

# Violences obstétricales et gynécologiques et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations au Québec

Rapport de recherche  
Phase II – Mai 2026



## Autrice

---

**Suzy Basile**, professeure, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones et directrice du Laboratoire de recherche sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones – Mikwatisiw, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

## Équipe de recherche

---

**Suzy Basile**, professeure, École d'études autochtones, UQAT

**Patricia Bouchard**, étudiante au doctorat sur mesure, École d'études autochtones, UQAT

**Sébastien Brodeur-Girard**, professeur, École d'études autochtones, UQAT

**Caroline Fiset**, agente de recherche, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

**Nancy Gros-Louis McHugh**, gestionnaire du secteur de la recherche, CSSSPNQL

**Patricia Montambault**, agente de recherche, CSSSPNQL

## Collaborateurs

---

**Ioana Comat**, consultante

**Eric Duchesneau**, gestionnaire des communications, CSSSPNQL

**Marie-Christine Dugal**, consultante

**Laurie Paquin**, étudiante au doctorat en études autochtones, École d'études autochtones, UQAT

**Anne-Frédérique Perron**, étudiante à la maîtrise sur mesure, École d'études autochtones, UQAT

**Emmanuelle Piedboeuf**, étudiante au doctorat sur mesure, École d'études autochtones, UQAT

**Marjolaine Siouï**, directrice générale, CSSSPNQL

## Révision linguistique

---

**Geneviève Blais**

## Traduction

---

**Kathryn Cassault**

## Graphisme

---

**Corsaire Design | Communication | Web**

La couleur mauve est utilisée pour le présent rapport en mémoire de madame Joyce Echaquan. Nous avons féminisé le propos pour rendre justice et visibilité aux nombreuses femmes des Premières Nations dont les pages suivantes portent la voix. Le design de ce rapport est inspiré d'une œuvre réalisée par madame Étienne Benjamin, offert à Suzy Basile par Puakuteu, le Comité de femmes de Mashteuiatsh. L'œuvre « Mikuniss – Bébé plume » est une contribution de Xan Choquet, Pekuakamiulnu (Innu) de Mashteuiatsh, étudiant à l'École d'études autochtones de l'UQAT.

## Remerciements

---

Nous tenons à remercier toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de cette recherche.

Aucun outil d'intelligence artificielle (IA) générative n'a été utilisé pour la rédaction du présent rapport.

Ce document est accessible en version électronique, en français et en anglais, à l'adresse suivante : [www.cssspnql.com](http://www.cssspnql.com). Toute reproduction du document, par quelque procédé que ce soit, sa traduction et sa diffusion, même partielles, sont interdites sans l'autorisation de la CSSSPNQL. Sa reproduction ou son utilisation à des fins personnelles, mais non commerciales, est toutefois permise à condition d'en mentionner la source, de la façon suivante :

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2026). *Violences obstétricales et gynécologiques et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations au Québec – Phase II* (Rapport de recherche), CSSSPNQL 105 pages.

Toute demande doit être adressée à la CSSSPNQL par courrier et par courriel aux coordonnées suivantes :

**Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador**  
250, Place Chef-Michel-Laveau, bureau 102  
Wendake (Québec) G0A 4V0 Canada  
[info@cssspnql.com](mailto:info@cssspnql.com)

Tous droits réservés à la CSSSPNQL

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN Web : 978-1-77315-598-2

ISBN version imprimée : 978-1-77315-599-9

© CSSSPNQL, 2026

## Remerciements aux participantes

---

L'équipe de recherche tient à adresser ses remerciements les plus sincères à chacune des personnes ayant pris part à cette recherche et s'étant exprimées avec courage sur un sujet aussi personnel et sensible. Qu'il s'agisse de votre propre récit ou celui d'une mère, d'une tante, d'une sœur, d'une fille ou d'une grand-mère de votre entourage, ce fut un honneur pour nous de vous écouter et d'accueillir votre vérité. Sachez que la résilience dont vous faites preuve constitue un hommage vibrant aux femmes des Premières Nations qui nous ont précédées, et que votre prise de parole contribue à un avenir sécuritaire pour les plus jeunes générations. Du plus profond de notre cœur, merci.

Nous désirons également remercier les interprètes et toutes les autres personnes qui ont assisté l'équipe de recherche lors des entretiens avec les participantes. Votre travail a été crucial dans la transmission de la parole des femmes qui ont témoigné.

## Soutien disponible

---

Si vous ressentez le besoin de parler de ce sujet sensible avec quelqu'un, nous vous invitons à contacter la ligne d'écoute du Cercle des survivantes pour la justice reproductive, accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Il est possible de la joindre par téléphone au 1-877-386-0750 (poste 113 pour obtenir un service en français) ou de clavarder en ligne au [www.reproductivejustice-survivors.ca/](http://www.reproductivejustice-survivors.ca/).

Le Cercle des survivantes pour la justice reproductive travaille à mettre en place un registre national des personnes ayant subi une stérilisation imposée/forcée et offre également un Fonds de soutien à la guérison.

## Note aux lectrices et lecteurs

---

Nous vous invitons à prendre connaissance du rapport de la phase I<sup>1</sup> de la présente recherche, publié en 2022, afin d'entendre la parole des femmes ayant permis que le délicat sujet des stérilisations imposées (SI) soit maintenant documenté au Québec.

Les témoignages recueillis dans le cadre de la phase II de cette recherche peuvent être difficiles à lire en raison du degré de violence des incidents rapportés par les participantes. Il est important de préciser que nous n'avons pas tenté de corroborer leurs témoignages avec le contenu de leur dossier médical ni à obtenir la perspective de professionnelles et professionnels de la santé ou des services sociaux sur les situations qui ont été rapportées. L'objectif premier de cette recherche est d'une part de donner la parole aux femmes des Premières Nations et d'autre part, de colliger leurs témoignages afin d'illustrer leurs parcours dans le système de santé et des services sociaux au Québec.

---

<sup>1</sup> Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2022). *Consentement libre et éclairé et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et des Inuit au Québec* (Rapport de recherche), CSSSPNQL, Wendake, 76 pages. <https://files.cssspnql.com/s/oPVHFaklp8uw5oF>.

# Table des matières

<b>Liste des encadrés</b> .....	1
<b>Liste des figures</b> .....	1
<b>Liste des tableaux</b> .....	1
<b>Faits saillants</b> .....	2
<b>Mikuniss – Bébé plume</b> .....	4
<b>Introduction</b> .....	5
<b>Partie 1 : Définitions et considérations éthiques et méthodologiques</b> .....	7
1.1 Violences obstétricales et gynécologiques (VOG) .....	7
1.2 VOG de diverses natures .....	8
1.3 Stérilisation imposée (SI) .....	8
1.4 Solutions de remplacement contraceptives non permanentes .....	9
1.5 Approche intersectionnelle .....	9
1.6 Méthodologie .....	10
1.6.1 Problématique .....	10
1.6.2 Objectifs de recherche .....	10
1.6.3 Considérations éthiques .....	10
1.6.4 Méthode et outils de collecte des témoignages .....	10
1.6.5 Recrutement des participantes .....	11
1.6.6 Collecte des témoignages .....	11
1.6.7 Documentation et validation .....	12
1.6.8 Filet de sécurité .....	12
1.6.9 Traitement des données .....	12
1.6.10 Catégorisation des types d'événement .....	12
1.6.11 Analyse et interprétation des données .....	13
1.6.12 Profil des participantes .....	13
<b>Partie 2 : Analyse des données et résultats</b> .....	16
2.1 VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique .....	16
2.1.1 Violence verbale .....	18
2.1.2 VOG par omission ou déni de soins – Entre violence verbale et psychologique .....	19
2.1.3 Violence émotionnelle .....	19
2.1.4 Violence psychologique .....	21
2.2 VOG de nature physique et sexuelle .....	26
2.2.1 Tolérance à la douleur .....	27
2.3 VOG de nature discriminatoire en fonction de l'origine ethnique .....	28
2.3.1 Signalement à la naissance .....	29

2.3.2 Méprise en présence de la tache mongoloïde .....	32
2.3.3 Prise de sang sans consentement préalable .....	33
2.3.4 Avortement imposé .....	36
<b>2.4 Stérilisation et stérilisation imposée (SI).....</b>	<b>38</b>
2.4.1 Stérilisation imposée (SI).....	39
2.4.2 Communication déficiente .....	41
2.4.3 Services d'escorte médicale et d'interprétation déficients.....	43
2.4.4 Procédure stérilisante sans consentement .....	45
2.4.5 Confusion sur le clippage et le « déclippage ».....	47
2.4.6 Cas de stérilisations lors d'une césarienne .....	48
2.4.7 Ligature des trompes comme méthode contraceptive .....	49
<b>2.5 Solutions de remplacement contraceptives non permanentes .....</b>	<b>50</b>
2.5.1 Depo-Provera.....	50
2.5.2 Stérilet.....	51
2.5.3 Autres hormones synthétiques .....	52
<b>Partie 3 : Stratégies de survie .....</b>	<b>53</b>
<b>3.1 Déséquilibre de pouvoir.....</b>	<b>53</b>
3.1.1 Demande et accès à son propre dossier médical .....	54
3.1.2 Préjugés sur le nombre d'enfants et les « quotas » .....	55
3.1.3 Rupture du lien de confiance envers le système de santé et des services sociaux .....	56
3.1.4 Expériences positives vécues lors de consultations médicales.....	56
<b>3.2 Répercussions liées aux VOG .....</b>	<b>59</b>
3.2.1 Répercussions sur la santé psychologique .....	59
3.2.2 Répercussion sur la santé physique et sexuelle.....	60
3.2.3 Répercussions sur la féminité et la spiritualité.....	61
3.2.4 Répercussions sur le couple et la famille immédiate .....	61
3.2.5 Continuum de violence historique .....	63
<b>3.3 Stratégies de protection .....</b>	<b>64</b>
3.3.1 Stratégies proposées.....	64
3.3.2 Décision de porter plainte ou non.....	65
<b>3.4 Mesures réparatrices .....</b>	<b>66</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>68</b>
<b>Retombées de la recherche .....</b>	<b>69</b>
<b>Limites de la recherche .....</b>	<b>71</b>
<b>Recommandations .....</b>	<b>72</b>

<b>Liste des références</b> .....	74
<b>Annexe A</b> - Violences obstétricales et gynécologiques dénoncées par le passé au Québec .....	80
<b>Annexe B</b> - Déclaration d'engagement pour assurer le consentement préalable, .....	83
libre et culturellement éclairé dans les services de santé offerts au filles et aux femmes des Premières Nations au Québec	
<b>Annexe C</b> - Démarches entreprises par le Collège des médecins du Québec (CMQ).....	85
<b>Annexe D</b> - Action collective <i>U.T. et M. X. c. Richard Monday et al.</i> .....	87
<b>Annexe E</b> - Projet de loi pour soutenir la criminalisation de la stérilisation forcée .....	89
<b>Annexe F</b> - Campagne d'anticonception au Groenland .....	91
<b>Annexe G</b> - Signalements à la naissance .....	94
<b>Annexe H</b> - Génocide.....	96
<b>Annexe I</b> - Mouvement eugéniste.....	98
<b>Annexe J</b> - Processus de plainte et difficultés d'accès à son dossier médical.....	100
<b>Annexe K</b> - État de réalisation des recommandations de la phase I .....	101

# Liste des encadrés

<b>Encadré 1.</b> Hommage à Joyce Echaquan.....	6
<b>Encadré 2.</b> Expériences traumatisantes de femmes kanienkehà:ka..... de la communauté de Kahnawà:ke	20
<b>Encadré 3.</b> Maternité chez les Premières Nations.....	23
<b>Encadré 4.</b> Rôle du personnel infirmier.....	26
<b>Encadré 5.</b> Contraception chez les femmes kanienkehà:ka ..... de la communauté de Kahnawà:ke	52

# Liste des figures

<b>Figure 1.</b> Visuel utilisé pour le recrutement des participantes .....	11
---	----

# Liste des tableaux

<b>Tableau 1.</b> Découpage des témoignages.....	13
<b>Tableau 2.</b> Nombre de témoignages selon la nation ..... d'appartenance des femmes victimes de VOG	14
<b>Tableau 3.</b> Âge et moment des événements.....	14
<b>Tableau 4.</b> Langues d'usage lors des entretiens.....	15
<b>Tableau 5.</b> Nombre de témoignages de SI et de VOG selon la phase de collecte.....	16
<b>Tableau 6.</b> Nombre de participantes, selon la nation d'appartenance,..... ayant nommé des VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique dans leur témoignage	17
<b>Tableau 7.</b> Proportion des femmes ayant témoigné d'une ..... VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique qui ont aussi vécu une autre forme de VOG (n=58)	25
<b>Tableau 8.</b> Nombre de témoignages évoquant des VOG ..... de nature physique et sexuelle selon la nation d'appartenance	27
<b>Tableau 9.</b> Nombre de signalements à la naissance selon la nation d'appartenance.....	32
<b>Tableau 10.</b> Nombre de prises de sang effectuées sans consentement préalable .....	35
<b>Tableau 11.</b> Proportion des cas d'avortements imposés vécus ..... avec une autre forme de VOG (avec ou sans SI) (n=12)	38
<b>Tableau 12.</b> Nombre de cas de SI selon les périodes.....	39
<b>Tableau 13.</b> Proportion de SI selon la Première Nation d'appartenance .....	40
<b>Tableau 14.</b> Nombre de SI répertoriées selon la ville et l'époque.....	41

# Faits saillants

Le rapport de recherche *Consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*, publié en novembre 2022, a provoqué une onde de choc. Les 35 témoignages recueillis lors de cette phase I de la recherche ont permis de démontrer que des stérilisations imposées (SI) et d'autres formes de violences obstétricales et gynécologiques (VOG) ont eu lieu dans des établissements du réseau de la santé au Québec.

Les témoignages de la phase I se situent entre 1980 et 2019 et ont mis en lumière le caractère systémique des actes de violence par la similarité, la récurrence ainsi que l'étendue temporelle et géographique des événements rapportés, juxtaposés au profil varié des participantes à la recherche. Ceux de la phase II se situent entre 1956 et 2023 et rapportent au-delà de trois fois plus de situations que lors de la phase I.

L'objectif principal de la phase II de la recherche était de continuer à documenter les réalités des femmes des Premières Nations ayant subi des VOG, incluant une SI et de permettre à celles n'ayant pas pu participer à la phase I de faire entendre leur voix. La poursuite de la recherche s'appuie sur la *Déclaration d'engagement pour assurer le consentement préalable, libre et culturellement éclairé dans les services de santé offerts aux filles et aux femmes des Premières Nations au Québec* de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador, adoptée en 2022.

La phase II de la recherche a permis de recueillir 97 témoignages supplémentaires, dont 55 cas de SI. Combinés avec ceux de la phase I, un total de 132 témoignages ont été consignés, dont 77 cas de SI. Il est estimé que 17 témoignages supplémentaires auraient pu être recueillis.

Différentes catégories de VOG ont été répertoriées à la lumière des témoignages, dont plusieurs sont empreintes de racisme et de préjugés tenaces à l'égard des femmes des Premières Nations. Les formes de VOG répertoriées se déclinent en quatre catégories: 1) VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique; 2) VOG de nature physique et sexuelle; 3) VOG de nature discriminatoire en fonction de l'origine ethnique et 4) stérilisations imposées (SI).

L'analyse des témoignages de VOG de nature discriminatoire en fonction de l'origine ethnique rapportés par des femmes des Premières Nations au Québec (36% des témoignages entendus) a permis de faire ressortir des types de violences inédites qui s'inscrivent dans un contexte colonial qui diffère de celui des autres groupes marginalisés de la population. Ils se résument comme suit: les signalements à la naissance, les méprises en présence de la tache mongoloïde, les prises de sang fait sur le nouveau-né sans consentement préalable des parents et les avortements imposés.

La catégorie de VOG la plus représentée dans le corpus de recherche est celle concernant les SI (59% des témoignages). Les témoignages entendus se situent sur une période de près de 50 ans, soit entre 1974 et 2022. Ils proviennent de cinq Nations au Québec. Les 2 tranches d'âge les plus représentées parmi les 55 cas de SI répertoriés sont les femmes âgées de 19 à 29 ans (37 témoignages) et les femmes âgées de 30 à 39 ans (15 témoignages) au moment de l'intervention.

Parmi les 55 cas de stérilisations entendus dans le cadre de la phase II, 21 participantes rapportent ne pas avoir signé de formulaire de consentement, 16 participantes mentionnent ne pas être certaines de l'avoir fait et 18 participantes ont signé un formulaire de consentement dans des circonstances préoccupantes, allant de signature sous la pression, exécutée en plein travail d'accouchement ou avec la main soutenue par le personnel soignant.

---

Les cas de SI rapportés se sont produits dans les circonstances suivantes: communication déficiente, services d'escorte médicale et d'interprétation déficients, procédure stérilisante sans consentement, confusion au sujet du clippage et du «déclippage», cas de stérilisations lors d'une césarienne et ligature des trompes comme méthode contraceptive. Plusieurs des femmes rencontrées ont appris leur stérilisation beaucoup plus tard, lors d'une consultation pour en apprendre plus sur leur condition ou pour d'autres raisons de santé.

---

Les 77 témoignages de SI entendus lors des phases I et II ne représentent certainement qu'une partie de la réalité, car plusieurs femmes des Premières Nations n'ont pas pu participer à la collecte des données tandis que d'autres sont sans doute décédées avant que l'on puisse entendre leur voix. Il n'est donc pas possible de déterminer avec exactitude le nombre de femmes des Premières Nations stérilisées sans leur consentement au Québec. Cependant, il est permis de penser que bon nombre d'entre elles l'ont été à leur insu.

---

Un déséquilibre de pouvoir se manifeste en raison des obstacles rencontrés par les participantes à la recherche lors de demandes d'accès à leur propre dossier médical et lors de consultations empreintes de préjugés sur le «trop» grand nombre d'enfants que les femmes des Premières Nations engendrent et les «quotas» évoqués par le personnel soignant, ce qui amplifie la rupture du lien de confiance envers le système de santé.

---

Les répercussions des VOG sur la santé psychologique, physique et sexuelle, sur la féminité et la spiritualité ainsi que sur le couple et la famille immédiate laissent des marques indélébiles dans la vie des femmes des Premières Nations. Elles s'inscrivent dans un continuum de violence infligé aux peuples autochtones. Il est à noter que plus de la moitié des participantes étaient âgées de 57 ans et plus au moment de l'entretien. La majorité d'entre elles (31 sur 47) sont des survivantes des pensionnats indiens.

---

---

Les femmes et leur famille ont développé différentes stratégies de protection, par exemple l'évitement des suivis de grossesse ou la mise en place d'un réseau de surveillance familiale, afin de s'assurer que les femmes ne soient pas laissées seules lors de leur accouchement. Certaines femmes ont également porté plainte ou ont envisagé de le faire en réaction à des événements liés aux VOG.

---

Comme mesures réparatrices, en plus de la pratique de certains rituels entourant la grossesse et l'accouchement, des participantes ont rapporté être devenues famille d'accueil pour d'autres enfants de la communauté ou de la nation, renforçant ainsi le réseau d'entraide caractérisant l'organisation sociale chez les peuples autochtones.

---

Le caractère analogue des expériences relatées par les participantes à la recherche indique certes qu'une forme de traitement différentiel entre femmes autochtones et allochtones leur a été apportée, mais également que ce traitement était fort similaire d'une Première Nation à l'autre, d'une région à l'autre. En d'autres mots, les résultats de la présente recherche démontrent la présence d'un racisme systémique.

---

Les VOG, incluant les SI, devraient désormais être inscrites à la liste des traumatismes reconnus et subis par les femmes des Premières Nations, par les peuples autochtones, au Québec et au Canada.

---

## Mikuniss – Bébé plume

En écoutant la conférence de la sénatrice Yvonne Boyer, portant sur les stérilisations de femmes autochtones au Canada dans le cadre du cours *SOC2401 Sujets de pointe en études autochtones* de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), j'ai ressenti le besoin de faire avancer mon projet de porte-plume d'aigle sur lequel je travaille depuis quelques semaines. Lorsque la sénatrice Boyer a parlé de toutes les générations qui ne naîtront jamais à cause de ces mutilations, je me suis mis à pleurer.

J'ai donc pris ce moment et l'heure qui a suivi la conférence pour ajouter une petite pochette pour mikuniss – bébé plume. Durant le travail de couture, j'ai prié pour ces femmes dans l'espoir que la médecine de ce jeune aigle puisse se rendre jusqu'à elles.

