obligatoire. Nous l'avons fait pour les juges. Selon vous, y a-t-il un parallèle de ce genre à

mentioned, that would be a requirement during training, not just of the law but of the practice?

Dr. Malhotra: Certainly I do. There are many layers to the education requirements that we need to move forward. One is calling this issue out and making it very clear that this is a current, ongoing issue and making it clear what consent actually is.

That is why we work with shared decision-making versus a consent form. We can say that someone consented, but did they understand what they consented to? Not necessarily. That is an indication that all providers and the entire circle of care need to know and understand.

Did this person actually understand what was being told to them, and did they want you to ask them those questions? Is it even the direction they want to go?

That is what the one we created actually starts with the question, “Who initiated this conversation?” It needs to begin with that root. Where are you going, and what does it look like?

As engaging providers in this work, many have said they’re very busy in their offices and things along that line. I understand the burden of time on these things, but I’m requesting, with Senator Boyer and my other colleagues, to change how we consent — not if and how long it takes, but what is being asked. That is where education needs to change in all parts of our process.

I believe that needs to be a mandatory process that all health care providers have to be a part of. I don’t think it is just in one particular consent either. I strive for consent of sacred remains and loss and all of these very traumatic pieces of someone’s life, but we don’t have that training. We don’t have that shared decision-making training as yet in our core curriculum, and we are not taught about true accountability in regard to what is happening in these consent visits, with contraception being the biggest one, including tubal ligation. We can do the consent for the risks of blood loss and all of the rest, but we can actually just say in our chart that the patient agrees to tubal ligation as our accountability of the conversation that needed to be happening. And that needs to be changing. That is where there needs to be mandating about education of providers and how we’re educating providers.

Senator Wells: Thank you. Ms. Lombard, I’m keen to hear for your response.

faire avec les professionnels de la santé, de façon à en faire une exigence pendant la formation, non seulement en vertu de la loi, mais du côté des ordres professionnels?

Dre Malhotra : Certainement. Les exigences de formation peuvent être renforcées à plusieurs niveaux. Il faut notamment attirer l’attention sur la question, faire clairement savoir qu’il s’agit d’un problème actuel et continu, puis préciser la notion de consentement.

Voilà pourquoi nous travaillons avec la prise de décision partagée plutôt qu’avec un formulaire de consentement. On peut dire qu’une personne a donné son consentement, mais a-t-elle compris à quoi elle a consenti? Pas nécessairement. Il s’agit d’une indication que tous les fournisseurs de soins et l’ensemble du cercle de soins doivent connaître et comprendre.

Cette personne a-t-elle réellement compris ce qu’on lui a dit? Voulait-elle que vous lui posiez ces questions? Est-ce même une avenue qu’elle souhaite explorer?

Voilà pourquoi la première question de ce que nous avons créé est la suivante : « Qui a abordé la question en premier? » Il faut commencer par cette racine pour connaître la direction et avoir une idée de la situation.

Beaucoup de fournisseurs de soins consultés à ce sujet ont indiqué être très occupés dans leur cabinet et autres choses du genre. Je comprends que cela exige du temps et que cela représente un fardeau, mais ce que je réclame, à l’instar de la sénatrice Boyer et de mes collègues, c’est de modifier la façon d’obtenir le consentement. Je ne parle pas du consentement en soi, le cas échéant, ni du temps que cela prend, mais de ce qui est demandé. C’est cet aspect de la formation qui doit changer, et ce, à toutes les étapes du processus.

Je pense que cela doit être obligatoire pour tous les fournisseurs de soins de santé, et que cela ne vaut pas seulement pour une forme précise de consentement. Je préconise d’obtenir le consentement pour les restes sacrés, la perte, et tous ces événements très traumatisants de la vie d’une personne, mais nous n’avons pas cette formation. La prise de décision partagée ne fait pas encore partie du programme de base, et on n’enseigne pas la véritable responsabilité quant à ce qui se produit lors des consultations servant à obtenir le consentement pour certaines interventions, la contraception étant la plus importante, y compris la ligature des trompes. On peut obtenir le consentement pour les risques de perte de sang et tout le reste, mais on peut aussi indiquer au dossier, pour se décharger de la responsabilité d’une conversation qui devait avoir eu lieu, que la patiente consent à la ligature des trompes. Cela doit changer. Voilà pourquoi il faut rendre obligatoire la formation de fournisseurs de soins ainsi que la façon de l’enseigner.

Le sénateur Wells : Merci. Maître Lombard, j’ai hâte d’entendre votre réponse.

Ms. Lombard: Thank you for that question, Senator Wells, and Dr. Malhotra for your very thoughtful response. I think you could probably see from my vigorous head shaking that I agree wholeheartedly.

I have a few questions. Consent and content are not an event. It's a process. I think that Dr. Malhotra keenly and aptly described what that involves, particularly when we're talking about things as important as whether or not you want to have children again.

As far as what type of training is required, what I can say is that I do think that physicians should have a better understanding of what their legal obligations are and what their fiduciary obligations are to patients. As lawyers, we have those same kinds of obligations when it comes to our clients' interests. We learn a lot about them during our licensing, et cetera. I think physicians should learn about what those obligations entail, what they include, what they can do and cannot do. They are helpers and humble providers, as Dr. Malhotra has stated. The patient is the boss. You provide information so the patient can think about it and make decisions that are right for them.

The amount of case law that supports this proposition is plentiful. I think physicians should know about it and what happens when those principles are not understood. So I think that ethics need to go a bit deeper, and they do need to explore physicians' legal obligations to patients. I think that's probably the end of my knowledge on that particular point.

Senator Wells: Thank you very much, Ms. Lombard.

Dr. Malhotra, my question goes back to what Ms. Lombard said regarding "the patient is the boss." I know that, and you know that, and maybe everyone on the Zoom call knows that, but for a young, possibly not-highly-educated person or someone who has seen medical practitioners as leaders in communities and things like that, I think it's not a stretch to think that a patient like that would see the doctor as the boss and that dynamic. While I might go into any circumstance and read what's put in front of me, especially if you go into a clinic or a hospital, I am sure there are lots of things you have to sign off and a lot of that is pro forma — I'll sign that and that. It seems that dynamic needs to change as well. That might be part of the training that could be considered. As I look at this topic, I'm shocked that this is something we're discussing in Canada at this time and in this year. That might be something that should be considered as part of the changing dynamic that needs to happen.

Me Lombard : Je vous remercie de cette question, sénateur Wells, et merci à vous, docteur Malhotra, de votre réponse très réfléchie. Je pense que vous avez probablement compris, à me voir hocher de la tête vigoureusement, que je suis tout à fait d'accord avec vous.

J'ai quelques questions. Le consentement et le contenu ne sont pas un événement ponctuel, mais un processus. Je pense que la Dre Malhotra a décrit avec précision et justesse ce que cela sous-tend, en particulier lorsqu'il est question de choses aussi importantes que le fait de vouloir avoir d'autres enfants ou non.

Quant au type de formation requis, je peux dire qu'à mon avis, les médecins devraient mieux comprendre leurs obligations légales et leurs obligations fiduciaires à l'égard des patientes. En tant qu'avocats, nous avons le même genre d'obligations relativement aux intérêts de nos clients. Nous apprenons beaucoup à ce sujet lors du processus d'obtention de la licence en droit, et cetera. Je pense que les médecins devraient apprendre ce que sous-tendent ces obligations, ce qu'elles comprennent, ce qu'ils peuvent faire et ne pas faire. Leur rôle est d'aider les gens et de leur fournir des soins en toute humilité, comme la Dre Malhotra l'a indiqué. C'est la patiente qui décide. Le médecin fournit des informations pour que la patiente puisse y réfléchir et prendre les décisions qui lui conviennent.