## Xan Choquet, Mashteuiatsh, 18 février 2026

Étudiant à la maîtrise en études autochtones, UQAT



# Introduction

Le 24 novembre 2022, le rapport de recherche *Consentement libre et éclairé et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec* (CSSSPNQL, 2022) a été déposé et présenté lors d'une rencontre des Chefs de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL). L'objectif principal de cette recherche était de pallier le manque de données sur les cas de stérilisations imposées (SI) au Québec et de documenter le vécu des femmes des Premières Nations et Inuit sur le sujet. La publication de ce rapport s'inscrit dans une collaboration entre la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). Ces deux organisations étaient convaincues de la nécessité et de la pertinence de mener une recherche sur le sujet. Des discussions en ce sens ont ainsi été entamées dès février 2019. Le contexte national canadien et provincial québécois dans lequel s'inscrit cette initiative est présenté dans le rapport (CSSSPNQL, 2022), devenu la « phase I » de la recherche.

Cette première phase a permis de recueillir 35 témoignages de femmes des Premières Nations et Inuit ayant subi des violences obstétricales et gynécologiques (VOG) ainsi que des stérilisations imposées (SI) à l'époque contemporaine, soit entre 1980 et 2019. La collecte de données a également permis de mettre en lumière le caractère systémique et la répartition géographique particulière de ces actes de violence qui ont été dénoncés par des personnes issues de cinq nations autochtones (quatre Premières Nations et une nation inuit) occupant une grande partie du territoire de la province. Les incidents rapportés se sont produits dans des hôpitaux et des cliniques de diverses régions administratives du Québec, tous situés sur la rive nord du fleuve Saint-Laurent, d'est en ouest de la province. Plusieurs points de convergence apparaissent lorsque les

témoignages sont examinés, même si le profil des participantes varie considérablement, notamment en regard de l'âge et de la région d'origine<sup>2</sup>. Il n'a pas été possible de trouver une réponse claire pour expliquer cet état de fait, même en étudiant la similarité, la récurrence ainsi que l'étendue temporelle et géographique des événements rapportés. Sans vouloir inférer une intentionnalité générale, il est possible de déceler une forme de *modus operandi* dans les solutions proposées aux « problèmes reproductifs » des femmes enceintes ou nouvelles mères. Accompagné de préjugés tenaces envers les femmes des Premières Nations et Inuit, ce *modus operandi* peut expliquer le caractère systémique de ces actes. Le Québec se joint ainsi à la liste des autres provinces et territoires canadiens où de nombreux cas de **violences obstétricales et gynécologiques (VOG)**, incluant des **stérilisations imposées (SI)**, ont été rapportés et documentés au cours des dernières décennies. Voir en **annexe A** un résumé de documents publiés dans les années 1970-1980 sur le sujet.

Dans le cadre de la phase I, l'équipe de recherche a répertorié une vingtaine de personnes n'ayant pas pu, pour diverses raisons, participer à la collecte des données (pandémie de COVID-19, désistements, incapacité technologique ou de mobilité, etc.). Ainsi, le nombre de témoignages au Québec aurait pu être potentiellement plus élevé. C'est dans ce contexte qu'en novembre 2022, l'Assemblée des Chefs de l'APNQL<sup>3</sup> s'est prononcée sur la nécessité de poursuivre la recherche sur le sujet et qu'une deuxième phase a été amorcée. L'objectif principal de cette seconde phase est de continuer à documenter les réalités des femmes des Premières Nations ayant vécu des VOG, incluant une SI, et de permettre également à celles n'ayant pas pu témoigner dans le cadre de la phase I, de faire entendre leur voix (voir la section 1.6 portant sur la

<sup>2</sup> Les personnes rencontrées ne se connaissaient pas et n'avaient aucun lien les unes avec les autres. Plusieurs d'entre elles croyaient à tort être seules à avoir subi une SI et ont affirmé n'avoir jamais parlé de leur expérience avec qui que ce soit, incluant les membres de leur famille.

<sup>3</sup> L'APNQL a adopté à l'unanimité la *Déclaration d'engagement pour assurer le consentement préalable, libre et culturellement éclairé dans les services de santé offerts aux filles et aux femmes des Premières Nations au Québec* lors de son assemblée du 24 novembre 2022. Cette déclaration rappelle notamment les droits des filles et des femmes des Premières Nations en matière de santé sexuelle et reproductive (APNQL, 2022), voir l'**annexe B** pour lire le texte intégral. Pour y avoir accès en ligne : <https://cssspnql.com/produit/declaration-dengagement-pour-assurer-le-consentement-prealable-libre-et-culturellement-eclairer-dans-les-services-de-sante-offerts-aux-filles-et-aux-femmes-des-premieres-nations-au-quebec/>.

méthodologie). Plusieurs **retombées notables** ont pu être constatées suivant la publication du rapport de la phase I, notamment les initiatives entreprises par le Collège des médecins du Québec (CMQ) (voir l'**annexe C**). De plus, une série d'**événements périphériques** en lien avec la santé reproductive des femmes autochtones se sont succédé depuis la publication du rapport de la phase I, parfois en même temps que le déroulement de la phase II. Il est ici question d'une action collective au nom des femmes atikamekw nehirowisiw qui auraient été stérilisées sans leur consentement à l'hôpital de Joliette (voir l'**annexe D**), d'un projet de loi (S-228) du Parlement canadien qui vise à modifier le *Code criminel* en y ajoutant une disposition stipulant que la stérilisation forcée<sup>4</sup> constitue un acte criminel (voir l'**annexe E**) et enfin, d'une enquête nationale sur une campagne d'anticonception (tiré du terme danois *antikonception* qui réfère à l'empêchement de fécondation) ayant eu lieu au Groenland (voir l'**annexe F**).

## Hommage

À la suite de la mort tragique de Joyce Echaquan le 28 septembre 2020, une enquête publique du coroner a permis de lever le voile sur les circonstances de son décès et sur un volet plus sombre de sa vie de femme et de mère.

### Encadré 1. Hommage à Joyce Echaquan

Joyce Echaquan était aussi une survivante de violences obstétricales. Voici un extrait d'un texte rédigé par des personnes impliquées dans la présente recherche. Il met en lumière le degré de violence et les préjugés tenaces auxquels peuvent être confrontées les femmes autochtones :

Les circonstances entourant le décès de Mme Joyce Echaquan à l'hôpital de Joliette en septembre 2020 constituent un rappel de toute la violence et la virulence des préjugés à l'égard des femmes autochtones. Alors qu'elle était seule, dans un état critique et attachée à son lit d'hôpital, elle a été la cible d'insultes racistes faisant notamment référence à sa fertilité et au nombre d'enfants qu'elle avait (Kamel, 2021). En dépit de sa détresse, elle a été en mesure de filmer ses derniers instants et de les diffuser sur les réseaux sociaux (Radio-Canada, 2020). Le contenu de cette vidéo a créé une onde de choc au Québec et ailleurs. Les répercussions de son décès sont multiples et se font toujours sentir à l'heure actuelle (CAM et CNA, 2020; CMQ, 2023). De surcroît, lors de l'enquête publique du coroner, il a été révélé que M<sup>me</sup> Echaquan a subi des avortements imposés dans le passé ainsi qu'une stérilisation imposée quelques mois avant son décès (Shaheen-Hussain *et al.*, 2023) (Bouchard *et al.*, 2026, p. 138).

<sup>4</sup> Voir les explications au sujet de l'usage des termes « forcée » et/ou « imposée » en page 9.

# Partie 1: Définitions et considérations éthiques et méthodologiques

## 1.1 Violences obstétricales et gynécologiques (VOG)

Les VOG sont des violences systémiques et genrées qui sont en lien avec la santé reproductive et sexuelle. Elles prennent forme dans un contexte de suivi gynécologique ou obstétrical. Elles peuvent être vécues lors d'un accouchement, d'une fausse couche, d'un avortement aussi bien que lors d'un simple rendez-vous gynécologique, d'une échographie ou d'une mammographie (Regroupement naissances respectées (RNR), 2019, p. 1).

Les recherches sur les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) et les stérilisations imposées (SI) se multiplient au Canada depuis les 10 dernières années (Stote, 2015, 2022, 2025; Dyck et Lux, 2016, 2020). Les femmes autochtones (issues des peuples des Premières Nations, Métis et Inuit) ont fait l'objet d'une attention particulière de la part de chercheuses (et de chercheurs), notamment en raison du grand nombre de femmes ayant dénoncé les traitements qu'elles ont subis dans des hôpitaux canadiens ainsi que de l'attention portée aux recours juridiques entrepris et aux travaux de recherche réalisés sur le sujet (Boyer et Bartlett, 2017; Mercredi et Fire Keepers, 2024; Shaheen-Hussain *et al.*, 2023).

Le concept de « violence obstétricale », qui émerge en Amérique du Sud en 2007 (Pérez D'Gregorio, 2010) fait référence aux traitements déshumanisants, aux mauvais traitements, à la perte d'autonomie et à l'impossibilité de décider pour soi-même la portée des soins obstétricaux, donc en contexte d'accouchement, auxquels les femmes ont normalement droit (Pickles, 2024). Cette violence s'exerce dans un contexte de « prise de contrôle » du corps des femmes et inclut de garder délibérément les femmes dans l'ignorance de leur droit de consentir aux soins ou actes médicaux qui surviennent durant leur accouchement. La chercheuse Sylvie Lévesque et ses collègues proposent une définition qui inclut la dimension de la diversité culturelle qui s'applique avec justesse

au contexte québécois et à celui des Premières Nations dans la présente recherche :

La violence obstétricale vécue dans les établissements de soins de santé englobe des gestes accomplis ou l'exercice de certaines pratiques professionnelles – ou leur omission –, durant l'accouchement, sans l'accord et le consentement éclairé des femmes, ce qui entraîne une négation de leur agentivité reproductive. Cette violence systémique crée et renforce les inégalités de pouvoir qui existent au moment de l'accouchement, et cause de la souffrance et de la détresse chez les femmes. Les manifestations, la reconnaissance, l'impact et l'ampleur de cette violence varient d'une personne à l'autre, d'un contexte à l'autre et d'une culture à l'autre (Lévesque *et al.*, 2018, p. 230).

La « violence gynécologique » quant à elle, réfère à des pratiques menées par des professionnelles et professionnels de la santé lors de consultations gynécologiques, en dehors des suivis obstétricaux. Ce type de violence peut se manifester par de la négligence et des mauvais traitements verbaux, physiques ou sexuels, qui s'insèrent dans une relation d'inégalité entre le corps médical et les femmes qui consultent (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023). Les violences gynécologiques peuvent être perpétrées de différentes façons : par la dissimulation d'informations, des commentaires désobligeants, l'infantilisation des patientes ou par la réalisation de touchés ou d'examen pelviens sans consentement ou injustifiés (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023).

Ces violences peuvent se manifester de manière impromptue, dans un contexte de consultation accélérée, donc expéditive, et ayant comme trame de fond le rapport de pouvoir et d'autorité qui s'installe inévitablement entre le personnel soignant et les patientes. La militante Sonia Bisch de son côté mentionne que :

La relation de soin est inégale puisqu'un professionnel de santé aura une figure d'autorité tandis qu'une patiente ou un patient, en attente de diagnostic, de prescription, de soins, sera en situation de vulnérabilité. Certains professionnels abusent du pouvoir que leur confère leur fonction (Bisch, 2025, p. 16).

En somme, un point commun entre les violences obstétricales et gynécologiques réside dans le déséquilibre de pouvoir entre le personnel soignant et les personnes soignées, duquel résulte une négation de la parole des dernières aux profits du premier.

## 1.2 VOG de diverses natures

Pour les fins de la présente recherche, les VOG ont été classées en trois catégories: 1) VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique, 2) VOG de nature physique et sexuelle et 3) VOG de nature discriminatoire en fonction de l'origine ethnique. Cette dernière catégorie, spécifique aux femmes des Premières Nations, se décline en quatre sous-catégories. Il est question de **signalements à la naissance** (appel aux services de protection de la jeunesse pour signaler un enfant jugé à risque de compromission; voir l'**annexe G** pour un supplément d'information), de signalements en raison de la présence de la **tache mongoloïde** (suspicion de maltraitance en raison d'une tache bleutée sur le corps de l'enfant), de **prises de sang**<sup>5</sup> (prélèvement sanguin fait sur le nouveau-né sans le consentement préalable des parents afin de vérifier la consommation de substance chez la mère) et de cas d'**avortement imposé** (interruption de grossesse non consentie ou acceptée sous la pression)<sup>6</sup>.

## 1.3 Stérilisation imposée (SI)

La stérilisation est une procédure chirurgicale permanente qui rend la procréation impossible, et ce, de manière définitive. La présente recherche met en évidence des cas de stérilisations non consenties ou effectuées sans en informer la femme qui sont ainsi considérées comme partie intégrante des VOG. Vu le caractère fortement symbolique de cette forme de violence, les stérilisations imposées (SI) font l'objet d'une section distincte dans ce rapport. La définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se lit comme suit :

La stérilisation sans consentement complet, libre et éclairé a été diversement décrite par les organismes internationaux, régionaux et nationaux de défense des droits de la personne comme une pratique involontaire, coercitive et/ou forcée, et comme une violation des droits fondamentaux de la personne, notamment le droit à la santé, le droit à l'information, le droit à la vie privée, le droit de décider du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances, le droit de fonder une famille et le droit de ne pas subir de discrimination (...) Les organismes de défense des droits de la personne ont également reconnu que la stérilisation forcée constitue une violation du droit de ne pas subir de torture et d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (34; 35, par. 60)» (Traduction libre) (WHO, 2014, p. 1).

<sup>5</sup> Le test de Guthrie (dépistage néonatal aussi appelé Phenyl), qui consiste en une prise de sang au talon, est effectué à tous les bébés qui naissent au Canada afin de détecter des maladies génétiques rares. Une plus grande quantité de sang peut être prélevé ou le test peut être réalisé à plus d'une reprise afin de procéder à des vérifications supplémentaires.

<sup>6</sup> Voir la section 1.6.10 du présent rapport pour leur codification.

Tout comme dans le rapport de la phase I, le terme «stérilisation imposée» a été préféré à «stérilisation forcée», terminologie plus fréquente dans la littérature, pour qualifier les procédures stérilisantes réalisées à l'insu des femmes. Ce choix s'explique de la manière suivante :

Plusieurs termes sont utilisés dans la littérature pour désigner une stérilisation non consentie: forcée, involontaire, «coercitive» (traduction), «obligatoire» (traduction), etc. Nous avons retenu le terme «stérilisation imposée» à la suite d'une recommandation du Comité régional qui orientait la recherche. Les stérilisations subies par les femmes des Premières Nations et Inuit ont été imposées puisqu'elles ont été pratiquées, dans plusieurs des cas, à leur insu. Cette procédure chirurgicale a été imposée aux femmes sans les informer, ce qui signifie qu'elles n'ont pas eu voix au chapitre en ce qui concerne (leur) corps et leurs capacités reproductives (CSSSPNQL, 2022, p. 74).

## 1.4 Solutions de remplacement contraceptives non permanentes

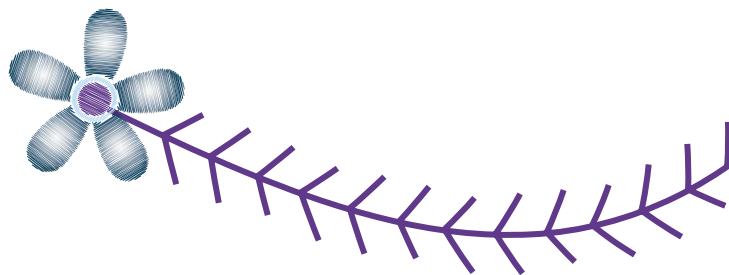
Les témoignages recueillis permettent de mettre en lumière des cas où l'agentivité des femmes n'a pas été respectée lorsque des moyens de contraception non permanents, comme le Depo-Provera, le stérilet, la pilule, le timbre et l'implant contraceptifs, leur ont été imposés ou refusés. L'imposition de moyens de contraception aux femmes des Premières Nations s'inscrit dans un historique de discrimination qui perdure depuis longtemps. D'abord promue par les fonctionnaires des Services de santé indiens du Canada pour réduire les taux de mortalité maternelle et infantile, la contraception a également servi de paravent aux intentions de réduire les dépenses de l'État envers «ses» Autochtones en contrôlant mécaniquement, par la contraception, leur taux de fertilité (Dyck et Lux, 2016). L'analyse des témoignages qui abordent ce sujet suggère que cette pratique serait toujours d'actualité.

## 1.5 Approche intersectionnelle

L'analyse des témoignages recueillis, présentée ci-après, s'inspire de l'approche intersectionnelle qui reconnaît que les différents systèmes d'oppression tels que le colonialisme, le patriarcat et le capitalisme interagissent entre eux et influencent la (re)production des inégalités en fonction du genre, de la race, de la classe sociale et de l'âge (Crenshaw, 1989). Cette approche, dans le contexte des VOG, est mise en lumière par les autrices Ferron-Parayre *et al.*, (2024).

Au-delà de la médecine, les VOG sont ancrées dans les violences fondées sur le genre et dans les biais et stéréotypes véhiculés sur les **femmes** (biologiques ou de genre) et les mères. Plus encore, elles sont l'expression d'une certaine forme de **racisme** et de **colonialisme** médical qui rend les personnes racisées et autochtones plus à risque de les subir (Ferron-Parayre *et al.*, 2024, p. 1, caractères gras ajoutés par l'autrice du présent rapport).

L'analyse des témoignages entendus dans le cadre de la présente recherche a nécessité la mobilisation de l'approche intersectionnelle également en raison de l'enchevêtrement des types de VOG qu'ont vécu les participantes. Comme mentionné précédemment, il est parfois difficile de classer certaines expériences qui relèvent à la fois de VOG de nature psychologique et de nature discriminatoire en fonction de l'origine ethnique par exemple. La trajectoire de Joyce Echaquan, cette femme atikamekw nehirowisiw décédée sous une pluie d'insultes racistes et sexistes à l'hôpital de Joliette le 28 septembre 2020, illustre parfaitement ce phénomène. En effet, les circonstances ayant mené à son décès témoignent de la violence et du traitement différencié lui ayant été accordé par les instances de santé, et ce, en raison de l'intersectionnalité de sa position sociale.



## 1.6 Méthodologie

### 1.6.1 Problématique

Depuis 2015, de nombreuses femmes autochtones à travers le Canada ont déclaré avoir subi une stérilisation alors qu'elles n'étaient pas en mesure de donner un consentement libre et éclairé concernant cette procédure. Des travaux de recherche réalisés dans l'ensemble des provinces et territoires du Canada ont démontré que plusieurs femmes autochtones ont été stérilisées dans des circonstances similaires, notamment par une ligature des trompes effectuée à leur insu lors d'un accouchement. Le manque de données disponibles pour le Québec a motivé la mise en œuvre de la phase I de la recherche en 2020, mais également de la présente phase II.

De plus, selon les résultats préliminaires de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations au Québec et au Labrador (ERS4)<sup>7</sup> (CSSSPNQL, à paraître), il est estimé qu'une femme sur 5 (19,5%)<sup>8</sup> a vécu des violences durant sa/ses grossesses ou son/ses accouchements. Les groupes d'âge les plus affectés sont ceux des 25-44 ans (22,5%) et des 45-64 ans (19,4%). Ces données se juxtaposent aux résultats présentés dans les sections suivantes et confirment que les femmes des Premières Nations sont soumises encore aujourd'hui à des violences dans un système de santé ayant pour vocation de les soigner et de les protéger.

### 1.6.2 Objectifs de recherche

Les deux principaux objectifs de la phase II sont les suivants :

- 1) Poursuivre la documentation des cas de VOG, incluant les SI de femmes des Premières Nations au Québec<sup>9</sup>;
- 2) Donner l'opportunité aux femmes concernées de témoigner sur le sujet dans un cadre éthique, respectueux et culturellement sécuritaire.

En effet, considérant le nombre de personnes qui se sont manifestées auprès de l'équipe de recherche à la suite de la publication du rapport de la phase I, en plus de celles n'ayant pu y participer, il s'est avéré nécessaire de poursuivre la collecte des données.

### 1.6.3 Considérations éthiques

Tout comme pour la phase I, les principes guidant la recherche en contexte autochtone<sup>10</sup> ont été mobilisés pour réaliser la phase II. Au printemps 2023, une nouvelle entente de collaboration a été signée entre la CSSSPNQL et l'UQAT. L'équipe de recherche a procédé à la révision du devis de recherche, des outils de collecte de données, de la stratégie de communication ainsi que de la demande de certification éthique déposée au Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'UQAT. La certification éthique a été obtenue en juillet 2023 (No 2020-08 – Basile, S. – Renouvelée).

### 1.6.4 Méthode et outils de collecte des témoignages

Le guide d'entrevue utilisé dans le cadre de la phase I a été révisé afin d'y inclure des thématiques ayant émergé de l'analyse des données. Ainsi, des questions concernant l'avortement (consenti ou imposé), les prises de sang réalisées sur les nouveau-nés, les signalements à la naissance faits à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) et les relations de couple ou familiales à la suite d'un événement de VOG, ont été ajoutées au guide d'entrevue de la phase II. Le formulaire de consentement a été ajusté au contexte de la phase II et deux documents ont été préparés afin de soutenir d'éventuelles démarches que pourraient entamer les participantes, soient un « guide d'accès au dossier médical » et une liste d'« outils juridiques » disponibles au Québec. Un exemplaire du rapport de la phase I, en français ou en anglais, était également offert à chaque personne prenant part à la phase II de la recherche.