La jurisprudence appuyant cette proposition est abondante. Je pense que les médecins devraient connaître cette jurisprudence et les conséquences lorsque ces principes ne sont pas compris. Donc, j'estime que l'éthique doit aller un peu plus loin et explorer les obligations légales des médecins à l'égard des patients. Je pense que mes connaissances sur ce point précis s'arrêtent là.

Le sénateur Wells : Merci beaucoup, maître Lombard.

Docteur Malhotra, ma question porte sur les propos de Me Lombard sur le fait que « c'est la patiente qui décide ». Je le sais, vous le savez, et toutes les personnes qui participent à cet appel sur Zoom le savent peut-être aussi, mais pour une jeune personne qui n'est peut-être pas très instruite ou qui considère les professionnels de la santé comme des leaders dans la communauté, par exemple, je pense qu'il n'est pas exagéré de penser que le médecin soit perçu comme celui qui décide et que cette dynamique puisse s'installer. Même si je peux parfaitement lire ce qui m'est présenté en toute circonstance, en particulier dans une clinique ou un hôpital, je suis certain qu'il y a beaucoup de choses à signer, souvent par pure formalité, et je signerai ceci et cela. Il me semble que cette dynamique doit aussi changer. Cela pourrait faire partie de la formation qui pourrait être envisagée. Lorsque je pense à ce sujet, je suis choqué que cela fasse encore l'objet de discussions au Canada à cette

Dr. Malhotra: Absolutely. Health care appointments are a very vulnerable time for anyone, particularly for anyone who has been in any way mistreated in the system or has had a community or family member mistreated within the system. The power dynamic that has occurred over many decades from colonization and sexual sterilization acts that have been created needs to be broken. That is why we need to change how we are speaking to our patients. We as providers need to take that on. That is why mandating providers is a requirement, and changing how our forms are written is required. Any form should be legible, and it should be a conversation. It should be that the power is given back to the user of this system, not the provider of the system. That is semantics to a degree, but it is also the look and feel of a clinic — who is in the room, the entire circle of care. Again, everyone is part of the change; it is vital that this happen.

As a reproductive health physician, I obviously am in a somewhat biased situation. My everyday clinical care is seeing vulnerable people coming into my office, and it is my responsibility as a provider to say: How can I make this better for you? Are you here at a point that we are here to have this conversation? Should we get to know each other a bit more or should we figure other things out that are going on? And that is where cultural safety comes into our system and that is the change that has to happen. We need a culturally safe system, and we aren't there yet.

The Deputy Chair: I have a couple of questions I would like to ask as well. The first question is to Dr. Malhotra. You talked about the sterilization of Indigenous women not just being about that individual but having an impact on the entire community. We have also heard about the multi-generational harm not only on individuals but on communities. Are there specific recommendations that you would suggest to this committee that we look at as part of our study that would address the multi-generational harm and issues of intergenerational prevention around the harm brought to communities?

Dr. Malhotra: I think the most important piece is to ensure there is an awareness of that and to know that one person being traumatized, one person being sterilized, within the system is not one person. I think any recommendation made needs to harness that. That includes any regulations and any mandates being recommended. It needs to include the entire community. It can't

époque, cette année. C'est peut-être quelque chose qu'on devrait considérer comme faisant partie intégrante du changement de dynamique nécessaire.

Dre Malhotra : Tout à fait. Les rendez-vous médicaux représentent un moment de grande vulnérabilité pour tout le monde, en particulier les personnes qui ont subi de mauvais traitements quelconques, ou qui connaissent un membre de la communauté ou de la famille à qui c'est arrivé. La dynamique de pouvoir qui s'est instaurée au fil de nombreuses décennies en raison de la colonisation et des lois sur la stérilisation sexuelle qui ont été adoptées doit être brisée. Voilà pourquoi il faut changer la façon de parler aux patientes et c'est à nous, les fournisseurs de soins, qu'il revient de le faire. C'est pourquoi il est nécessaire d'imposer des obligations aux professionnels de la santé et de modifier le libellé des formulaires. Tous les formulaires doivent être lisibles et il faut une discussion. Il convient de redonner le pouvoir à l'utilisateur du système, et non au fournisseur de soins. C'est de la sémantique dans une certaine mesure, mais c'est aussi lié à la présentation et à l'attrait d'une clinique, à savoir qui est présent dans la pièce, l'ensemble du cercle de soins. Encore une fois, tout le monde a un rôle dans le changement. Il est essentiel que cela se produise.

Évidemment, en tant que médecin spécialiste de la santé reproductive, je suis quelque peu partielle. Dans ma pratique en soins cliniques, je vois des personnes vulnérables au quotidien. En tant que prestataire de soins, j'ai la responsabilité de leur demander comment je peux les aider à améliorer leur situation. Êtes-vous rendue au point où nous devons avoir cette conversation? Devrions-nous apprendre à nous connaître un peu plus? Y a-t-il d'autres problèmes à examiner? Voilà où la sécurisation culturelle entre en jeu dans notre système. Voilà le changement qui doit se produire. Il nous faut un système sûr au plan culturel, et nous n'en sommes pas encore là.

La vice-présidente : J'ai aussi deux ou trois questions à poser. La première s'adresse à la Dre Malhotra. Vous avez dit que la stérilisation des femmes autochtones ne touchait pas seulement la personne concernée, mais qu'elle avait un impact sur l'ensemble de la communauté. Nous avons également entendu parler des préjudices multigénérationnels, qui touchent non seulement les personnes, mais aussi les communautés. Avez-vous des recommandations précises à faire au comité sur les aspects que nous devrions examiner dans le cadre de notre étude pour traiter des préjudices multigénérationnels et des questions de prévention intergénérationnelle afin de lutter contre les effets néfastes sur les collectivités?

Dre Malhotra : Je pense que le plus important est de veiller à une véritable prise de conscience de ces questions et de savoir que lorsqu'une personne est traumatisée, lorsqu'une personne est stérilisée, dans le système, les répercussions ne se limitent pas à elle. Je pense que cela doit être pris en compte dans toute recommandation, et cela comprend toute réglementation et

be viewed as one person has had this harm done to them because it stretches so much past that.

To be honest, that would also be involved in any compensation or regulations — anything. It just needs to be clearly noted that the harm is done to so many when one person is harmed. Anyone, myself included, who has suffered any trauma can know this is passed down and this is spread. We need to remember that. We are in a place of privilege, being in this conversation, in the place that we are. We have to be the bearers and holders of that privilege, knowing that we are responsible to make sure that is represented in anything going forward.

The Deputy Chair: Thank you. I would like any of the witnesses to respond to this second question. This is the same question I asked the previous panel. As our committee gets ready to hear from survivors and considering ways to ensure that the process is culturally appropriate, culturally safe and trauma-informed, based on your experiences working with survivors and appearing before our committee, could you offer us any suggestions to ensure our approach is sensitive to the need of survivors?

Dr. Malhotra: We need to ask them what they need. When someone comes to me with fears and stories, my first question is: What do you need? How can I serve? I feel like that is all of our role.

Ms. Lombard: I think that is great, but they may not always know. This may be a departure from habitual procedure, but I might suggest considering the level of trust and the power imbalance. As senators, you all look great, but you're a bunch of scary folks to people who have not spoken to senators. That's extremely intimidating. What I might suggest, humbly, is if you might consider an informal session with the survivors that could last for a short or a long period, where there isn't a clock ticking so they can see you and get to know you so that they're not shell-shocked by the experience. That would be my humble advice.