<sup>7</sup> Cette enquête est menée par la CSSSPNQL tous les cinq ans et la quatrième édition (2025) incluait pour la première fois des questions sur les violences obstétricales, répondant ainsi à une des recommandations du rapport de la phase I de la présente recherche.

<sup>8</sup> Estimation pondérée, basée sur un échantillon de 826 répondantes, avec un intervalle de confiance entre 16,7% et 22,6%.

<sup>9</sup> Pour cette phase II, l'équipe de recherche a déterminé que le recrutement des participantes se concentrerait spécifiquement chez les Premières Nations au Québec, le contexte unique et particulier des femmes Inuit du Nunavik nécessitant peut-être une recherche à lui seul.

<sup>10</sup> Le *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador* (APNQL, 2014) et les *Lignes directrices en matière de recherche avec les femmes autochtones* (Basile, 2012) ont servi de guide dans l'élaboration de cette recherche.

## 1.6.5 Recrutement des participantes

Les outils de communication utilisés pour inviter les participantes à la phase I (affiche, message et bandeau pour les médias sociaux et les envois par courriel) ont été récupérés, mis à jour et traduits en anglais pour la phase II. Le visuel, largement diffusé entre 2022 et 2023, permettait aux personnes de reconnaître plus facilement le sujet abordé. Voir la figure 1.

La page Web<sup>11</sup> créée pour la recherche a également été mise à jour. Des entrevues dans les médias (pages Facebook, radios communautaires des Premières

Nations, chaîne APTN, journaux et revues, etc.) ont été réalisées afin d'inviter les femmes concernées à contacter l'équipe de recherche. L'invitation a également été diffusée dans le réseau des directions de santé de l'ensemble des communautés des Premières Nations au Québec ainsi qu'auprès des organismes ayant participé à la mise en œuvre de la phase I. Le bouche-à-oreille a été mis à contribution, particulièrement auprès des participantes de la phase I, ainsi qu'auprès des personnes qui n'avaient pas pu témoigner.

**Figure 1.** Visuel utilisé pour le recrutement des participantes



## 1.6.6 Collecte des témoignages

La collecte des témoignages a débuté le 17 juillet 2023 et s'est terminée le 31 mai 2024. Seules deux personnes de l'équipe de recherche, les autrices du rapport de la phase I, ont réalisé l'entièreté des entretiens. Selon les invitations reçues, elles se sont déplacées dans 18 communautés des Premières Nations, 3 centres d'amitié autochtones et plusieurs villes et villages afin d'y rencontrer les personnes s'étant manifestées à elles. Généralement, une présentation orale du rapport de la phase I de la présente recherche servait à introduire le sujet et à discuter ouvertement avec la ou les personnes présentes. Par la suite, les entretiens individuels, avec les services d'une interprète ou d'une accompagnante selon les besoins, avaient lieu dans un endroit désigné par la communauté ou l'organisme hôte, ou selon la volonté des participantes. Certaines participantes

ont préféré recevoir les chercheuses dans l'intimité de leur domicile ou reporter leur témoignage à un autre moment, en mode virtuel via les plateformes Zoom ou Messenger. L'équipe de recherche a fait preuve de flexibilité afin d'accommoder au mieux les participantes et de préserver leur anonymat.

Le déroulement des entretiens commençait par une introduction des personnes en présence et par des réponses aux questions des participantes, s'il y avait lieu. S'ensuivait la lecture du formulaire de consentement, en attribuant le temps nécessaire à la traduction par l'interprète avant de procéder à la signature. Un des deux exemplaires du formulaire signé était remis à la participante, la seconde était consignée par l'équipe de recherche. Le consentement oral et consigné par enregistrement audio était aussi possible pour celles

<sup>11</sup> La page Web créée pour la recherche est accessible à l'adresse suivante : <https://sterilisationsimposees.cssspnql.com/>.

qui préféreraient cette modalité. Les entretiens menés en mode virtuel suivaient la même procédure, le formulaire et un exemplaire du rapport de la phase I étaient envoyés par courriel ou par la poste. Le guide d'entrevue servait à mener la discussion et à éclaircir certains points du récit des femmes, afin de bien comprendre le contexte dans lequel les VOG et/ou la SI étaient survenus (année, lieu, âge, type d'intervention, motif de l'hospitalisation, obtention ou non du consentement, informations sur les solutions de remplacement et les répercussions de la procédure, etc.). Les membres de l'équipe de recherche ainsi que les interprètes présentes lors des entretiens ont signé un formulaire d'engagement à la confidentialité.

### 1.6.7 Documentation et validation

Une veille documentaire en continu a été réalisée afin de repérer toutes les nouvelles publications sur les VOG et les SI. Des enquêtes nationales (au Groenland et dans l'état du Vermont aux États-Unis), des recherches scientifiques (au Pérou et au Chili), des recours collectifs (au Québec et ailleurs au Canada) sont en cours et ces travaux génèrent une importante quantité d'information ayant été considérée dans la présente recherche. Les annexes du rapport font état d'une partie de ces travaux. À la suite de la rédaction d'une première ébauche du rapport, un exercice de validation des résultats a été tenu avec six femmes autochtones possédant une expertise professionnelle ou personnelle pouvant contribuer à l'analyse des données. De plus, des médecins, des infirmiers et infirmières ainsi que des avocates et avocats ont été consultés afin de valider le vocabulaire à utiliser et de vérifier l'adéquation, la concordance, voire l'incongruité, de certaines procédures ayant été rapportées par les participantes.

### 1.6.8 Filet de sécurité

Tout comme pour la phase I, un filet de sécurité a été mis en place afin d'accompagner les personnes qui en ressentaient le besoin à la suite de l'entretien. En guise de remerciement, une tresse de foin d'odeur était offerte aux participantes après chaque entretien, geste qu'elles ont grandement apprécié et qui avait pour but de contribuer à leur guérison. Une liste de ressources d'aide et d'écoute pour les Premières Nations était à la disposition de l'équipe de recherche. Les participantes étaient contactées à nouveau une semaine après avoir livré leur témoignage afin de les

guider vers des ressources au besoin. Aussi, les membres de l'équipe de recherche avaient accès à une personne aînée pour du soutien ou de l'écoute au besoin.

### 1.6.9 Traitement des données

Chaque fichier (enregistrement, formulaire de consentement et guide d'entrevue) a été numérisé et codifié avec un numéro séquentiel et des acronymes selon le type d'intervention subie par la participante. Un tableau de suivi des entretiens (Excel) a été élaboré. L'ensemble des données recueillies a été déposé sur un gestionnaire de données de recherche (GDR), un espace sécurisé mis à la disposition de l'équipe de recherche par l'UQAT. Toutes les entrevues ont été transcrites en français ou en anglais et les verbatims qui en découlent constituent la matière première du corpus de recherche.

### 1.6.10 Catégorisation des types d'événement

Dans le tableau de suivi des entretiens, les catégories suivantes ont été créées selon la nature des événements rapportés avec les acronymes correspondants :

- VOG : Violence obstétricale et gynécologique
  - VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique
  - VOG de nature physique et sexuelle
  - VOG de nature discriminatoire en fonction de l'origine ethnique
    - SN : Signalement à la naissance
    - TM : Tache mongoloïde
    - PS : Prise de sang
    - AI : Avortement imposé
- SI : Stérilisation imposée

Veillez noter qu'un même entretien peut être catégorisé dans une ou plusieurs de ces catégories. Une même participante pouvait effectivement rapporter plusieurs faits s'étant déroulés à différentes époques de sa vie et contenir diverses formes de VOG (incluant ou non une SI) ou encore un même événement pouvait faire référence à plusieurs formes de VOG. La catégorie des SI est considérée comme faisant partie intégrante des VOG. Cependant, dans le cadre de la présente analyse, il a été jugé préférable de les traiter séparément afin de les mettre en évidence.

## 1.6.11 Analyse et interprétation des données

À partir du guide d'entrevue, une première analyse thématique a été réalisée. La codification d'abord attribuée a été révisée en cours d'analyse afin de tenir compte de l'émergence de nouveaux thèmes. Le logiciel d'analyse de données qualitatives NVivo 10 software (Lumivero, Denver, CO) a été utilisé pour traiter l'ensemble des données recueillies. Ce logiciel, avec le tableau de suivi des entretiens, a également servi à la construction du portrait statistique en soutien à l'analyse qualitative des témoignages. En raison du grand nombre d'extraits d'entrevues significatifs, une première sélection a été réalisée afin d'exclure les passages qui pouvaient être plus difficiles à interpréter ou incomplets et ainsi garantir une meilleure compréhension du propos. Une deuxième sélection d'extrait d'entrevues a été effectuée, basée sur un premier classement en fonction des types d'événement et des thèmes retenus. Enfin, une dernière sélection a été nécessaire en raison d'un grand nombre de propos similaires, ce qui témoigne de

la récurrence des expériences douloureuses. Lorsque disponible, l'année de l'événement rapporté est indiquée. Pour la rédaction du présent rapport, les propos retenus ont été traduits en français ou en anglais selon la langue d'usage lors de l'entretien.

## 1.6.12 Profil des participantes

La phase II de cette recherche a permis de recueillir 97 témoignages, faisant état de **94 événements distincts** de VOG de diverses natures, incluant **55 cas de SI**. Deux témoignages ont été recueillis auprès de professionnelles et professionnels de la santé afin de dénoncer des événements dont ils ont été témoins au cours de leur carrière. Ils ont été écartés du corpus de l'analyse quantitative, n'ayant pas pu transmettre d'informations assez précises sur les événements relatés. Deux autres témoignages faisaient référence à un même événement et ont donc été considérés comme un seul pour l'analyse quantitative. Cependant, le récit de chacun des témoignages (97) a été considéré pour l'analyse qualitative (voir Tableau 1).

**Tableau 1.** Découpage des témoignages

Témoignages recueillis	Nombre
Témoignages de femmes des Premières Nations	94
Témoignages de professionnelles et professionnels de la santé	2
Témoignages de deux personnes pour le même cas	1
<b>Total</b>	<b>97</b>

À l'instar des travaux de commissions d'enquête antérieures tenues en contexte autochtone et de ceux de la phase I de la présente recherche, neuf personnes ont pu témoigner de VOG qu'elles n'avaient pas elles-mêmes subies. Elles l'ont fait pour une membre de leur famille, soit décédée ou dans l'incapacité de témoigner, ou en tant que professionnelle ou professionnel de la santé détenant des informations précises sur les événements. Les lettres « TE » pour « témoin » se retrouvent dans la codification attribuée à ces entretiens.

Enfin, un témoignage ne comportait pas d'information relative à la période où s'est déroulé l'événement. Il a donc été écarté des **analyses temporelles**, mais a été conservé pour les analyses en lien avec la nature des violences subies et le lieu où se sont déroulés les événements. En comptabilisant les 35 témoignages recueillis lors de la phase I avec ceux de la présente phase, un total de **132 personnes** ont participé à la recherche. Toutefois, seuls les témoignages recueillis dans le cadre de la phase II ont été utilisés pour le présent rapport.

## Nations d'appartenance

Les participantes à cette deuxième phase de la recherche sont issues de cinq Premières Nations au Québec. Voici la répartition des témoignages selon la nation d'appartenance des femmes les ayant livrés (voir Tableau 2).

**Tableau 2.** Nombre de témoignages selon la nation d'appartenance des femmes victimes de VOG

Nation d'appartenance	Nombre de témoignages recueillis
Innue/Naskapie	50
Atikamekw Nehirowisiw	36
Anishnabe (algonquine)	5
Eeyou (crie)	3
<b>Total</b>	<b>94</b>

Les femmes naskapiennes sont membres d'une seule communauté au Québec. Afin de protéger leur anonymat et de préserver la confidentialité de leurs propos, leurs récits ont été regroupés avec ceux des femmes innues. Ce choix, qu'elles ont validé, s'avère d'autant plus logique que des liens culturels et linguistiques unissent les deux nations. De plus, en raison de leur position géographique, les femmes naskapiennes suivent la même trajectoire de soins gynécologiques et périnataux que les femmes innues. D'ailleurs, aucune communauté autochtone n'est identifiée ou associée aux témoignages inclus dans le présent rapport.

## Âge des participantes

Les personnes rencontrées étaient âgées de 15 à 40 ans au moment des événements et leurs expériences de VOG se sont produites entre 1956 et 2023 (voir Tableau 3).

**Tableau 3.** Âge et moment des événements

Âge au moment des événements	Moment des événements
Âge le plus jeune : 15 ans	Expérience la plus ancienne : 1956
Âge le plus avancé : 40 ans	Expérience la plus récente : 2023

Au moment de l'entretien, soit en 2023-2024, la plus jeune participante à la recherche avait 19 ans et la plus âgée avait 90 ans. Il est à noter que plus de la moitié ( $n=47$ ) des participantes était âgée de 57 ans et plus au moment de l'entretien. La majorité d'entre elles (31 sur 47) sont des survivantes des pensionnats indiens. Plusieurs ont déclaré avoir décidé de briser le silence sur leurs expériences de VOG, car elles étaient moins craintives du jugement que pourrait susciter leur témoignage, notamment auprès de leur entourage.

## Langues d'usage

L'équipe de recherche s'est adaptée au contexte linguistique et aux besoins des personnes rencontrées. La majorité des entretiens (n=74) s'est déroulée en français, 13 dans une langue des Premières Nations avec les services d'une interprète, cinq en anglais et deux se sont déroulés à la fois en français et en anglais (voir Tableau 4).

**Tableau 4.** Langues d'usage lors des entretiens

Langue	Nombre de personnes
Français	74
Langue des Premières Nations	13
Anglais	5
Français et anglais	2
<b>Total</b>	<b>94</b>

## Témoignages supplémentaires

Des personnes se sont désistées pour des raisons personnelles, invoquant leur incapacité d'ouvrir de telles plaies ou leur indisponibilité au moment du passage de l'équipe de recherche. Plusieurs de ces femmes jonglent à la fois avec un emploi, la garde de leurs enfants ou de leurs petits-enfants en plus d'être aussi parfois famille d'accueil pour d'autres enfants de la communauté. Il est estimé que 17 témoignages supplémentaires auraient pu être recueillis.

# Partie 2: Analyse des données et résultats

À l’instar des constats émanant de la première phase de la recherche, l’analyse des témoignages de la phase II révèle divers types de VOG vécus par des femmes des Premières Nations au Québec ainsi que sur l’île de Terre-Neuve pour certaines répondantes innues/naskapiées (voir Tableau 5)<sup>12</sup>. Pour une même participante, ces violences peuvent être survenues au cours d’un ou de multiples événements. Parfois, les violences ont pu s’échelonner sur plusieurs années. Comme mentionné, les événements rapportés ont eu lieu entre 1956 et 2023 et les femmes interviewées avaient de 15 à 40 ans lors des événements. Parmi les 94

témoignages retenus pour l’analyse quantitative, 55 cas de SI ont été répertoriés. Les 39 autres témoignages ont été classifiés comme des VOG. En comparaison avec la phase I, un plus grand nombre de femmes aînées ont participé à la phase II de la recherche, ce qui peut expliquer la présence de certaines pratiques qui ne sont plus en vigueur aujourd’hui et qui semblent appartenir à une autre époque. Ces pratiques ont, en effet, été des plus traumatisantes pour les personnes qui les ont vécues et qui étaient toujours vivantes au moment des entretiens.

**Tableau 5.** Nombre de témoignages de SI et de VOG selon la phase de collecte

Phase de collecte	Total de participantes	Expériences de SI		Expériences de VOG (sans SI)	
	n	n	%	n	%
Phase I	35	22	63 %	13 <sup>13</sup>	37 %
Phase II	94 (+3) <sup>14</sup>	55	59 %	39	41 %
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>77</b>	<b>58 %</b>	<b>52</b>	<b>39 %</b>

Les prochaines sous-sections reposent sur l’analyse du discours narratif et des expériences des personnes rencontrées. Elles exposent d’abord des cas de VOG selon les catégories établies, puis des cas plus spécifiques de SI, pour ensuite présenter un portrait des répercussions liées aux violences décrites précédemment.

<sup>12</sup> Cinq répondantes innues ont connu l’époque de l’évacuation vers St. Anthony sur l’île de Terre-Neuve. En raison de sa proximité, elles y étaient envoyées pour accoucher ou pour d’autres raisons de santé. Selon les témoignages entendus, elles étaient hospitalisées au Charles S. Curtis Memorial Hospital jusque dans les années 1990. Cet hôpital a été le berceau de la International Grenfell Association (IGA) qui a procédé à plus d’une vingtaine de stérilisations de femmes jugées mentalement incaptes de 1928 à 1934 (Connor, 2019). Selon cet auteur, il est possible qu’il y ait eu plus de cas de stérilisation que ce que les archives disponibles permettent de démontrer et que des femmes autochtones aient été parmi celles qui ont été stérilisées.

<sup>13</sup> Les cas de VO, AI et TE, comme répertoriés dans le rapport de la phase I, ont été regroupés ici pour un total de 13.

<sup>14</sup> Comme mentionné en amont, trois témoignages ont été écartés de l’analyse quantitative des données.

## 2.1 VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique

Les VOG de nature verbale se traduisent par un langage brutal, sans respect ni bienveillance de la part du personnel soignant envers les femmes qui consultent avant, pendant ou après l'accouchement, ou pour toute autre raison gynécologique. Dans un article publié en 2015 dans le *PLOS Medicine*, Bohren *et al.* associent également aux VOG de nature verbale les menaces, les jugements, les commentaires accusateurs, les menaces de refus de traitement ainsi que les discours qui ridiculisent, blâment ou réprimandent les femmes. L'OMS (2014) rapporte que de nombreuses femmes sont victimes de VOG verbale à travers le monde et que ce traitement irrespectueux peut entraîner des conséquences négatives directes chez la mère et son bébé, le cas échéant. Au moment même où la qualité des soins s'avère des plus cruciales, l'accouchement rend les femmes particulièrement vulnérables à différentes formes de violence.

Les répercussions de nature émotionnelle et psychologique de ce type de VOG sont nombreuses; on retrouve notamment des symptômes anxieux, dépressifs ou associés à un état de stress post-traumatique, un sentiment d'avoir été maltraitées et la perception d'avoir été

invisibilisées ou ignorées (Lévesque *et al.*, 2018; Comité sénatorial permanent des droits de la personne (CSPDP), 2022). Ces femmes vivent un sentiment de peur, de honte, d'infériorité ou encore d'être inadéquates (Bohren *et al.*, 2015). Les répercussions vécues ne se limitent pas aux femmes et peuvent entraîner l'effondrement de la cellule familiale (CSPDP, 2022). En somme, les VOG de cette nature se manifestent généralement dans un contexte où des facteurs structurels, comme l'existence d'une hiérarchie et la présence d'un déséquilibre de pouvoir, caractérisent la relation médecin/patiente (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023).

Dans le cadre de la présente recherche, les VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique sont celles ayant été le plus souvent rapportées parmi les trois formes de VOG répertoriées (voir Tableau 6). Parmi l'ensemble des témoignages (n=94), **62%** des participantes (n=58) ont mentionné avoir vécu ce type de VOG, avec d'autres types de VOG et **17%** (n=16) des participantes ont vécu uniquement ce type de VOG. Si une partie des témoignages ne concerne que les VOG de nature verbale, dans la majorité des cas, ces derniers s'additionnent à d'autres formes de VOG. L'effet cumulatif généré par cette superposition de VOG laisse forcément des marques indélébiles chez les femmes concernées.

**Tableau 6.** Nombre de participantes, selon la nation d'appartenance, ayant nommé des VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique dans leur témoignage

Nation d'appartenance	Total de participantes	Total de VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique répertoriées		VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique uniquement (sans autres formes de VOG ni SI)	
	n	n	%	n	%
Anishnabe	5	4	80%	2	40%
Atikamekw Nehirowisiw	36	21	58%	5	14%
Eeyou	3	3	100%	0	0%
Innué/Naskapie	50	30	60%	9	18%
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>58</b>	<b>62%</b>	<b>16</b>	<b>17%</b>

Dans leur témoignage, plusieurs des participantes rapportent des propos et attitudes méprisantes de la part du personnel soignant envers elles. Voici des extraits qui illustrent ce mépris ainsi que d'autres exemples de VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique.

## 2.1.1 Violence verbale

Une participante raconte un événement, à caractère raciste, survenu après avoir eu recours à un avortement en 1992 :

Il n'y avait aucun soutien (...) J'ai ouvert les yeux puis je cherchais des Kleenex quand une infirmière est passée et m'a dit : « Arrête donc de brailler. » Elle m'a traitée comme si j'étais de la m... (...) (Elle a dit :) « T'avais qu'à pas fourrer. » Une autre infirmière qui l'a entendue a dit : « Bin, c'est pas grave, c't'une Indienne, a va s'accoter sur un arbre pis a va en faire un autre. » Je pleurais déjà, j'ai continué à pleurer. Elle a dit ça fort, une des filles (présentes) s'est mise à rire. J'ai entendu : « Ouin, on sait bin, eux autres ! » (116-VOG)

Une autre participante raconte que, lors d'un rendez-vous médical où elle accompagnait sa mère, en 1983, le médecin lui a clairement fait part de son mécontentement face à sa grossesse et est allé jusqu'à prétendre que les Autochtones vivent aux crochets de la société :

J'accompagnais ma mère à son rendez-vous médical à l'hôpital de (ville). On est allés dans un bureau et le médecin, (le) Dr (nom), m'a demandé quel âge j'avais. J'avais 21 ans et j'étais enceinte de 7 mois à peu près. Il m'a demandé combien d'enfants j'avais et je réponds, toute fière : « C'est ma troisième. » Il m'est rentré dedans et m'a dit : « Tu sais, hein, que c'est nous qui vous faisons vivre ? On paye des impôts, pis c'est pour ça là. » Je me souviens qu'il m'a dit : « Quand est-ce que vous allez arrêter de faire des enfants ? » (106-VOG)

Dans un autre témoignage, la médecin présume de l'incapacité d'une femme à s'occuper de ses enfants :

En 1981, c'était ma cinquième grossesse (...) À un rendez-vous de suivi, je lui ai dit que je voulais une ligature après cette grossesse-là. Elle m'a répondu : « De toute façon, même si tu ne me l'avais pas demandé, je l'aurais fait faire » (...) Je n'ai pas aimé ça. Ce n'est pas une chose à dire à quelqu'un.

Elle m'a aussi dit : « Parce que là, t'as pas de mari, t'as pas de conjoint pour prendre soin de toi, t'as déjà cinq enfants... » J'ai été capable de prendre soin de mes enfants, je n'avais pas besoin d'un homme pour ça. (102-VOG)

Les participantes rapportent que le personnel soignant utilise souvent un style de communication très directif. Le vocabulaire et le ton employés dictent une marche à suivre et évoquent un rapport de force inégalitaire, où l'on s'attend à ce que la patiente se conforme à ce qui est décrété. La citation suivante démontre que ce n'est pas d'hier que l'on décidait pour les femmes autochtones. Dans le présent cas, il s'agit de la « grande opération » (hystérectomie) en 1978 :

C'est le médecin qui a fait ça. Il avait dit : « Tu vas être obligée de faire ça. » Il disait que je n'avais pas le choix. (048-SI-VOG)

Sans même mentionner l'absence de consentement obtenu auprès des patientes, ce style de communication suggère des interventions et traitements qui ne sont pas proposés, mais bien imposés. Certaines femmes se voient ainsi privées de leur libre arbitre :

Donc, quand j'ai accouché de ma fille en 1999, on ne m'a même pas donné le choix de l'allaiter ou pas. Ils ont dit : « On te conseille de ne pas l'allaiter parce que tu vas probablement retourner à l'école et que ça va juste compliquer les choses. » J'y pensais (à l'allaitement), mais quand l'infirmière a dit ça, en français, je me suis juste dit que ce ne serait pas possible (d'allaiter). C'était difficile, difficile à vivre, parce que je n'avais pas mon mot à dire. (077-VOG)

Ce témoignage suggère l'accompagnement déficient du personnel soignant qui écarte les besoins, réflexions, et opinions de la patiente quant aux soins qu'elle prodiguera à son propre enfant. Cette absence de considération et d'écoute est aussi au cœur des VOG liées à l'omission ou au déni de soins.

## 2.12 VOG par omission ou déni de soins – Entre violence verbale et psychologique

L'existence de VOG par omission ou déni de soins envers les femmes autochtones a été démontrée dans le rapport de la phase I de la présente recherche (CSSSPNQL, 2022). Ce type de VOG est aussi documenté à l'échelle mondiale avec des recensions d'écrits provenant de plusieurs pays (Bohren *et al.*, 2015, 2022) et par d'autres travaux de recherche et rapports de commission d'enquête confirmant ainsi des cas au Québec (CERP, 2019; Shaheen-Hussain *et al.*, 2023).

Il a été mentionné que le personnel soignant semble parfois s'arroger un pouvoir démesuré sur les patientes, ce qui crée un contexte favorable à l'occurrence de VOG. Une femme raconte avoir décidé, en 1994, de quitter l'hôpital d'une région isolée avec son bébé, jugeant que l'infirmière les brusquait. Les conséquences seront importantes. Elle raconte son expérience par l'entremise d'une interprète :

Après, le médecin n'a plus accepté qu'elle emmène ses enfants à l'hôpital, c'est ça qui était écrit (dans son dossier médical). Ils l'ont fait savoir à (nom de la femme) avant qu'elle quitte l'hôpital, de ne plus revenir ici quand son enfant va être malade. (125-SI)

Cette situation mènera entre autres à l'imposition de silences et de décisions drastiques qui seront difficiles, voire impossibles, à contester. À la suite d'une échographie, cette femme avait des questions pour la médecin qui lui dit :

« Chut, j'ai besoin de me concentrer. Je vais répondre à vos questions à la fin ». Puis, non. Je n'ai pas pu poser mes questions. Elle s'est levée, elle a enlevé les gants, elle a dit deux-trois mots à l'infirmière en chuchotant, puis elle est partie. (037-VOG-SN-PS)

D'autres participantes se sont senties comme la dernière des priorités face au personnel soignant. Certaines ont mentionné avoir été ignorées, tant par les médecins que par les infirmières. Une femme qui avait 15 ans en 1980 rapporte avoir accouché dans les conditions suivantes :

J'ai vécu tout ça, sans la sécurité, sans le confort, sans l'infirmière. Pour eux, ce n'était pas important les souffrances que j'avais. C'était dans le silence, sans compassion. (089-VOG)

Un deuxième événement est survenu en 2012 :

Encore une fois... c'était difficile... un mauvais service au niveau des infirmières à la salle d'accouchement à (nom de la ville). Je n'ai jamais voulu retourner accoucher là dans ma vie. (042-VOG-PS)

Enfin, d'autres femmes se sentent seules et délaissées durant leur séjour dans un milieu de soins, et vont même jusqu'à vouloir se rendre de leur lit d'hôpital à l'étage à la salle d'urgence au rez-de-chaussée de l'hôpital pour être entendues.

## 2.13 Violence émotionnelle

La violence émotionnelle peut se refléter à travers un climat de peur qui est instauré par le personnel soignant qui tente d'imposer des décisions ayant été prises sans égard au ressenti des femmes. Les témoignages suivants dénoncent des cas de contraception imposée ; l'un de façon définitive en 1997 et l'autre de façon temporaire en 2001 :

Puis moi, j'étais en contractions, ça fait que je me suis comme sentie obligée de signer ce papier-là (...) Quand ils ont su que mon bébé était malade, ils m'ont mis de la pression en disant : « Tous tes autres enfants vont tous être malades. Ils vont tous mourir comme ça. » Ça fait que veut, veut pas, ça joue dans la tête, ça. Ça fait que je l'ai signé le papier. Je suis consciente que je l'ai signé, mais c'est avec toute la pression qu'ils m'ont mise. (047-SI-VOG)

J'avais peur. Le médecin m'avait dit : « Si tu tombes enceinte un jour, soit toi ou ton bébé et ou vous deux, vous allez mourir. » Il me faisait peur et c'est là que j'ai accepté (la pose d'un stérilet). (117-VOG)

Une autre femme raconte son accouchement en 1984 :

J'ai eu vraiment peur (à) mon accouchement, personne ne s'est occupé de moi. (056-SI-VOG)

## Encadré 2. Expériences traumatisantes de femmes kanienehà:ka de la communauté de Kahnawà:ke

À l'été 2023, le journal *The Eastern Door* a fait état d'expériences bouleversantes vécues par trois femmes kanienehà:ka de Kahnawà:ke. Il s'agit d'expériences qui s'inscrivent dans le spectre des violences psychologiques et émotionnelles. Deux des cas rapportés étaient liés à des accouchements à l'hôpital Anna-Laberge de Châteauguay tandis que le troisième a eu lieu dans le cadre de soins en santé psychologique prodigués au même hôpital. À différents degrés, les trois femmes rapportent des situations problématiques en lien avec le fait qu'elles s'exprimaient en anglais dans un hôpital francophone. L'une d'entre elles a eu l'impression qu'on feignait ne pas la comprendre. Deux des trois femmes ont cru qu'on se moquait d'elles. À la suite du traitement cavalier d'une médecin qui avait accepté de remplacer un collègue qui s'exprimait mal en anglais, l'une des femmes s'est dite inconsolable pendant deux jours, se demandant si elle était responsable d'un tel traitement. De leur côté, les deux femmes qui ont accouché à Anna-Laberge se sont senties complètement déconsidérées par le personnel soignant. La première a rapporté qu'une infirmière accordait peu ou pas de valeur à ce qu'elle lui disait (alors qu'il s'agissait de l'opinion formulée par son médecin traitant qui n'était pas sur place). Cette même femme s'est aussi sentie infantilisée par le personnel soignant – qui a insisté sur le fait que ça lui prenait bien deux sièges d'auto pour bébé (et non un seul) puisqu'elle venait d'accoucher de jumeaux. Une travailleuse sociale l'a aussi questionnée à de nombreuses reprises sur l'implication familiale de son conjoint, sous-entendant que cette implication était peut-être déficiente. L'angoisse de la deuxième femme est palpable quand elle raconte à *The Eastern Door* comment elle a été traitée alors qu'elle tentait désespérément de récupérer son placenta après l'avoir laissé à l'hôpital. Elle précise : «L'infirmière faisait semblant de ne pas comprendre l'anglais, elle faisait semblant de ne pas comprendre ce que je disais et me raccrochait au nez. J'ai continué à appeler, et elle s'est mise à transférer mes appels dans des services au hasard, en radiologie, par exemple. Je pleurais, je voulais tellement récupérer mon placenta» (traduction libre) (Cable, 2023a, b).

### Erreurs de diagnostic

Selon les témoignages recueillis, 11 femmes se sont fait annoncer des diagnostics erronés : soit une grossesse ou une fausse couche qui n'étaient pas avérées. Une autre a été incitée à se faire avorter en raison d'une malformation finalement inexistante chez le fœtus qu'elle portait. Enfin, d'autres femmes ont subi des erreurs de communication et de posologie, ou se sont fait transmettre des informations erronées sur le stade de leur grossesse. Ces erreurs de diagnostic ou de procédure ont été confirmées à posteriori par des membres du personnel soignant. Ce type de VOG émotionnelle a de graves conséquences chez les parents ayant appris à tort que leur enfant allait souffrir d'une malformation ou d'un handicap. Ces femmes, âgée 14 ans en 2005 pour la première et âgée de 23 ans en 1995 pour la deuxième, partagent les expériences suivantes :

Je suis allée la reconsulter, puis elle me fait encore un toucher vaginal comme à toutes les fois, puis elle me dit : «Ah, tu es enceinte.» Puis elle touche mon ventre en même temps que le toucher vaginal. (...) Mais là, moi je n'avais jamais eu de relation sexuelle. J'étais traumatisée. J'étais comme : «Voyons, qu'est-ce qui se passe ? Est-ce que j'ai été violée sans que je m'en rende compte ?» Il y a plein de choses qui me sont venues dans la tête. Elle me dit : «Tu es en enceinte de genre huit semaines.» (...) Là, elle m'envoie vers la clinique de planning familial, elle m'envoie là. Ils me font faire des prises de sang (et ils me disent :) «Non, tu n'es pas enceinte.» (042-VOG-PS)

Ma deuxième grossesse, ça s'est super bien passé. (...) Le gars qui passe l'écho, il me dit : «Ton garçon, il va lui manquer un bras.» (...) J'avais 22 semaines, je pense. Là, j'ai fait le saut. Puis il n'était pas supposé de me dire aucun résultat, lui. (047-SI-VOG)

En 2021, lors d'une première grossesse à l'âge de 26 ans, une femme est informée par un membre du personnel soignant que son bébé est décédé. On lui offre alors une médication pour accélérer l'expulsion du fœtus. Or, elle est néanmoins convaincue que son bébé est toujours vivant. Elle demande à être transférée à l'hôpital de la ville la plus proche, car elle vit dans une communauté isolée :

C'est à ce moment-là que je suis partie (...) je suis arrivée là durant la fin de semaine, donc ça a pris du temps avant de voir le Dr (nom). Ils ont fait une autre échographie – je ne voulais pas regarder le moniteur – et l'infirmière a dit, «T'es certaine d'avoir fait une fausse couche?» (J'ai répondu) «Oui!» Je ne voulais pas regarder, je pleurais, le visage inondé de larmes. Mon *chum* n'avait même pas le droit de rentrer dans la pièce avec moi. J'avais peur; je ne savais pas quoi faire. Puis, l'infirmière m'a demandé: «Veux-tu le voir bouger? Le bébé bouge beaucoup!» «Quoi?» J'ai pleuré, mais de joie ce coup-là. L'infirmière est partie chercher mon *chum* et il est entré en demandant ce qui n'allait pas. «Le bébé est toujours vivant!» «Je savais qu'elle était toujours là!» Il (le conjoint) était en état de choc. (100-VOG)

Enfin, des erreurs surviennent dans l'administration de certains médicaments :

Parce que j'ai une amie qui travaillait là, elle était infirmière, puis elle me disait: «Tu devrais aller voir un avocat, ce qui s'est passé en salle de chirurgie, ce n'est pas normal.» Puis elle m'est revenue par après, elle avait regardé dans mon dossier et ils m'avaient donné des médicaments – une infirmière m'avait donné un médicament pour les derniers soins. Les soins de confort. (061-SI-VOG-SN-PS)

## 2.14 Violence psychologique

Le déni de l'autonomie de la patiente et de sa capacité à réfléchir à sa propre santé, la manipulation ainsi que les atteintes à son identité constituent des formes de violence psychologiques. Une participante a rapporté qu'après son quatrième enfant en 1993, le personnel soignant lui a laissé entendre que le gouvernement

imposait une forme de quota sur le nombre d'enfants que les Autochtones pouvaient avoir. On tentait alors de la convaincre d'accepter une ligature. Elle raconte ici sa conversation avec le personnel soignant :

Parce que nous on pense que tes enfants sont nés trop rapprochés, puis que ça va être dur pour toi d'élever ces quatre enfants-là.» C'est ça qu'ils m'ont dit. Puis après, j'étais vraiment stricte, j'ai dit: «Non, c'est clair, je ne veux pas (de ligature).» Mais ils m'ont forcée parce qu'ils m'ont dit: «C'est le gouvernement qui voudrait ça, il pense qu'il y a des Autochtones qui font trop d'enfants et qu'il y a des Autochtones qui ont des problèmes dans les familles, des problèmes sociaux. (068-SI)

En périphérie des soins obstétricaux et gynécologiques, des participantes ont rapporté avoir reçu des commentaires désobligeants sur leur poids (5 témoignages), sur un supposé manque d'hygiène (2 témoignages)<sup>15</sup> et sur leurs origines (34 témoignages). De tels commentaires portent atteinte à la dignité et à l'estime des personnes qui les reçoivent, tandis que les préjugés, parfois racistes, risquent de teinter les interventions du personnel soignant auprès des patientes. C'est ce qu'illustre l'exemple suivant, datant de 2023 :

Dernièrement (...) et j'ai demandé un rendez-vous avec un psychologue, puis ils m'ont envoyé un psychiatre. Puis, le psychiatre a commencé à me dire: «Ah, vous autres, les Autochtones, vous êtes tous pareils. Tous suicidaires.» J'ai dit: «Hein? Ce n'est pas ça que je suis venue chercher. Je ne suis pas suicidaire. Je veux enlever mon mal.» Je me suis levée, je suis partie. (...) Puis à un autre moment donné, une autre fois (...) et j'avais mal au cœur. Je pensais que c'était mon cœur. Ils m'envoient faire le (test du) tapis. J'arrive là, tout de suite, il m'a fait le même commentaire. Il dit: «Ah, vous autres les Autochtones, vous êtes tous de même.» J'ai dit: «Quoi?» (Il dit:) «Vous êtes tous suicidaires. Vous avez tous des idées suicidaires. Je ne comprends pas ça.» J'ai dit: «Bien, je n'ai pas des idées suicidaires.» (Il répond:) «Oh non, non. Vous avez mal, vous vous suicidez.» C'est ça qu'il m'avait dit. (038-VOG)

<sup>15</sup> Faute d'espace ces deux sujets ne peuvent pas faire l'objet d'une analyse plus approfondie, les extraits de témoignages ont dû être écartés du présent rapport.

Brusquée par le manque d'écoute et les généralisations à caractère racial, la participante en question n'a finalement pas eu accès à un accompagnement adéquat et personnalisé.

## Préjugés sur la consommation

Basée sur un mythe solidement ancré dans plusieurs pays, dont le Canada, qui soutient que les Autochtones ont une prédisposition biologique à l'alcoolisme et aux autres formes de dépendances (Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2022), les femmes rencontrées ont rapporté avoir fait face à des situations de nature discriminatoire. Ce phénomène est aussi bien documenté dans le rapport de la Commission Viens qui a constaté la dégradation des relations entre les peuples autochtones et certains services publics au Québec, dont celui de la santé (CERP, 2019). Le préjugé tenace au sujet des problèmes de consommation chez les Autochtones s'exprime à travers les propos adressés à des femmes enceintes en 1998 et en 2011 :

J'ai souvent entendu dire que toutes les femmes autochtones consomment pendant leurs grossesses. Ils (les membres du personnel de la santé) disent que c'est normal pour elles de consommer pendant leurs grossesses. (110-SI-VOG)

C'est là que je leur disais : « Non, ça ne va pas, j'ai mal de telle heure à telle heure, de 9h à 2h du matin. » Puis les infirmières m'ont dit : « Tu es juste en manque de drogue, tu fais semblant de souffrir, tu veux de la drogue. » Faque ils ne me donnaient rien. (...) ils n'ont jamais rien voulu me donner. Jusqu'à tant que je dise aux infirmières : « Je vais aller voir en bas à l'urgence ». Et c'est là que l'infirmière m'a donné quelque chose. (061-SI-VOG-SN-PS)

Ce préjugé au sujet de la consommation de drogues peut, par exemple, venir fausser la lecture de l'infirmière. Le témoignage suivant rapporte une conversation tenue en 2019 :

Une infirmière ou une auxiliaire m'a dit : « Es-tu en sevrage ? » L'infirmière a aussi dit à mon conjoint qui s'occupait du bébé : « Pour moi, ta blonde est en sevrage. » Il a demandé : « En sevrage de quoi ? » Elle a répondu : « De drogue. » Mon chum a dit que non, que ça ne se pouvait pas, que je ne prenais pas de drogue. (104-VOG-SN)

Voir, la section sur les VOG de nature discriminatoire en fonction de l'origine ethnique qui expose davantage les conséquences de la perpétuation de tels préjugés (sur la consommation), allant de la perte d'estime de soi chez les femmes jusqu'à des prises de sang faites en catimini et des signalements à la naissance.



### Encadré 3. Maternité chez les Premières Nations

Comme dans la plupart des cultures, la maternité chez les Premières Nations est un événement socialement valorisé et culturellement célébré. Elle offre une place prépondérante à la famille, au conjoint, à la femme enceinte et à l'enfant, que l'on nomme *awacak* ou «petit être de lumière» dans plusieurs langues algonquiennes. Bien que toutes les étapes de la procréation soient primordiales dans la construction de l'identité autochtone, qui est intrinsèquement liée au lieu d'origine, soit le territoire, l'accouchement représente un moment clé pour les femmes, car :

L'arrivée dans le monde constitue le premier rite de passage de la vie, c'est donc un moment central, spirituel et sacré (Anderson, 2011 ; CWEIA, 2018 ; Simpson, 2006). Le premier accouchement devient une cérémonie fondamentale dans la vie d'une femme puisque c'est cet événement qui assure son passage dans la vie adulte (Anderson, 2011). De même que «en donnant naissance à une nouvelle personne, la femme est spirituellement unie au passé et au futur» (traduction libre), ce faisant, l'accouchement est un moment majeur d'identification culturelle et de connexion spirituelle (Begay, 2004, p. 556) (Basile *et al.*, 2023, p. 23).

Les politiques gouvernementales d'évacuation des femmes enceintes vers les villes ainsi que l'effacement du rôle des sages-femmes ont limité de façon considérable la capacité des femmes des Premières Nations à choisir leur façon d'accoucher et à recevoir des soins périnataux appropriés :

En plus de priver les femmes autochtones de choisir avec qui, où et comment elles souhaitent accoucher, le contrôle et l'institutionnalisation des naissances ont contribué à couper les femmes autochtones de leur spiritualité : «Dans l'ensemble, la naissance était un moment pour les femmes d'honorer et de célébrer le "pouvoir prodigieux" qu'elles détenaient en tant que donneuses de vie (Corea 303)» (Finestone et Stirbys, 2017, p. 179, traduction libre) (Basile *et al.*, 2023, p. 23).

Aujourd'hui, de nombreuses initiatives de guérison sont mises en place, dont celle du retour de l'accouchement sur le territoire et de la pratique de cérémonies et de rituels liés à la naissance d'un enfant, contribuant ainsi à la revitalisation du lien essentiel qui unit les Premières Nations au territoire. La force, la résilience et l'érudition des femmes et des familles des Premières Nations sont des caractéristiques indélébiles de leur maternité (Neufeld et Cidro, 2017).

## Nombre d'enfants

À la lumière de ce bref exposé sur la signification de la maternité pour les femmes des Premières Nations, le fait qu'elles aient un taux de fécondité (nombre d'enfants par femme) plus élevé, voire le double, que la population allochtone canadienne (Statistique Canada et Assemblée des Premières Nations (SC et APN), 2021), suscite des remarques désobligeantes. La rhétorique voulant que les femmes autochtones aient «trop de bébés» est récurrente parmi les témoignages entendus. Voici quelques exemples

À l'aide d'une interprète, une femme raconte qu'en 1974:

Elle a entendu beaucoup de choses comme ça. Surtout de la part des infirmières. À l'hôpital, ils disaient que les femmes (nom de la nation) ne savaient pas comment élever les enfants, qu'elles avaient trop d'enfants et que c'était mieux de les couper (ligaturer). Elles étaient dévalorisées pour qu'elles acceptent les opérations. (090-SI-VOG)

Dans les années 1980, une femme a résisté aux pressions du personnel soignant qui l'exhortait à se faire stériliser. Elle raconte qu'elle ne s'est pas laissée intimider par les propos insultants et blessants du médecin:

Quand j'ai accouché, ils m'ont proposé de me faire une ligature. Le médecin qui m'a accouché m'a demandé: «T'es rendue à combien d'enfants?» J'ai répondu que c'était mon cinquième. (Le médecin a dit:) «Tu ne trouves pas que t'en as assez?» Je lui ai répondu que c'est moi qui allais décider quand ça sera assez. (085-TE-SI)

Les deux citations suivantes rapportent des paroles entendues respectivement en 1988 et en 2015, suggérant la pérennité du préjugé et du discours qu'il génère:

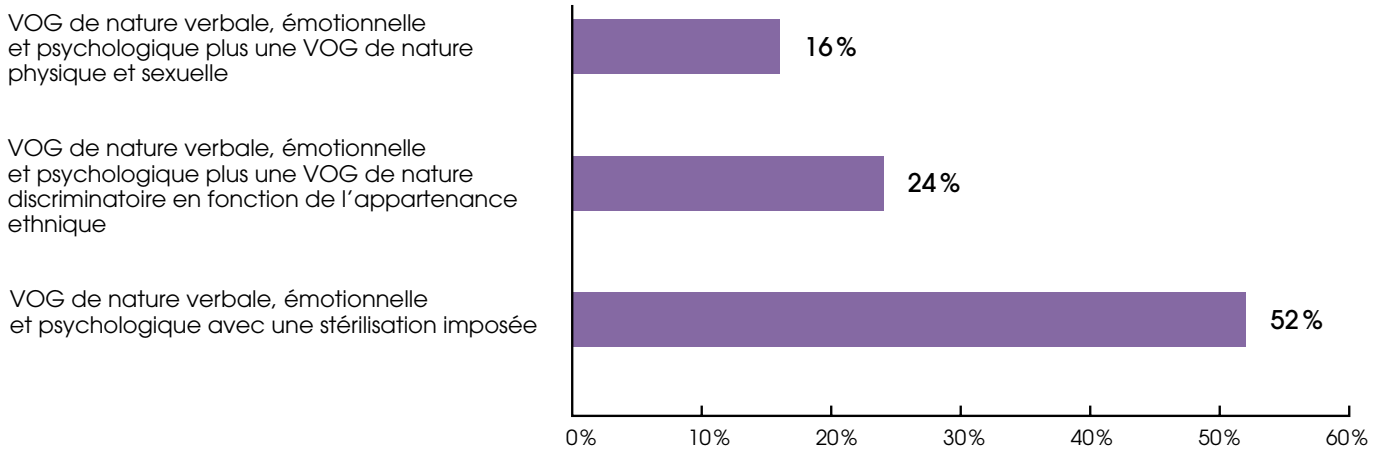
Sauf les paroles du Dr (nom) quand j'ai fait des démarches. Il m'a dit: «Je pense que c'est correct, t'as assez d'enfants. T'en a déjà trois. Ta famille est faite.» (105-SI-VOG)

Ça m'avait beaucoup affectée quand elle m'a dit que je faisais beaucoup de bébés à mon âge. Je me sentais insultée. (063-SI-VOG-AI-PS)

## En chiffres

Les chiffres suivants montrent que les VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique peuvent s'être produites seules, mais qu'elles sont dans la plupart des cas accompagnées d'une autre forme de VOG, comme la SI (voir Tableau 7). Parmi les 58 témoignages rapportant une VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique, 9 (16%) ont aussi vécu une VOG de nature physique et sexuelle, 14 (24%) ont aussi vécu une VOG de nature discriminatoire en fonction de l'origine ethnique et 30 (52%) ont aussi vécu une stérilisation imposée. L'effet cumulatif des formes de VOG recensées peut entraîner des répercussions importantes qui sont présentées dans une section ultérieure.

**Tableau 7.** Proportion des femmes ayant témoigné d'une VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique qui ont aussi vécu une autre forme de VOG (n=58)



## Rôle du personnel infirmier

Comparativement à la phase I de la présente recherche, les témoignages recueillis durant la phase II insistent davantage sur le rôle du personnel infirmier dans l'expérience des soins de santé. Plusieurs femmes relatent des interactions difficiles avec les infirmières, souvent les premières personnes rencontrées dans le système de santé, lors de passages à l'hôpital. Voici trois exemples rapportés lors des entretiens, advenus respectivement en 1978, 1984 et 1999 :

Mais quand on allait à l'hôpital, après que j'avais accouché, il y en avait des infirmières qui étaient *rough* envers nous autres. (...) Elles nous disaient tout le temps qu'on était des sauvagesses. (048-SI-VOG)

Et c'est sûr qu'à l'hôpital à (nom de la ville), ils riaient de nous autres. Moi-même, durant l'accouchement, ils me disaient : « Ah, votre bébé a les cheveux noirs, il va avoir des poux. » C'est ce qu'ils ont dit quand j'ai eu mon premier bébé. C'est l'infirmière qui disait ça : « Il va avoir des poux. » (086-SI-VOG)

Les infirmières étaient très brutales. (Elle a dit) : « Vas-y, bouge, allez ! » (077-VOG)

## Encadré 4. Rôle du personnel infirmier

Historiquement, les femmes des Premières Nations ont régulièrement fait l'expérience de relations de pouvoir entre elles et le personnel infirmier du dispensaire de leur communauté. En raison de ce déséquilibre de pouvoir entre elles et le personnel infirmier, il était presque systématiquement décidé, à partir de la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle, que les femmes seraient évacuées vers la ville pour leur accouchement, ce qui les privait de leur réseau d'entraide et du savoir des sages-femmes :

En refusant d'effectuer un suivi des grossesses et en diffusant activement la rhétorique du risque associé aux accouchements en communauté, les infirmières chargées des dispensaires de ces communautés ont joué un rôle de premier plan dans la généralisation de ce type de pratiques médicales qualifiable d'hospitalocentriste (Desrosiers, 1999; Gaumer et Desrosiers, 2004). (Basile *et al.*, 2023, p. 55)

En 2021, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a publié un énoncé de position rappelant que : « La discrimination et le racisme sous toutes ses formes, y compris le racisme systémique auprès des membres des Premières Nations et des Inuit, sont décriés depuis plusieurs années » (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA), 2013) » (OIIQ, 2021, p. 1). De plus, l'Ordre reconnaît que le colonialisme médical a pu teinter les interactions entre les Premières Nations et le personnel infirmier et, par le fait même, saper la relation de confiance censée être au point de départ du service de soin recherché. Il propose une série d'actions concrètes pour implanter la sécurisation culturelle dans la pratique et encourage ses membres à « dénoncer toutes les situations susceptibles de contribuer à perpétuer le racisme ou la discrimination » (OIIQ, 2021, p. 16) envers les Premières Nations.

## 2.2 VOG de nature physique et sexuelle

Considérée comme un fléau mondial par les organisations internationales, la violence envers les femmes et les filles est aujourd'hui un phénomène mieux documenté que par le passé. On estime que 736 millions de femmes, soit 1 femme sur 3, ont été victimes de violences sexuelles et/ou physiques au moins une fois dans sa vie (ONU Femmes, 2025). De ce type de violence, les VOG à travers le monde sont certainement les moins visibles et les plus taboues, même si elles représentent plus que des cas isolés dans le parcours des femmes au sein des différents systèmes de santé. Bisch (2025) ajoute qu'« elles sont au cœur des violences sexistes et sexuelles (VSS) et relèvent de pratiques et de gestes réalisés sans le respect de l'intimité ni du consentement libre et éclairé, ou de manière inappropriée » (p. 15) en plus de se traduire par « les mêmes mécanismes de déni, d'inversion de la culpabilité, de non-prise en compte de la parole des victimes, de la culture du viol et de l'impunité » (p. 18). Enfin, l'OMS est aussi claire à ce sujet :

Partout dans le monde, de nombreuses femmes font l'expérience de traitements non respectueux et de mauvais traitements lors de l'accouchement en établissement de soins. Ce genre de traitement constitue non seulement une violation de leurs droits à des soins fondés sur le respect, mais il constitue aussi une menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination. (OMS, 2014, p. 1)

Au Canada, les femmes autochtones n'échappent pas à ce phénomène. Selon une récente publication de Statistique Canada qui porte sur la violence envers les femmes autochtones, les séquelles de la colonisation continuent « de toucher les familles et les communautés autochtones » (Heidinger, 2022, p. 3). Par exemple, la proportion de femmes autochtones victimes de violence physique (56%) et sexuelle (46%) dépasse largement la proportion de femmes non autochtones victimes des mêmes violences, respectivement 34% et 33%. Par ailleurs, de nombreux stéréotypes attribués aux femmes autochtones circulent dans le système de santé et des services sociaux. On considère entre autres qu'elles

sont hypersexualisées, qu'elles ont des comportements immoraux, qu'elles tolèrent mieux la violence et la douleur et on leur attribue un statut inférieur aux autres femmes de la population en général (Amnistie internationale (AI), 2015; Association des femmes autochtones du Canada (AFAC), 2022).

## En chiffres

Dans le cadre de la phase II de la présente recherche, il n'était pas rare qu'une même répondante témoigne avoir été victime de plus d'un type de VOG au cours de sa vie. En effet, 21 femmes (22%) sur 94 auraient subi des VOG de nature physique et sexuelle, que ce soit ce type seulement, avec ou sans stérilisation, ou encore avec d'autres types de VOG combinées. Le tableau suivant (Tableau 8) présente le nombre de témoignages

mentionnant ce type de violence selon la nation d'appartenance des répondantes. Par exemple, 17% des femmes atikamekw nehirowisiw ayant participé à la recherche ont déclaré avoir vécu une VOG de nature physique et sexuelle, incluant les autres formes de VOG et une stérilisation imposée. Chez les femmes innues ayant participé à la recherche, la proportion est de 24%.

**Tableau 8.** Nombre de témoignages évoquant des VOG de nature physique et sexuelle selon la nation d'appartenance

Nation d'appartenance	Total de participantes	VOG de nature physique et sexuelle (en plus des autres formes de VOG et une SI)		VOG de nature physique et sexuelle uniquement (sans autres formes de VOG ni SI)	
	n	n	%	n	%
Anishnabe	5	0	0%	0	0%
Atikamekw Nehirowisiw	36	6	17%	0	0%
Eeyou	3	1	33%	0	0%
Innue/Naskapie	50	12	24%	2	4%
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>19</b>	<b>20%</b>	<b>2</b>	<b>2%</b>

## 2.2.1 Tolérance à la douleur

Dès 2022, le rapport de la phase I de la présente recherche dénonçait déjà un préjugé tenace envers les femmes autochtones qui sert de base à certaines VOG de nature physique. Selon une croyance populaire, les personnes issues des Premières Nations auraient une plus grande tolérance à la douleur physique. Elles seraient donc moins susceptibles de recevoir une médication contre la douleur lorsque le personnel soignant adhère à cette croyance (Heino, 2018). Ce préjugé vient s'accoler à celui sur les dépendances

et renforce ce type de violence, de nature physique, envers les femmes des Premières Nations faisant en sorte que «certains professionnels hésiteraient même à donner de la médication contre la douleur à leurs patients autochtones parce qu'ils estiment que ceux-ci ont plus de chance de développer une dépendance» (CWSA et CAO cité dans CSSSPNQL 2022, p. 59).

Parmi les témoignages de la phase II, au moins quatre femmes rapportent des VOG de nature physique qui pourraient être liées au préjugé voulant que les personnes autochtones soient plus tolérantes à la douleur. Ainsi, lors d'un accouchement en 1985, une femme raconte la vive douleur ressentie lorsque le médecin a pratiqué une révision utérine manuelle (aller chercher le placenta avec la main):

Mais le médecin, à l'époque, lui il a dit que le morceau de placenta qui est resté – parce qu'il y a une partie qu'il a essayé de décoller. Il avait rentré sa main, son bras jusque-là pour essayer – Ça faisait mal! Puis il n'arrêtait pas de tirer – Jusqu'à temps qu'il déchire. J'ai essayé de le pincer pour lui dire d'arrêter, mais il continuait. Il me faisait mal. (064-SI-VOG)

En 1986 lors de son deuxième accouchement, une autre participante en contraction demande de l'eau et un second calmant:

Quand j'ai eu des contractions fortes, j'ai demandé qu'on m'aide. Mais l'infirmière était trop pressée pour moi, elle faisait ça vite. (...) Moi, j'ai essayé de me calmer parce que je savais que ça ne me répondait pas quand je demandais quelque chose pour mes douleurs. C'est ce que j'ai vécu. (097-VOG)

Une autre femme raconte comment un examen du col de l'utérus, au début des années 2000, devait être douloureux selon un médecin dont la réputation de manque de bienveillance était connue des femmes:

J'entendais déjà, par exemple: «Attention, au Dr (nom), il a de longs doigts. Il fait mal.» Des affaires de même. C'est vrai qu'il faisait mal. À un moment donné, il venait *checker* mon col. Je me rappelle d'avoir dit: «Ah non. Pas encore? Tu me fais mal.» Puis lui, il m'avait dit: «Il faut que ça fasse mal.» C'est ça qu'il avait dit. (041-SI-VOG)

Parfois, le personnel soignant intervient auprès de l'un de ses collègues afin de le rappeler à l'ordre dans un contexte de violence exercée sur une femme en 2014:

On m'a installé une boule pour m'ouvrir, pour que je sois ouverte.

Q.: «Au col (de l'utérus)?»

R.: «Oui, mon col. Ça n'a pas marché. Ils me disent que mon bébé est coincé. (...) Le Dr (nom), je sens qu'il me... On dirait qu'il rentre toute sa main dans mon vagin, ça joue là. L'infirmier qui était témoin (a) dit: «Non, c'est assez!». Il (a) dit: «Il faut qu'on la prépare et qu'on l'amène.» Il (le médecin) voulait tellement sortir mon enfant de mon vagin là. Je sentais que ce n'était pas normal ce qu'il me faisait. (078-SI-VOG)

Un témoignage démontre le recul qu'une femme a pris depuis les années 1980 afin d'arriver au constat suivant:

J'ai été souvent dans les hôpitaux. Je ne sentais pas de respect. Je ne savais pas si c'était normal ou pas. J'y réfléchis depuis un bout de temps, et on dirait que je n'ai jamais été traitée comme une malade qui doit être traitée avec respect, avec douceur... J'ai tout le temps été bousculée. (101-SI)

Enfin, une participante témoigne de propos entendus lors de sa pratique en milieu hospitalier au tournant de l'année 2010:

Une autre chose que j'ai déjà entendue dans ma pratique c'est que les femmes autochtones qui accouchent, plusieurs se plaignent moins, ça fait qu'il (personnel soignant) pense qu'elles tolèrent plus la douleur. Donc c'est comme s'il y avait peut-être le préjugé positif ou négatif comme «La femme autochtone est forte. Elle tolère bien la douleur.» (046-TE-VOG)

## 2.3 VOG de nature discriminatoire en fonction de l'origine ethnique

Si les VOG peuvent également caractériser la trajectoire de soins des femmes allochtones, les femmes autochtones les subissent de plus dans un contexte où le racisme, qu'il soit direct ou systémique<sup>16</sup>, influence les interactions, entraînant ainsi des traitements différents. Pour les femmes des Premières Nations, ces

<sup>16</sup> La Commission des droits de la personne et de la jeunesse retient la définition suivante du racisme systémique: «Le racisme systémique désigne un rapport social inégalitaire constitué de dynamiques d'infériorisation, de subordination et d'exclusion issues de l'organisation sociale qui imposent aux groupes racisés, notamment aux communautés noires, et aux peuples autochtones un cumul de désavantages dans différentes sphères de leur existence: éducation, travail, logement, santé, sécurité publique, système de justice, etc.» (CDPDJ, 2021, p. 123).

violences s'inscrivent dans un système où les préjugés raciaux viennent se superposer à l'expérience de maltraitements de manière à en amplifier la gravité. Selon la Charte des droits et libertés de la personne, la discrimination est interdite au Québec, ce qui s'applique également aux établissements de soins de santé et des services sociaux. Par ailleurs, même si la discrimination et le racisme systémique ont été dénoncés sur la scène publique à de nombreuses reprises au cours des dernières décennies, dans les faits, très peu d'attention a été accordée à ce sujet dans les politiques publiques au Québec (CDPDJ, 2021).

Les exemples de VOG collectés dans le cadre de la présente phase montrent que, pour les femmes des Premières Nations, ces violences s'inscrivent dans un contexte colonial qui diffère de celui des autres groupes marginalisés de la population. En filigrane de ces pratiques se dégage un manque flagrant de confiance du personnel soignant envers les femmes et leur famille, ce qui vient accroître le sentiment d'une dépréciation de leurs compétences parentales en raison de leur origine ethnique.

L'analyse des témoignages révèle quatre formes de VOG de nature discriminatoire en fonction de l'origine ethnique qui se résument comme suit : les signalements à la naissance (SN) = 7 témoignages ; la méprise en présence de la tache mongoloïde (TM)<sup>17</sup> = 3 témoignages ; les prises de sang sans consentement préalable (PS) = 12 témoignages ; et les avortements imposés (AI) = 12 témoignages. En tout, plus du tiers des témoignages, soient 34 (36%) sur le grand total de 94, font état d'au moins une de ces formes de VOG. Sept témoignages en rapportent deux.

Ces quatre manifestations sont ici considérées comme des VOG, car elles s'inscrivent dans le spectre des soins obstétricaux. En effet, certains signalements à la naissance ont été faits avant ou juste après l'accouchement, parfois en soupçonnant de la maltraitance en raison de la présence de la tache mongoloïde et des échantillons sanguins ont été prélevés sur le nouveau-né tout juste après sa naissance. Pour ce qui est des avortements (interruptions de grossesse), ils font partie des soins obstétricaux selon les services de santé au Québec,

mais le caractère « imposé » entendu dans certains témoignages rend cette pratique préoccupante. Dans le contexte de la présente recherche, il semble que ces quatre formes de VOG soient survenues en raison des origines ethniques, soit autochtones, des personnes concernées. En ce qui concerne la tache mongoloïde, elle a attiré l'attention de médecins et des anthropologues dès le début du 19<sup>e</sup> siècle. Un certain nombre de publications rapportent son existence et soulignent qu'il s'agit d'une caractéristique génétique commune à une majorité de bébés autochtones à travers le monde. Au sujet des prises de sang sans consentement préalable, bien qu'aucune donnée sur les prélèvements sanguins faits sur des Autochtones ne soit disponible, le rapport de la Commission Viens mentionne tout de même que cette pratique a été portée à l'attention du commissaire (CERP, 2019). Enfin, des cas d'avortement imposé ont été documentés dans le rapport de la phase I de la présente recherche, en plus de quelques publications supplémentaires. Des questions spécifiques sur le sujet ont donc été ajoutées lors de la phase II de la recherche.

### 2.3.1 Signalement à la naissance

La première forme de VOG de nature discriminatoire en fonction de l'origine ethnique est le signalement à la naissance, mieux connu sous l'appellation « alerte bébé ». Il s'agit d'une pratique dont sept participantes ou des membres de leur famille ont fait l'expérience. Un signalement est fait par le personnel soignant (ou autre) à la DPJ lorsqu'il y a un risque de négligence ou de maltraitance envers le nouveau-né. Des travailleuses sociales et travailleurs sociaux sont alors mobilisés pour évaluer la situation. Cette pratique, présentée comme une mesure de protection, peut tout autant devenir un stigmate qui pèse lourd sur les familles autochtones qui craignent de perdre leurs enfants. Pour plusieurs, ces signalements représentent une tentative d'assimilation supplémentaire, qui s'inscrit dans la lignée des pensionnats indiens, de la rafle des années 1960 – retrait et placement massif d'enfants autochtones par les services sociaux et des retraits et disparitions d'enfants autochtones dans des établissements de santé et autres institutions publiques, de même qu'une autre forme de violence reproductive (Durant *et al.*, 2024). Bref, cette forme de VOG a des répercussions sur tout

<sup>17</sup> « Localisées sur les fesses ou sur le dos, ces taches (mongoloïdes) tirant sur le bleu, le vert ou le gris ressemblent à un bleu sur la peau. Ce sont les taches de naissance les plus répandues chez les nouveau-nés d'origine africaine, autochtone, nord-américaine, asiatique ou hispanique » ([https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0\\_12\\_mois/soins/taches-naissance/#.Toc530132467](https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/soins/taches-naissance/#.Toc530132467)).

le monde, même chez les parents qui n'ont rien à se reprocher. Le rapport choc de Boyer et Bartlett (2017), qui porte sur des cas de stérilisations en Saskatchewan, rapporte également les difficultés rencontrées par les nouvelles mères autochtones qui voient arriver les services sociaux avant même la naissance de leur enfant.

Selon les témoignages entendus, une pléiade de préjugés s'entremêle, donnant lieu à des menaces, des tentatives ou des retraits d'enfants. Une participante rapporte un événement survenu en 1999 et la peur qu'elle a ressentie à la suite de menaces proférées par une infirmière. Les propos de cette dernière sous-entendaient que les mères des Premières Nations abandonnaient régulièrement leurs enfants :

L'infirmière m'a dit que si je n'étais pas de retour dans 45 minutes, qu'ils appelleraient les services sociaux. (J'ai dit :) «Je descends juste à la cafétéria, et mon *chum* sort fumer, c'est tout. Je reviens tout de suite.» La peur! J'osais pas m'éloigner de mon bébé de peur qu'ils appellent la DPJ. C'était épouvantable. Je sais que beaucoup de femmes ont vécu ça quand elles voulaient aller en bas fumer (et qu'on leur disait :) «T'es mieux de revenir sinon on va appeler la DPJ!» (...) je ne pense pas qu'elles disaient la même chose aux femmes non-autochtones. J'aimerais bien savoir. Je ne serais pas surprise. J'ai seulement entendu des femmes des Premières Nations raconter ce genre d'histoires. Je ne sais pas si c'est encore comme ça aujourd'hui, mais en 1999, ça arrivait souvent. (077-VOG)

Ce préjugé concernant un nombre élevé d'abandons d'enfants par les femmes autochtones est parfois clairement exprimé par le personnel soignant. Les propos qui suivent font référence à un événement qui a eu lieu au tournant des années 1990 :

Là, je me faisais regarder (par les étudiantes et étudiants qui accompagnaient l'infirmière qui disait): «Comment ça se fait? Vous autres les Autochtones, vous mettez des enfants (au monde) puis vous les laissez aller comme des chiens.» Des affaires de même. Elle disait que les Autochtones, eux autres, étaient très fortes là-dessus, à accoucher. (Elle disait :) «Ça accouche comme des chattes, mais ça laisse leurs bébés... quand elles accouchent, elles sont sous l'effet des drogues.» (039-SI-VOG)

Ainsi, le personnel soignant met parfois en doute les capacités parentales des femmes autochtones et les associe à un autre préjugé, celui qui suppose une consommation problématique d'alcool et de drogues. Le témoignage qui suit relate un événement datant de 2014 :

Elle (personnel soignant) me parlait souvent de l'alcool. Elle m'avait demandé comment je buvais, puis mes parents... On dirait qu'elle cherchait souvent que je lui dise que mes parents sont alcooliques, mais ce n'était pas le cas. (...) Elle m'avait dit, à ma grossesse précédente (...) que mon enfant serait surveillé. (063-SI-VOG-AI-PS)

Les témoignages suivants évoquent d'autres signalements à la naissance. Ils ont eu lieu à une époque contemporaine, dans les années 2000 et 2010 :

Même aujourd'hui. Je l'ai entendu avec (une autre femme de la communauté). Elle est allée accoucher à (nom de la ville) et il y a des personnes qui sont allées chercher le bébé. Ça existe encore aujourd'hui. (092-SI-VOG)

Ma grande fille a eu ça aussi, un signalement avant la naissance de son bébé, pour sa première grossesse en 2017. (...) Elle a donné naissance à son bébé déjà mort (mortinaissance). Juste avant qu'on s'en aille, le médecin a demandé: «Est-ce que vous voulez quand même que je contacte la DPJ?» (J'ai dit :) «Hein!?!», j'étais surprise. Il (a) dit: «Ah, vous n'étiez pas au courant?» (J'ai répondu :) «Non, je veux voir le papier.» Il est allé voir dans le dossier et là il (m'a) dit que le papier (n'était) plus là. (...) C'était peut-être une chose courante, ma fille avait déjà (elle-même) un dossier avec la DPJ (...). J'avais dit que j'allais prendre le bébé en charge et m'en occuper, mais ce n'était pas suffisant pour la DPJ. (115-VOG-SN-PS)

Une autre participante raconte qu'après son accouchement, elle a souhaité utiliser un porte-bébé traditionnel, le tikinakan ou le misaspison, dans lequel on emmaillote (et attache) le bébé. Cette pratique culturelle rassurante a été fortement découragée par le personnel soignant. En 2015, elle s'abstient d'utiliser le tikinakan afin d'éviter un signalement à la DPJ :

Puis on a attaché le bébé comme on fait au niveau des Premières Nations. On attache... Je ne sais pas comment l'expliquer, mais on attache le bébé. On nous a dit que c'était dangereux, qu'il y avait un risque d'étouffement, puis que ce n'était pas sécuritaire pour le détacher rapidement s'il y avait quelque chose. Mais c'est une pratique qui existe depuis des millénaires, on s'entend. (...) Ça fait qu'on a arrêté de faire ça à l'hôpital. Moi, j'avais vraiment peur d'avoir un signalement justement parce qu'elles (les infirmières) avaient pris mon enfant durant la nuit sans me le demander. (042-VOG-PS)

Une autre femme, qui affirme bien aller, est surprise qu'on lui impose la présence d'une intervenante sociale en 2023, à la veille de son accouchement. Même si elle n'estime pas être en tort, l'incompréhension et l'agitation que pourrait avoir générées cette imposition n'étaient pas nécessaires :

C'est ça qu'elle (la travailleuse sociale) m'a dit : «C'est juste une prévention. Toutes les femmes enceintes se font poser ce genre de questions.» J'ai regardé la gynécologue, puis j'ai dit : «Pourtant, j'ai eu deux grossesses passées, puis je n'ai jamais eu besoin d'une intervenante. Il n'y a jamais eu une intervenante qui est venue me voir.» Elle n'a rien dit puis elle est partie. Puis l'intervenante m'a dit : «(...) on m'a dit que tu accouches demain matin.» Elle m'a dit : «Je vais être là à ton accouchement. Je vais venir te voir.» J'ai dit : «OK, tu viendras. Il n'y a aucun problème chez moi. Tout va bien.» (037-VOG-SN-PS)

Pour éviter toute possibilité de voir la DPJ partir avec un enfant, les femmes d'une même famille s'épaulent et se protègent :

C'est là que ma fille a dit à la madame : «C'est quoi tu veux au bébé?» Au lieu de me réveiller, moi, puis de me parler à moi, elle a dit à ma fille : «Bien, on a eu un signalement, je suis de la DPJ, je viens chercher le bébé.» Puis ma fille lui a dit : «Non, sors de la chambre, tu n'as même pas le droit de

rentrer ici.» Faque elle a comme poussé un peu la madame à sortir de la chambre (d'hôpital). Après ça, ma fille est venue me voir et elle m'a réveillée. (Elle m'a dit :) «Je me serais fait enlever mon bébé sans même me faire aviser si je ne l'avais pas eu au sein.» (061-SI-VOG-SN-PS)

Une autre kokom (grand-mère) accompagne sa fille en prévention :

Je suis même restée avec elle dans la chambre. Il y avait un lit pour elle, un lit pour moi et un pour le bébé. Pour être certaine que la travailleuse sociale ne s'en aille pas avec mon petit-fils. (065-SI-VOG)

Certaines femmes répliquent à ces tentatives de retrait d'enfant, car elles sont considérées comme étant trop jeunes. D'autres femmes, dont on doute des compétences parentales, demandent qu'on les juge sur des faits et non sur des *a priori*. L'une d'entre elles, qui refusait de voir son enfant enlevée, témoigne en ce sens :

Ils voulaient prendre ma fille. Ils voulaient la placer dans une famille d'accueil. Et ils voulaient me placer dans un foyer pour les filles en difficulté. Ils voulaient placer ma fille aussi. Là, la DPJ me (demande) qu'est-ce qu'elle pourrait faire pour m'aider. J'ai répondu : «Laisse-moi te montrer que je suis capable.» (074-SI-VOG-SN)

## En chiffres

Lors de la collecte des données, sept femmes ont mentionné avoir fait l'objet de signalements et plusieurs autres ont mentionné avoir entendu parler de signalements à la naissance autour d'elles sans être en mesure de communiquer des informations précises (voir Tableau 9).

**Tableau 9.** Nombre de signalements à la naissance selon la nation d'appartenance

Nation d'appartenance	Total de participantes		Signalements à la naissance	
	n	%	n	%
Anishnabe	5		1	20%
Atikamekw Nehirowisiw	36		2	6%
Eeyou	3		0	0%
Innué/Naskapie	50		4	8%
<b>Total</b>	<b>94</b>		<b>7</b>	<b>7%</b>

Cette forme de VOG laisse forcément des traces dans l'imaginaire, tant familial que collectif, chez les Premières Nations qui craignent de voir arriver la DPJ dans leur vie.

### 2.3.2 Méprise en présence de la tache mongoloïde

La deuxième forme de VOG rencontrée est liée à la tache mongoloïde (*mongolian spot*), une tache bleutée présente sur la peau de 80% des nouveau-nés autochtones de l'Amérique du Nord (chez les Indiens américains et les Inuit) qui disparaît normalement durant l'enfance (Giger et Haddad, 2020). Un autre ouvrage scientifique rapporte que, selon un médecin, cette tache est très commune chez les bébés autochtones du Nord canadien (Chambers *et al.*, 2008). La dimension de la tache varie et elle peut parfois avoir l'apparence d'une énorme ecchymose sur le corps d'un nouveau-né et être ainsi confondue avec les possibles conséquences d'une maltraitance. Selon les témoignages entendus, des membres du personnel soignant ayant suspecté de la maltraitance ont fait des signalements à la naissance. Les trois témoignages suivants démontrent comment l'ignorance face à ce trait génétique peut entraîner des conséquences importantes pour les femmes et leur famille :

Le seul signalement qu'on avait eu, c'était après mon troisième accouchement (au début des années 1980). (...) Un moment donné, notre bébé était malade, on l'avait amené dans un hôpital puis il y a (...) un urgentologue. Il l'examine, il lui regarde

le dos et il nous dit : «Est-ce que ça va bien avec votre bébé?»

R. : Il fait de la température, c'est pour ça qu'on est ici. À part de ça, oui.

Q. : «Est-ce que vous la nourrissez bien, la traitez bien?»

R. : Oui. (L'urgentologue ajoute :) «Parce que ce n'est pas ce que je pense. Attendez-moi ici.» Là, il est parti, elle nous a laissés dans la petite salle. Ensuite, il y a un pédiatre qui rentre, avec la sécurité de l'hôpital. La pédiatre, elle prend le bébé, la dépose sur le lit d'examen et elle dit au médecin : «Ah, tu parles de ces bleus-là? C'est normal, il y a des enfants qui naissent comme ça, c'est dans la nationalité. Ce sont de purs autochtones, c'est pour ça qu'ils ont cette tache-là.» J'ai demandé au docteur s'il pensait qu'on maltraitait notre enfant et il m'a dit qu'avec les bleus qu'il avait, oui. (Il a ajouté :) «Ça aurait pu arriver» en nous pointant, «C'est des Autochtones ça, ça peut arriver qu'ils maltraitent leurs enfants.»

Q. : Est-ce qu'il s'est excusé?

R. : Non. (064-SI-VOG-TM)

Ma deuxième fille quand elle était petite (fin des années 1980), tu sais il y a des taches de naissance et elle, ça se trouvait au niveau du dos. Je me suis fait poser beaucoup de questions: «Est-ce que ça va bien à la maison? Est-ce que l'enfant est tombé?» À un moment donné, je me suis dit: «Pourquoi vous me posez cette question-là?» (On lui répond:) «Parce qu'il y a une tache en arrière du dos». Eh bien, je leur ai dit que c'était sa tache de naissance. (On lui répond:) «Elle est foncée bleutée» (J'ai répondu:) «Ouais, c'est foncé!» (050-SI-TM)

(En 2005), elle dit avoir été intimidée par le médecin. Une semaine après son accouchement, elle a reçu une alerte bébé. Le médecin qui a examiné le bébé a pensé que la tache «mongoloïde» (tache bleutée) que le bébé avait était due à de la violence. Elle a pu récupérer son enfant après une semaine. (109-SN-TM)

Les entretiens avec les participantes n'incluaient aucune question spécifique sur la présence de la tache mongoloïde. Le sujet mériterait d'être étudié davantage lors d'une future recherche. Il serait également pertinent qu'il fasse partie du curriculum de la formation du personnel soignant au Québec.

### 2.3.3 Prise de sang sans consentement préalable

La troisième forme de VOG recensée dans la présente recherche est la réalisation d'une prise de sang sans consentement préalable et dont l'objectif est de dépister la consommation de drogues et d'alcool. Les témoignages indiquent que 12 participantes (13%) rapportent avoir vécu de telles expériences. Les mères subissent parfois ces prises de sang, mais elles sont plus souvent réalisées sur les nouveau-nés. Leurs parents ne sont pas consultés et apprennent qu'il y a eu dépistage au moment où on leur annonce le résultat du test. Cette pratique semble liée au préjugé voulant que les mères des Premières Nations consomment des drogues et de l'alcool durant leur grossesse. Cette prise de sang ne doit pas être confondue avec celle effectuée sur le talon du nouveau-né, qui vise à détecter des maladies génétiques rares et qu'on appelle test de Guthrie ou Phenyl. Ce dernier test, recommandé à travers le Canada pour tous les nouveau-nés, semble servir de prétexte pour d'autres vérifications chez les personnes autochtones. Comme mentionné précédemment, seul le rapport de la Commission Viens (2019) au Québec mentionne succinctement ce sujet.

Une participante, ayant travaillé dans le système de santé et ayant été témoin de diverses formes de VOG, affirme qu'on ne s'assure pas toujours d'obtenir le consentement des parents avant de procéder au test de Guthrie, bien que ce soit obligatoire :

(Le) premier test, c'est les maladies génétiques. Tu fais le test en dessous du talon du bébé, le phenyl ça s'appelle. Il faut que tu remplisses cinq ronds. C'est l'infirmière qui faisait ça. Moi je l'ai fait souvent. Pauvre petit talon, tout petit. Il faut que tu remplisses le (capillaire) puis tu l'envoies quelque part pour qu'ils fassent des tests génétiques. Ils ne le demandent pas (aux parents). (046-TE-VOG)

Une autre participante, âgée de 50 ans au moment de son témoignage, distingue le test de Guthrie d'un «deuxième» test ou prélèvement sanguin plus volumineux, qu'ont subi ses cinq enfants :

C'est comme ça que j'ai appris qu'un test sanguin avait été fait sur mon bébé sans mon consentement. Ah oui, ça se fait ça, mes bébés ont tous vécu ça. (061-SI-VOG-SN-PS)

Une autre participante semble bien consciente qu'on la soupçonne d'avoir consommé de l'alcool ou d'autres drogues durant ses grossesses. Dans son témoignage, elle rapporte que ses deux enfants ont été soumis à un test de dépistage à leur naissance. La première fois, en 2016, personne n'a cherché à obtenir son consentement. La deuxième fois, en 2022, elle a consenti au dépistage, mais mentionne qu'elle se relevait à peine d'une chirurgie :

Après la ligature, ils sont venus, on était dans la chambre, j'étais comme un peu endormie encore. Ils m'ont demandé s'ils pouvaient me faire un test sanguin, puis j'ai dit oui. (...) Ils m'ont demandé ça à moi pour mon bébé. J'ai dit oui parce que je n'avais rien à cacher. Ce qui est bizarre, ils ne m'avaient pas fait ça (demande de consentement) durant (ma première grossesse). Ils ont fait ça de leur propre gré. Q.: Là, ils t'ont demandé la permission?

R.: Oui. C'est ça la différence entre les deux grossesses. Puis, j'étais encore dans les vapes quand ils m'ont demandé ça. J'ai dit oui, allez-y. (...) Je savais qu'ils voulaient voir si j'avais consommé des drogues durant (ma grossesse). (036-SI-VOG-PS)

Dans un autre cas, une femme raconte avoir refusé en 2012 qu'on fasse une prise de sang à son nouveau-né en vue d'un dépistage de drogues. Le personnel soignant a tout de même procédé à la prise de sang, niant ainsi à la patiente son droit à consentir à des soins et témoignant d'un manque de considération à son égard. On doutait à la fois de sa parole et de ses capacités parentales :

La docteure est venue et elle tenait mon fils comme si c'était son bébé à elle. Elle a dit : « Ah, ton test est négatif, mon petit bébé ! » J'étais assise dans mon lit et je l'ai regardée (en disant) : « J'avais dit non, moi ! » Elle a répondu : « Ah, il fallait que je le fasse. » J'ai trouvé ça, je ne sais pas comment dire ça, c'est comme si elle venait de brimer mes droits. Pourtant, j'avais dit non, j'étais bien fâchée après elle, j'avais hâte de (retourner) chez nous. Elle a fait le test pareil et j'étais bien choquée. (115-VOG-SN-PS)

De façon assez similaire, une grand-mère raconte avoir accompagné sa fille durant son séjour post-accouchement à l'hôpital en 2010, où un prélèvement sanguin a été fait à leur insu :

Elle est restée pendant deux jours et demi à l'hôpital. Le lendemain, je pense, le médecin arrive et lui dit : « Madame, votre enfant est négatif dans la prise de sang qu'on a faite. » (...) Elle (ma fille) n'a pas posé de questions, elle n'y a même pas porté attention. C'est moi qui lui ai posé la question (au médecin) : « Pourquoi la prise de sang ? C'est pourquoi le test ? » Il a dit que c'était pour voir s'il n'y avait pas de consommation de drogues dans le sang. C'est ça qu'il nous a dit. (J'ai répondu :) « Me semble qu'on te l'avait dit qu'il n'y avait pas eu de consommation pendant sa grossesse, pis tu ne nous as pas cru. T'as quand même fait la prise de sang ? » Il nous dit : « Bien, vous n'avez pas à vous inquiéter. » (129-TE-PS)

En 2014, une autre participante a été avisée et placée devant le fait accompli, sans possibilité de consentir :

Il va y avoir des prises de sang pour vérifier si je n'ai pas pris d'alcool ou de drogue pendant ma grossesse.

Q. : Est-ce qu'elle t'a demandé ton consentement pour les tests sanguins ?

R. : Non. (...) On m'avait dit que tout était négatif, qu'il n'y avait pas de signes d'alcool ni de drogue. Puis ils m'ont laissée partir avec mon bébé. (063-SI-VOG-AI-PS)

En 2018, une autre femme apprend également qu'un test a été effectué sur son nouveau-né sans qu'on la consulte préalablement. Après les faits, on lui dit que si elle s'y était opposée (si on l'avait consultée), la prise de sang aurait eu lieu quand même. Dans l'éventualité où ce test hypothétique avait révélé la présence de drogues, on lui fait peur en évoquant des représailles – une stérilisation forcée – qui l'aurait empêchée d'avoir d'autres enfants :

Oui, parce que l'infirmière m'a dit qu'ils avaient fait des prises de sang à mon bébé pour savoir si j'avais pris de la drogue ou de la boisson.

Q. : Est-ce que des tests sanguins ont été faits sur votre bébé sans votre consentement ?

R. : Oui. Ils me l'ont dit après. Ils m'ont dit que si j'avais dit non, je n'aurais pas eu le choix de me faire ligaturer (s'ils trouvaient) de la drogue ou de la boisson dans le sang de mon bébé. (068-SI)

Certaines participantes n'hésitent pas à évoquer clairement les préjugés qu'on entretient à leur égard. La force de ces préjugés semble faire en sorte qu'ils supplantent régulièrement la parole donnée par les personnes issues des Premières Nations :

Quand j'ai eu ma fille, après l'accouchement, j'ai voulu l'allaiter, c'est ce que je pensais faire. En naissant, elle a commencé à avoir des convulsions, et ils l'ont (mise) immédiatement dans un incubateur, et ils m'ont demandé : « As-tu consommé de la drogue ? » J'ai répondu : « Non, je ne prends pas de drogue. Ma grossesse était planifiée ; j'ai arrêté de fumer du pot et arrêté de boire deux ou trois mois avant, mais j'ai arrêté complètement. » Ils ne me croyaient pas, ils m'ont fait des tests sanguins. C'était négatif. Pourquoi je leur mentirais ? (...) J'ai accepté (les prises de sang) parce que je n'avais rien à cacher. J'ai tout de suite pensé qu'ils avaient fait ça parce que j'étais des Premières Nations. (075-VOG)

D'autres participantes ont elles-mêmes proposé de passer le test afin de prouver qu'elles disaient la vérité quant à leur non-consommation de drogues. Une d'entre elles raconte ce qui suit à propos de son expérience en 2021 :

C'est même moi qui ai proposé qu'ils fassent des prises de sang (...). Je leur ai dit: «Y'a pas de traces de drogue là-dedans. Ça fait 10 ans que je ne bois pas. Vous arrivez trop tard pour m'accuser de tout le temps être *paquetée*. (...)». Ils m'ont dit que les tests étaient négatifs. (067-VOG-PS)

## En chiffres

Les données présentées sur ce sujet sont les seules disponibles selon les recherches documentaires effectuées dans la littérature québécoise.

**Tableau 10.** Nombre de prises de sang effectuées sans consentement préalable

Nation d'appartenance	Total de participantes		Prises de sang sans consentement préalable	
	n	%	n	%
Anishnabe	5	5%	2	40%
Atikamekw Nehirowisiw	36	38%	5	14%
Eeyou	3	3%	0	0%
Innue/Naskapie	50	53%	5	10%
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>13%</b>

Enfin, la pratique consistant à effectuer des prises de sang sans consentement préalable, considérée comme une forme de VOG, laisse des traces indélébiles chez les mères des Premières Nations qui perdent confiance envers le personnel soignant et à qui on nie la capacité à prendre des décisions pour elles-mêmes et leurs nouveau-nés. Lorsqu'elles sont consultées, il n'est pas rare que leur décision soit ignorée.

### 2.3.4 Avortement imposé

Des recherches démontrent qu'une fois l'avortement légalisé au Canada en 1969, des pressions ont été faites sur des femmes autochtones afin qu'elles se fassent avorter. On évoquait alors leurs trop nombreuses familles et les coûts que cela représentait pour l'État (Dyck et Lux, 2020). Au Canada, 29 hôpitaux indiens<sup>18</sup> ont été recensés. Emma Posca relate que dans ces hôpitaux, des femmes autochtones enceintes «ont été contraintes à se faire avorter et celles qui n'étaient pas enceintes ont été stérilisées de force» (Traduction libre) (Posca, 2020, p. 84).

Le rapport de recherche de la phase I décrivait déjà la pratique de l'avortement (interruption de grossesse) imposé comme «étant marquée par l'insistance et les pressions du personnel médical à l'égard des femmes des Premières Nations pour qu'elles subissent cette procédure, ces dernières étant très ambivalentes et craintives à l'idée d'interrompre leurs grossesses» (CSSSPNQL, 2022, p. 48). Ces pressions ont souvent été exercées dans un contexte où ces femmes disposaient de peu de temps pour prendre une décision éclairée et pour bien comprendre les motifs médicaux qui justifient une interruption de grossesse. Sans surprise, le sujet des avortements imposés a également émergé dans le cadre de la collecte de données de la phase II. Douze témoignages (impliquant onze femmes innues) rapportent des avortements ou des pressions visant à faire accepter des avortements. Des participantes confient ne pas avoir disposé d'un délai raisonnable pour acquiescer ou non à la procédure proposée. Elles racontent y avoir été poussées précipitamment. Les expériences suivantes se déroulent respectivement en 1980 et en 2019 :

Ils (membres du personnel soignant) ne m'ont pas dit : «On va attendre encore deux semaines pour voir comment ça va aller.» Ils ne m'ont pas dit : «On va attendre encore un peu. Tu vas te reposer au lit. On va te garder.» On aurait pu me dire ça. Peut-être que je l'aurais eu, mon bébé. Mais c'était tout de suite quand je suis allée à l'hôpital : «Tu vas à la salle d'opération. Ça va être ça.» (080-VOG-AI)

Soudain, l'infirmière, elle rentre. Elle sort une seringue puis elle me l'injecte direct. (J'ai dit :) «Aïe, pourquoi ça? Pourquoi?» Elle me dit que c'est pour faire sortir le fœtus. Moi, je la regarde et lui dis : «Mais il est encore en vie! On a entendu son cœur battre à matin.» Elle me répond : «Bien, c'est ça. On t'avait dit qu'il ne serait pas bien, l'enfant. Ou peut-être bien que c'est toi qui vas être morte si tu le gardes.» (On m'a dit que) c'était une grossesse compliquée; il y aurait peut-être des bactéries, etc. Ils m'ont donné toutes sortes de raisons (pour me faire avorter). (127-AI)

Deux femmes ont aussi refusé de se faire avorter même si on leur annonçait des risques de maladies génétiques ou de malformations chez leur enfant. Dans les deux cas, respectivement en 2018 et en 2021, les enfants sont nés en bonne santé et sans malformation :

C'est là qu'ils disaient qu'ils voyaient quelque chose d'anormal dans mes prises de sang. On me disait que mon garçon allait avoir la trisomie 18, qu'il allait avoir une malformation au visage et à la main aussi. J'étais triste de cette nouvelle au début. (...) On voulait (aussi) me faire une amniocentèse, ils voulaient aller prendre du liquide. J'ai refusé. Un spécialiste me disait : «Je pense que tu es trop jeune pour avoir un enfant qui va avoir une malformation.» J'avais 24 ans. Il me disait que c'est jeune, que j'en avais pour des jours, mois, des années à rester à l'hôpital. (071-AI-Tentative)

Le docteur me dit qu'il va m'envoyer à Québec pour une interruption de grossesse : «Vous êtes obligée, obligée d'avorter parce que votre enfant il n'aura pas la meilleure qualité de vie. Il va être nourri par le ventre, il va être à vie à l'hôpital. Il va naître à l'hôpital et il va mourir à l'hôpital.» (043-VOG)

<sup>18</sup> Les hôpitaux indiens étaient des établissements ségrégationnistes où les patients autochtones étaient envoyés afin de protéger la population blanche de maladies infectieuses comme la tuberculose. Mis en opération entre 1920 et 1980, ces hôpitaux, souvent situés sur des réserves indiennes, étaient sous-financés, offraient des soins rudimentaires et leurs employés étaient sous-payés (Lux, 2016).

D'autres participantes encouragées à se faire avorter font face à différents préjugés envers les femmes autochtones. On juge qu'elles ont trop d'enfants, que leurs revenus sont insuffisants pour en prendre soin, que leur entourage est problématique ou qu'elles sont trop jeunes. Deux témoignages, qui rapportent des événements qui se déroulent respectivement en 1980 et en 2015, véhiculent ces préjugés :

L'infirmier m'avait dit d'avorter parce que j'en avais déjà deux (enfants) et que c'était trop, que c'était mieux de me faire avorter. (...) J'ai eu deux avortements parce que l'infirmier m'avait dit qu'il fallait que j'avorte. J'ai accepté, je ne savais pas si c'était correct pour moi. J'ai accepté parce qu'ils m'en parlaient tout le temps pendant le suivi de grossesse. (Il disait) : « Veux-tu avorter ? » J'ai répondu : « Je ne le sais pas. » (L'infirmier trouvait des raisons comme :) « Ton travail, plus ton mari qui boit... » (096-VOG-AI)

Elle (la médecin) savait que c'était ma quatrième grossesse. Elle m'a suggéré que j'avorte, puis c'était un bébé que je voulais tellement garder. Deuxième rencontre, deuxième suivi, elle a encore proposé que je me fasse avorter et je lui ai dit que c'était un enfant voulu. Elle m'a dit : « Tu ne travailles pas, puis tu attends un quatrième (enfant). » (063-SI-VOG-AI-PS)

Une autre participante raconte comment la peur d'être jugée par le personnel soignant l'a d'abord amenée à envisager l'avortement et ensuite, à éviter les soins de santé au début des années 2000 :

Je me rappelle à mon troisième (enfant), au début, moi je voulais l'enlever parce qu'on dirait que j'avais peur des jugements critiques. Je voulais l'enlever à un moment donné.

Q. : Tu veux dire avorter ?

R. : Oui, avorter. (...) Juste à cause que j'avais peur des médecins, j'avais peur des préjugés, parce que j'avais enlevé mon stérilet. Pas longtemps après, je suis tombé enceinte. Puis je n'étais pas allée tout de suite à mes suivis. Je n'étais pas allée pour aviser (les informer) que j'étais enceinte justement à cause de ça. (041-SI-VOG)

Bien que certaines femmes réussissent à résister aux pressions les incitant à se faire avorter, elles peuvent entrer dans un cercle vicieux qui les mène d'un type de VOG à un autre type de VOG. Au début des années 1990, une femme se fait proposer de subir un avortement en raison de son jeune âge. Par la suite, elle évite les suivis de grossesse, car elle craint l'intervention des services sociaux :

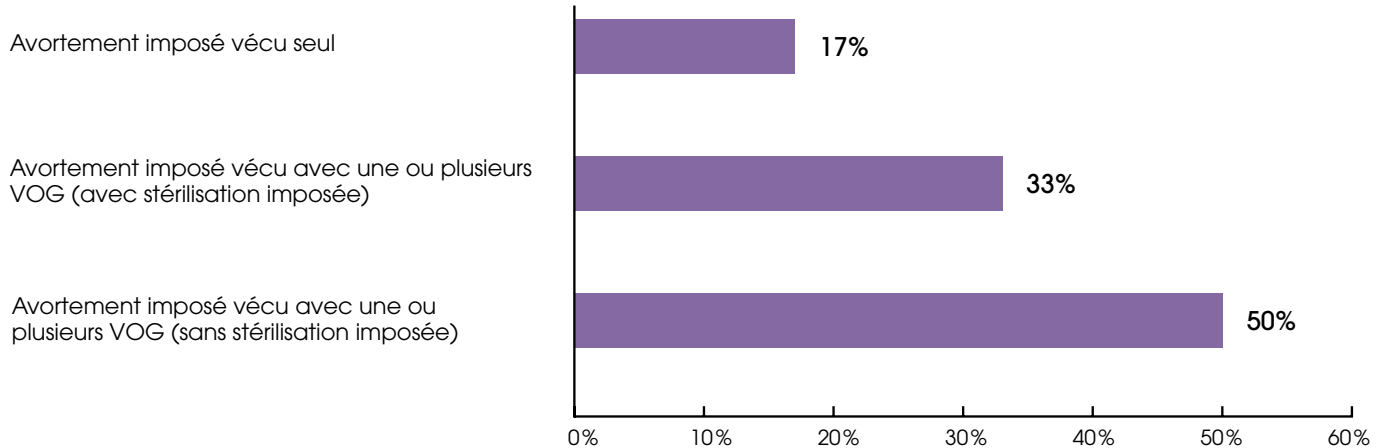
J'avais 16 ans. Ils (les médecins) voulaient que j'avorte (de ma première) parce que j'étais jeune. Quand j'avais cinq mois (de grossesse), ils me l'ont demandé. Ils m'ont dit qu'il faudrait que j'aille à (nom de la ville) pour me faire avorter, qu'ils faisaient ça jusqu'à huit mois. J'ai été encore deux mois à réfléchir. Et je ne suis pas allée pour les suivis (de grossesse). (...) Puis là, vu que je ne suis pas allée pour mes suivis, ils ont appelé la DPJ parce que j'étais jeune. Quand ma fille est née, ils voulaient la prendre parce que je n'avais pas fait de suivis (074-SI-VOG-SN)



## En chiffres

Les 12 cas d'avortements imposés répertoriés ont été vécus de façon isolée, à travers d'autres formes de VOG ou en combinaison avec une SI (voir Tableau 11).

**Tableau 11.** Proportion des cas d'avortements imposés vécus avec une autre forme de VOG (avec ou sans SI) (n=12)



## 2.4 Stérilisation et stérilisation imposée (SI)

La stérilisation est une procédure chirurgicale qui empêche la grossesse de façon permanente. Les méthodes courantes de stérilisation sont la ligature des trompes et l'hystérectomie chez la femme, et la vasectomie chez l'homme (OMS, 2014, cité dans Webb, 2024).

La ligature des trompes est une intervention qui consiste à bloquer les trompes de Fallope afin d'empêcher l'ovule de se rendre à l'utérus. Elle peut être réalisée selon différentes techniques (Chapman et Magos, 2008) :

- La ligature par laparoscopie, pratiquée le plus souvent sous anesthésie générale, consiste à lier, couper et/ou à cautériser (brûler) les trompes de Fallope. Cette méthode est efficace immédiatement après l'opération. D'autres méthodes laparoscopiques d'occlusion tubaire impliquent des clips ou un anneau.
- La stérilisation transcervicale, pratiquée sous anesthésie locale, ne nécessite pas d'incision puisque l'accès aux trompes s'effectue par le col utérin. Elle se fait par l'introduction d'un dispositif qui permet de bloquer les trompes de Fallope.

Cette technique n'est pas efficace immédiatement après l'intervention et l'utilisation d'une autre méthode contraceptive est nécessaire pour une période de trois mois.

Selon l'Institut de la statistique du Québec (2011), le taux de ligature des trompes (pour la population en général) a grandement diminué entre 1976 et 2010, période suivant sa légalisation en 1969. La baisse la plus importante est constatée chez les femmes âgées de 30 à 34 ans, où elle est passée d'un taux de 48 pour 1000 femmes en 1977 à 3,8 pour 1000 femmes en 2010 (MSSS, 2025).

La stérilisation peut aussi se faire par hystérectomie, c'est-à-dire par le retrait de l'utérus (hystérectomie partielle) ou de l'utérus et le col de l'utérus en entier (hystérectomie totale). Selon certaines conditions de santé, une hystérectomie radicale (retrait de l'utérus, des trompes, des ovaires, d'une partie du vagin et des ganglions lymphatiques) peut également être réalisée. Cette intervention serait privilégiée pour les femmes présentant des contre-indications relatives à la stérilisation laparoscopique, telles que l'obésité et une intervention chirurgicale pelvienne antérieure (*ibid*).

Toujours selon l'ISQ (2011), ce type d'intervention est généralement en baisse au Québec depuis les années 1970. Pour les femmes âgées de 40 ans et plus (40 à 44 ans, de 45 à 49 ans et de 50 ans et plus), les taux d'hystérectomie (6,7 à 6,8 pour 1000 femmes) étaient similaires en 2010.

La ligature des trompes et l'hystérectomie sont considérées comme des procédures de stérilisation définitive : elles rendent la procréation impossible.

## 2.4.1 Stérilisation imposée (SI)

L'absence de consentement libre et éclairé est au cœur de l'expression «stérilisation imposée», qui a été retenue dans le cadre de la présente recherche. Les résultats de la phase I, tout comme ceux de la présente phase, ont démontré que ce type de stérilisation chez les participantes a souvent été réalisé pendant ou après l'accouchement, mais également lors d'autres inter-

ventions, et ce, sans justification médicale ni consentement libre et éclairé, ce qui rend cette pratique illégale (voir la section 1.3 pour la définition de l'OMS). À cet effet, le projet de loi S-228 *Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation)* présenté par la sénatrice métisse Yvonne Boyer a été déposé à la Chambre des communes du parlement canadien pour une première lecture le 18 novembre 2025 (voir l'**annexe E**).

La première collecte de données, menée en 2021-2022, avait permis de documenter 22 cas de SI (avec ou sans autres violences obstétricales) chez les femmes des Premières Nations et Inuit au Québec. Le recueil des plus récents témoignages a permis de documenter 55 nouveaux cas de SI<sup>19</sup>, pour un total de 77 cas sur une période de près de 50 ans (voir le Tableau 12). Cette catégorie de VOG est celle qui est la plus représentée dans le corpus de recherche. Les témoignages concernant une SI se situent entre 1974 et 2022.

**Tableau 12.** Nombre de cas de SI selon les périodes

	Phase I (2022)	Phase II (2026)	Total
Année la plus éloignée et la plus récente où la SI aurait eu lieu	1980-2019	1974-2022	
Nombre de cas documentés de SI	22	55	77

Au cours de cette deuxième phase, plus de la moitié (59%) des femmes rencontrées ont affirmé avoir subi une SI (voir Tableau 13). Elles provenaient des cinq Nations participantes. Tout comme les résultats de la phase I, les femmes atikamekw nehirowisiw sont plus nombreuses à avoir rapporté des cas de SI (28), suivies de près cette fois par les femmes innues/naskapiés (23).

<sup>19</sup> Au total, 60 témoignages ont rapporté des cas de SI. De ce nombre, cinq témoignages ont été soustraits : trois rapportant des événements observés de façon générale durant leur pratique en milieu de soins, et deux provenant de femmes n'ayant jamais obtenu la confirmation qu'elles avaient bien été stérilisées.

**Tableau 13.** Proportion de SI selon la Première Nation d'appartenance

Nation d'appartenance	Total de participantes		Témoignage d'une SI	
	n		n	%
Anishnabe	5		1	20%
Atikamekw Nehirowisiw	36		28	78%
Eeyou	3		3	100%
Innué/Naskapie	50		23	46%
<b>Total</b>	<b>94</b>		<b>55</b>	<b>59%</b>

Au moment de l'intervention, une majorité de participantes était dans la vingtaine. Une femme affirme qu'elle était âgée de 19 ans seulement lorsqu'elle a subi une hystérectomie lors d'une césarienne d'urgence. Les deux tranches d'âge les plus représentées parmi les 55 cas répertoriés sont les femmes âgées de 19 à 29 ans (37 ont subi une SI) et les femmes âgées de 30 à 39 ans (15 ont subi une SI).

Les données collectées démontrent également que les SI se seraient produites dans différentes villes du Québec. Ces villes sont au nombre de 12 (dont 5 étaient déjà mentionnées dans le rapport de la phase I) et sont réparties dans plusieurs régions administratives du Québec (et de l'île de Terre-Neuve pour des cas spécifiques) (voir le Tableau 14). Encore une fois, il est principalement question de régions où les femmes

des Premières Nations sont présentes ou vers lesquelles elles sont dirigées pour accéder à des soins de santé, notamment pour accoucher (voir le rapport de Basile *et al.*, (2023) pour en savoir plus sur ces trajectoires). L'ensemble des cas de SI répertoriés, qu'ils aient été accompagnés ou non d'autres formes de VOG, se seraient majoritairement produits avant les années 2000, plus spécifiquement dans les années 1970 à 1990 (40 cas). Par ailleurs, on constate que cette pratique est encore d'actualité, car 15 cas ont été rapportés après l'an 2000, dont un aussi récemment qu'en 2022<sup>20</sup>. Rappelons que les données présentées dans ce rapport ne comptabilisent que les situations des femmes ayant participé à la présente recherche et ne constituent ainsi qu'une sous-représentation de la réalité.

<sup>20</sup> La division temporelle utilisée (1970-1990 et 2000-2020) sert à illustrer le caractère, « historique » pour certains témoignages et « contemporain » pour d'autres, des événements rapportés.

**Tableau 14.** Nombre de SI répertoriées selon la ville et l'époque

Ville	Entre 1974 et 1999	Entre 2000 et 2022	Total
Alma	1	0	1
Amos	1	0	1
Baie-Comeau	1	1	2
Joliette	7	3	10
La Tuque	6	4	10
Québec	4	1	5
Rimouski	1	0	1
Roberval	6	1	7
Sept-Îles	8	3	11
St. Anthony (TN)	3	0	3
Trois-Rivières	0	1	1
Val-d'Or	2	1	3
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>15</b>	<b>55</b>

Les SI occupent une place prépondérante dans les témoignages recueillis. C'est pourquoi ce type de VOG fait l'objet d'une analyse distincte des autres types de violences mentionnées précédemment. Il convient cependant de noter que ces violences (verbales, psychologiques, émotionnelles et basées sur l'ethnicité) précèdent souvent les SI et en accentuent les effets négatifs. Les extraits suivants permettent d'illustrer l'ampleur du phénomène des SI au Québec. Ils sont classés selon la problématique soulevée par les participantes et selon la récurrence de propos similaires. Il est question de communication déficiente, de services d'escorte médicale et d'interprétation déficients, de procédure stérilisante sans consentement, de confusion au sujet du clippage et du « déclippage » (voir la section 2.4.5 pour une définition), de cas de stérilisations lors d'une césarienne et de ligature des trompes comme méthode contraceptive.

## 2.4.2 Communication déficiente

Le rapport de la Commission Viens (2019) fait état de graves lacunes dans les communications entre les prestataires de certains services publics au Québec et des usagers et usagers autochtones. C'est notamment le cas dans le système de santé, où des bénéficiaires ne reçoivent pas toujours suffisamment d'explications sur leur état de santé et sur les mesures préventives à suivre. En ce qui concerne les soins périnataux, cette absence ou ce manque de communication a aussi été documenté au Manitoba (Lawford *et al.*, 2019). Des femmes autochtones venues accoucher à l'hôpital ont rapporté ne pas avoir été correctement informées sur leur propre état de santé et celui de leur bébé. La nécessité de communiquer clairement et de façon transparente dans ce contexte est mise en lumière par le plus récent rapport du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (Webb, 2024).

Ce rapport montre entre autres que le travail en silo (l'absence de communication entre les intervenantes ou intervenants en santé ou en services sociaux avec les familles) peut mener à des situations déplorables, comme le cas avéré d'un nouveau-né retiré arbitrairement de sa famille. S'appuyant sur l'étude de Boyer et Bartlett (2017), ce rapport insiste aussi sur les conséquences du manque d'information relative aux politiques sur la ligature des trompes.

Les extraits de témoignages suivants s'ajoutent à ceux recueillis dans le cadre de la phase I (CSSSPNQL, 2022) et corroborent l'existence de graves manquements en matière de communication. La surprise de la participante suivante lorsqu'elle apprend avoir subi une ligature des trompes illustre l'absence d'information reçue en amont à ce sujet. Elle avait 26 ans au moment des faits en 1993:

Je ne pensais même pas que quand j'allais accoucher, j'allais sortir de là ligaturée. Ils m'ont dit que j'allais me sentir bien, plus légère, plus confiante. (068-SI)

Plusieurs participantes rapportent ne pas toujours savoir avec exactitude le type d'intervention subie, même des années plus tard. En 1978, la première avait 24 ans et la deuxième, 29 ans:

C'est ça que je ne sais pas. Il (le médecin) m'a juste dit «ligaturée», il ne m'a pas dit comment. (130-SI-VOG)

Il (le médecin) m'a dit: «Tu vas te faire endormir.» Je me suis fait endormir (...). Je n'ai pas posé de questions. Puis là, (...) je me suis réveillée, il m'a dit qu'il m'avait fait opérer (que) je n'allais plus avoir d'enfant. Des années plus tard, un autre médecin lui demande pourquoi j'avais ça (la ligature). (Elle répond:) «Je ne sais pas, mais ils m'ont fait faire attacher ça. Je ne sais pas ce qu'ils m'ont mis en dedans.» (048-SI-VOG)

Plusieurs participantes vont découvrir *a posteriori* l'ampleur de l'intervention subie, voire l'intervention elle-même. Parfois des années plus tard, elles apprendront être stériles en demandant à consulter leur dossier médical, au lendemain d'une intervention ou lors d'une

autre consultation médicale. Les témoignages suivants font état de stérilisations ayant eu lieu respectivement en 1982, 1985 et 2000. Ces femmes avaient entre 25 et 27 ans au moment de l'intervention:

J'ai vu que j'avais eu une ligature des trompes après, dans mon dossier. (072-SI-VOG)

Q.: Quand ils ont fait la ligature, ils vous ont dit tout de suite qu'ils l'avaient fait? Le lendemain?

R. (avec interprète): Non. Après... Elle a eu un autre rendez-vous, un genre de consultation et (c'est là qu') elle a su qu'elle avait été ligaturée. (064-SI-VOG)

Je l'ai su seulement 23 ans plus tard que je n'avais plus rien pour tomber enceinte. (...) C'est juste la semaine passée (début août 2024) que j'ai su qu'ils m'ont enlevé mes deux ovaires et mon utérus. Ils ont vu cela dans un scan, ici à (nom de l'hôpital). (045-SI)

Lorsque la pose de clips aux trompes de Fallope, à la suite d'une césarienne ou d'un accouchement naturel, est faite sans que les femmes le sachent, elles se retrouvent devant le fait accompli. La première femme est âgée de 23 ans en 1990 et la seconde, de 30 ans en 2002:

C'est deux mois après (l'accouchement) qu'ils m'en ont parlé. (132-SI)

C'est quatre ans après que je l'ai su. (128-SI)

D'autres témoignages rapportent l'état de confusion des participantes en raison de l'absence de communication transparente de la part du personnel soignant au sujet du type de ligature exécutée. Avec l'aide d'une interprète, le témoignage d'une femme qui avait 23 ans en 1992 est éloquent:

C'est le médecin qui lui avait mentionné qu'elle ne pouvait plus avoir d'enfants. (On lui a dit:) On t'a ligaturée.

Q.: Savez-vous, est-ce qu'ils ont parlé de clipper ou de couper?

R.: Non, ils n'ont rien dit. (092-SI-VOG)

Les deux autres témoignages suivants démontrent à quel point l'absence de communication avant l'intervention laisse des marques indélébiles. La première femme a 20 ans en 1986 et la seconde, 38 ans en 1999 :

Je ne savais pas qu'il y avait deux genres de stérilisations : clipper, couper et brûler. Je ne savais pas. Même aujourd'hui, je ne sais pas lequel j'ai eu. On ne m'a rien expliqué. (055-SI)

Q. : Là, tu as eu ta ligature des trompes, mais on t'a coupée et brûlée.

R. : Les deux en même temps. Moi je pensais que c'étaient juste des clips. Mais ce n'est pas ça, ils m'ont coupée et brûlée.

Q. : Sans t'expliquer avant ce qu'ils allaient faire ?

R. : Oui, c'est ça ! (053-SI)

Des femmes apprennent leur stérilité et l'ampleur de l'intervention par d'autres médecins, lorsqu'elles consultent pour des problèmes de santé. Pour certaines, le langage utilisé est incompréhensible, le français ou l'anglais étant une langue seconde. Elles ont respectivement 24 ans en 1987, 26 ans en 1989, 23 ans en 1994 et 39 ans en 2011 :

Il (un nouveau médecin) l'a lu dans mon dossier médical. (...) on m'a dit : « Tu as été ligaturée. » J'ai dit : « Hein ? ». Encore là, je ne sais même pas ce que ça voulait dire, le mot (ligaturée). Puis je ne comprenais pas les termes médicaux, leur langage.

Q. : Puis, combien de temps après la ligature qu'on t'a dit ça ?

R. : Quand même quelques années après. Trois ou quatre ans, je pense. (039-SI-VOG)

Puis le docteur que j'ai vu, la personne qui a pris soin de moi, il m'a dit : « Tu ne peux plus avoir d'enfant parce que le docteur t'a coupée, brûlée. » Puis je ne le savais pas, ce n'était pas ça que je voulais ! (065-SI-VOG)

C'est juste par après, quand j'ai eu un cancer il y a peut-être douze ans, c'est juste à ce moment-là que j'ai su que je n'avais plus de... que je ne pouvais plus avoir de bébé parce que ça avait été coupé, brûlé et attaché. (052-SI-VOG)

Elle (la médecin) m'a dit : « Je vais demander ton dossier du moment de la chirurgie. » Elle l'a eu, elle l'a lu devant moi vite vite. (...) C'est là qu'elle a dit que j'avais été stérilisée. J'ai dit : « Quoi ? » Puis, elle aussi (elle) a eu un gros malaise. Elle me dit : « Euh, oui, tu ne le savais pas ? » Puis, elle ne voulait pas tellement lire devant moi. Elle s'est levée (...), j'ai vu qu'elle avait un choc elle aussi en voyant mon état à moi. Finalement, elle est revenue, elle a relu (mon dossier), elle m'a confirmé que j'avais été stérilisée. (061-SI-VOG-SN-PS)

### 2.4.3 Services d'escorte médicale et d'interprétation déficients

Les services d'escorte médicale<sup>21</sup> se sont progressivement structurés à partir de la fin du 20<sup>e</sup> siècle. À cette époque, les femmes autochtones enceintes sont témoins de l'effacement progressif du rôle des sages-femmes par l'imposition de pratiques biomédicales occidentales. Elles commencent ainsi à être contraintes de quitter leur milieu d'origine en raison de soins périnataux incomplets sur place. Encore aujourd'hui, l'évacuation des femmes vivant dans des communautés isolées ou situées loin d'un centre hospitalier, peut se produire jusqu'à plusieurs semaines (généralement quatre) avant l'accouchement (Basile *et al.*, 2023). Pour nombreuses femmes, se retrouver loin de leurs proches et de leur réseau d'entraide et de soutien, dans un environnement non familial et allochtone, et où l'on parle principalement français ou anglais, s'avère une dure épreuve. Ces circonstances difficiles peuvent générer un fort sentiment de vulnérabilité. Elles militent certainement pour que les femmes autochtones puissent être accompagnées d'une personne significative lors de ces déplacements prescrits. Les témoignages suivants rapportent des événements survenus entre les années 1970 et le début des années 1990. Le premier, qui relate un événement de 1972, rappelle la présence encore très récente des sages-femmes dans certaines communautés des Premières Nations :

<sup>21</sup> Une « escorte médicale » est l'expression utilisée par les usagères et usagers des Premières Nations pour désigner une personne, membre de la famille immédiate ou du réseau de connaissances communautaire, qui accompagne la personne durant sa trajectoire dans le système de santé, notamment en raison d'un besoin d'aide pour les déplacements, les soins quotidiens, l'interprétation en langues autochtones, la transmission d'instructions pour les soins à domicile ou pour l'obtention du consentement impliquant une personne d'âge mineur ou pour un accouchement (SAC, 2019).

Pour ma part, j'ai eu mon premier bébé à 15 ans. Puis, kokom (nom), c'est la grand-mère à mon père, elle a dit (à mon père): «Tu devrais l'emmener à l'hôpital, je ne peux plus accoucher (les femmes).» Parce qu'elle était sage-femme. (...) C'était dans le mois de janvier. Ça fait qu'il m'emmène à l'hôpital. (038-VOG)

Trois participantes plus âgées au moment où elles ont accouché se souviennent d'avoir été laissées à elles-mêmes dans un système de santé qui ignore leurs besoins et où il est possible de procéder à des interventions stérilisantes sans en informer les patientes ni leur entourage. La première rapporte avoir vécu cette situation à plusieurs reprises et les deux autres l'ont vécue, respectivement à 18 ans en 1975 et à 34 ans en 1998 :

J'ai demandé d'être accompagnée et on m'a dit non. J'ai demandé plusieurs fois. J'étais toute seule pour accoucher en 1977, 1980, 1984, 1989; ça fait quatre accouchements toute seule. (096-VOG-AI)

J'ai été envoyée à (nom de la ville) pour accoucher. Tout allait bien, le médecin a dit que tout allait bien. Mais apparemment, on m'a placée à (nom de la ville) pendant trois semaines ou un mois avant la naissance. (083-SI-VOG)

Il (le médecin) ne voulait pas que mon conjoint soit avec moi quand j'y allais. Il n'y avait pas d'infirmière là non plus quand il (le médecin) m'examinait. (110-SI-VOG)

Parfois, le personnel soignant va expliquer la procédure de stérilisation à la patiente même si elle est seule, donc dans l'impossibilité d'en discuter avec son mari ou un proche. Le premier témoignage rapporte une intervention à la vessie qui a eu lieu en 1984 et qui est devenue une occasion de procéder à une ligature<sup>22</sup>. Le second démontre comment une césarienne subie en 1997 est aussi devenue une occasion pour suggérer et effectuer une ligature :

Ils m'ont fait une ligature en même temps que l'opération pour remonter la vessie. Ils m'ont dit qu'ils le feraient en même temps comme ils étaient dans ce coin-là de toute façon. Ils m'ont expliqué que s'ils ne faisaient pas la ligature, ma vessie allait

redescendre encore si j'avais une autre grossesse. Ils m'ont coupé. Le médecin m'a bien expliqué, il m'a même montré par un dessin où était ma vessie, qu'est-ce qu'ils allaient couper. Ils ont brûlé et coupé. Au moins, il m'a expliqué. (086-SI-VOG)

Elle était accompagnée par son mari pour son troisième accouchement puis pendant la césarienne, son mari n'était pas présent. Il n'était pas présent dans la salle quand ils (lui) ont demandé (pour la ligature). (125-SI)

À la suite de la publication du rapport de la Commission Viens, qui a notamment soulevé des lacunes importantes dans la prestation de services de santé aux Premières Nations et Inuit au Québec (CERP, 2019), et dans la lignée du tragique décès de Joyce Echaquan à l'hôpital de Joliette, le gouvernement du Québec a injecté du financement pour la mise en place de 12 postes de navigateurs de services pour les Autochtones devant avoir accès à des services de santé culturellement sécurisant (Drouin, 2022). Même si certains établissements de santé, comme ceux de la Côte-Nord, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, disposaient d'agente ou d'agent de liaison ou d'interprète (langue autochtone et anglaise) depuis plusieurs années, ces services semblent avoir été longtemps ignorés ou sous-utilisés par le personnel soignant. Parmi l'ensemble des participantes à la recherche, une seule personne a eu accès à un service d'interprétation dans sa langue maternelle autochtone. Les autres ont affirmé ne pas y avoir eu accès, soit parce qu'il n'était pas offert ou qu'il était inconnu du personnel soignant, une situation illustrée par deux témoignages. Le premier rapporte des faits survenus en 1990 et le deuxième, en 2012 :

Non, on ne m'a pas dit, il n'y avait pas d'interprète. On avait un interprète déjà, mais ils ne l'ont pas invité pour m'aider à comprendre. (132-SI)

Q. : On ne t'offrait pas le service d'interprète ?

R. : Non. Il n'y en avait pas. Ah oui, il y avait, ça existait, mais on ne me l'a jamais proposé. (041-SI-VOG)

<sup>22</sup> À la suite d'une vérification avec deux médecins/gynécologues, la descente de vessie ne serait pas associée à une potentielle grossesse.

Dans un contexte multilinguistique, des femmes des Premières Nations parlant leur langue maternelle et utilisant l'anglais comme langue seconde sont amenées à fréquenter des services exclusivement francophones, un contexte qui entrave leur capacité à exprimer leur agentivité (libre choix), respectivement en 1985 et en 1999 :

Q. : Donc, ça veut dire qu'il fallait avoir recours à une troisième langue pour accéder aux soins de santé. Il n'y avait ni traducteur ou d'interprète ?

R. : Non. Aucun traducteur à cette époque-là. (...) Le docteur ne parlait pas nécessairement anglais et les patients des Premières Nations ne parlaient pas vraiment français. (076-SI-VOG)

Et juste le fait d'avoir un enfant et de ne pas pouvoir décider de comment on veut accoucher... Et le français, c'était un obstacle énorme pour moi. (077-VOG)

Bénéficier d'un accompagnement ou d'un service d'interprète pourrait sans doute permettre aux femmes qui accouchent ou qui subissent une intervention stérilisante permanente de mieux communiquer leurs besoins et de mieux comprendre la teneur de ce qu'on leur dit. De tels facteurs de protection en situation de vulnérabilité pourraient éviter des cas comme le suivant, survenu en 1989 :

Quand mon dernier est né, le médecin m'a demandé si je voulais me faire opérer (ligaturer). Mais moi, j'ai mal compris, j'étais jeune et je venais d'accoucher et tout. (065-SI-VOG)

Finalement, dans le contexte de la Décennie internationale des langues autochtones 2022-2032 et de la mise en œuvre d'autres outils nationaux et internationaux qui se penchent sur des enjeux de communication et de réconciliation entre la société canadienne et les peuples autochtones (Gouvernement du Canada (GC), 2024), il devient primordial d'assurer des services essentiels comme les soins de santé et psychosociaux offerts dans les langues appropriées.

## 2.4.4 Procédure stérilisante sans consentement

Dans son ouvrage de référence, *An act of genocide. Colonialism and the sterilization of aboriginal women* (Acte de génocide. Colonialisme et stérilisation de femmes autochtones) publié en 2015, la chercheuse Karen Stote lève le voile sur des décennies de démarches juridiques et d'événements qui ont mis à mal les droits reproductifs des femmes autochtones au Canada. Elle met notamment en évidence les relations de pouvoir qui se jouent entre le personnel soignant et les femmes autochtones qui peuvent entraver la possibilité de donner ou de recueillir un consentement préalable, libre et éclairé pour une stérilisation. Dans le même ordre d'idée, un récent rapport de l'Association des femmes autochtones du Canada affirme que « la stérilisation forcée d'une personne sans consentement libre, préalable et éclairé est un génocide dans l'intention de lui enlever la capacité de reproduction à l'avenir » (AFAC, 2022, p. 27). En effet, selon le quatrième critère qui définit la notion de génocide en droit international (voir l'**annexe H**), soit la mise en place de « mesures visant à entraver les naissances au sein du groupe », les femmes est les filles autochtones ont été, et peuvent être aujourd'hui encore, les premières victimes de politiques canadiennes héritées des pratiques coloniales (ENFFADA, 2019, p. 3). Enfin, une étude réalisée par McKenzie *et al.*, (2022) auprès de 32 femmes et personnes bispirituelles/*Two-Spirit* des provinces des prairies canadiennes révèle que si le personnel soignant avait respecté les lois canadiennes existantes au sujet du consentement, les violations décomplexées telles que décrites par les femmes interviewées auraient pu être évitées.

Le rapport de la phase I de la présente recherche fait état de 16 cas de stérilisation (46%) sans présentation et signature d'un formulaire de consentement. Il rappelle que des écarts peuvent exister entre la prescription juridique et la pratique en milieu de soins :

Malgré le cadre juridique et les nombreuses protections entourant le consentement libre et éclairé des patients au Canada et au Québec, il est possible que cette notion soit mise à mal dans différents contextes de soins. Il importe ici d'examiner les écarts entre les balises prescrites par la loi et leur articulation réelle dans une relation thérapeutique (CSSSPNQL, 2022, p. 13).

Parmi les 55 cas de stérilisations entendus dans le cadre de la phase II, 21 participantes rapportent ne pas avoir signé de formulaire de consentement, 16 participantes mentionnent ne pas être certaines et 18 participantes ont signé un formulaire de consentement dans les circonstances suivantes :

- Sous la pression
- Sous l'effet de l'anesthésie
- Lors d'une césarienne
- Lors d'un curetage
- En plein travail d'accouchement
- Persuadée que l'intervention était réversible
- Accepte la pose de clips, mais on procède plutôt à une ligature
- Le lendemain ou le surlendemain de l'intervention
- Avec la main soutenue (par le personnel soignant) pour signer
- Ne sais pas ce qu'elle a signé
- Ne lit pas le français
- Le formulaire de consentement est plié en deux cachant ainsi des informations essentielles

Le témoignage d'une femme ligaturée à 31 ans dans les années 1980 après avoir «donné sa permission» suggère qu'elle s'était vu retirer le droit de décider pour elle-même par des personnes en position d'autorité. Son interprète explique :

C'est soit le curé ou le médecin, c'étaient des hauts placés pour eux autres (les femmes), elles n'avaient pas le choix quand l'un ou l'autre décidait (pour elles). (069-SI-AI)

D'autres témoignages révèlent que des femmes n'ont pas été consultées en amont d'une stérilisation (ligature ou hystérectomie) et, par le fait même, n'ont pas signé préalablement un formulaire de consentement de façon libre et éclairée. En voici quelques exemples situés respectivement en 1980, 1982, 1987, 1992, 1993 et 1998 :

C'est là que j'ai su qu'on m'avait mis des clips, ou attachée; je ne m'en étais même pas aperçue. Je n'ai pas signé de formulaire de consentement pour ça. Il (le médecin) ne m'en avait même pas parlé. (082-SI)

Tu sais, quand ils te font signer de quoi puis que tu es à moitié endormie. C'est quoi j'ai signé ? Je ne sais pas. (049-SI-VOG)

Q. : Est-ce qu'ils ont fait une ligature ?

R. : Oui, la ligature des trompes.

Q. : À ce moment-là ?

R. : Oui. C'est à ce moment-là qu'ils l'ont fait.

Q. : Puis tu ne le savais pas ?

R. : Mais non, je ne le savais pas.

Q. : Il n'y avait aucun consentement donné avant ? Vous n'en aviez pas parlé (avec le médecin) ?

R. : Non. (039-SI-VOG)

Q. : Puis est-ce qu'ils ont pris le temps d'expliquer pourquoi ils ont fait ça ?

R. : Non, non y'ont rien dit. (Ils) m'ont (juste) dit : «Signez la feuille.» (092-SI-VOG)

Q. : Est-ce qu'ils t'ont fait signer un formulaire ?

R. : Oui, mais je ne voulais pas. (068-SI)

Je n'ai jamais dit que je voulais une ligature; je n'