[*Translation*]

Ms. Basile: If I may, I agree with Ms. Lombard. She has just suggested that we do this in a more friendly context. You are nice, but this is an official setting and that could be uncomfortable for some of them. In the testimony that we have gathered in Quebec, women told us that if we needed to hear more evidence, they would agree to testify, and some of them have given interviews to the media. There are certainly one or two voices that could speak to these issues—in French as well, because it's important—and share their experiences. That's certainly the case with evidence collected in the other provinces, which is hair-raising.

obligation faisant l'objet d'une recommandation. Il faut inclure l'ensemble de la communauté. On ne peut considérer qu'une seule personne a subi ce préjudice, car cela va bien au-delà.

Honnêtement, cela vaut aussi pour toute compensation ou réglementation — quoi que ce soit. Il convient juste de reconnaître que le tort subi par une personne touche beaucoup de gens. Toute personne, moi compris, qui a subi un traumatisme sait que cela se transmet et se propage. Nous devons garder cela à l'esprit. Nous sommes dans une position privilégiée, dans cette conversation, étant donné la place que nous occupons, et nous devons en être les porteurs et les détenteurs, sachant que nous avons la responsabilité de veiller à ce que cela se reflète dans la suite des choses.

La vice-présidente : Merci. J'aimerais que tous les témoins répondent à cette deuxième question, que j'ai posée au groupe précédent. Notre comité se prépare à entendre des personnes survivantes dans le cadre de cette étude, et nous examinons des moyens d'adapter le processus à leur culture, de le rendre sûr au plan culturel et de tenir compte des traumatismes vécus. Selon votre expérience auprès de personnes survivantes et devant notre comité, pouvez-vous nous faire des suggestions pour que notre approche tienne compte des besoins des personnes survivantes?

Dre Malhotra : Nous devons leur demander ce dont elles ont besoin. Quand quelqu'un vient me voir avec ses peurs, ses histoires, ma première question est la suivante : de quoi avez-vous besoin? Comment puis-je vous aider? J'ai l'impression que c'est notre rôle à tous.

Me Lombard : Je pense que c'est excellent, mais elles ne le savent peut-être pas toujours. Cela peut être différent de l'approche habituelle, mais je suggérerais de tenir compte du degré de confiance et du déséquilibre de pouvoir. Sénatrices et sénateurs, vous avez tous l'air de gens bien, mais pour ceux qui n'ont jamais parlé à des sénateurs, vous pouvez être intimidants, voire extrêmement intimidants. Bien humblement, je vous propose de tenir avec les survivantes une rencontre informelle, de durée flexible, sans chronomètre, afin qu'elles puissent vous voir et apprendre à vous connaître afin que l'expérience ne constitue pas un choc trop grand. Voilà ce que je vous conseille, bien humblement.

[*Français*]

Mme Basile : Si vous me le permettez, je suis du même avis que Me Lombard. Elle vient de suggérer de faire cela dans un contexte plus convivial. Vous êtes sympathique, mais c'est un cadre officiel et cela pourrait gêner certaines d'entre elles. Dans les témoignages que nous avons récoltés au Québec, des femmes nous ont dit que si nous avions besoin d'entendre d'autres témoignages, elles accepteraient de le faire, et certaines d'entre elles ont donné des entrevues dans les médias. Il y a certainement une voix ou deux qui pourraient parler de ces enjeux — en français aussi, car c'est important — et qui pourraient partager leur vécu. C'est assurément le cas des autres

[*English*]

The Deputy Chair: Thank you all very much for being with us this evening. Thank you for your participation in our study. Your assistance is appreciated and your advice is duly noted.

Senators, that brings this meeting to an end. Our next meeting on this topic is next Monday, May 2.

(The committee adjourned.)

témoignages recueillis dans les autres provinces, qui sont à vous faire dresser les cheveux sur la tête.

[*Traduction*]

La vice-présidente : Je vous remercie beaucoup, mesdames, d'avoir été avec nous ce soir. Merci de votre participation à notre étude. Nous vous sommes reconnaissants de votre aide et nous avons pris bonne note de vos conseils.

Chers collègues, c'est là-dessus que se termine la réunion. Notre prochaine réunion sur ce sujet aura lieu lundi prochain, le 2 mai.

(La séance est levée.)
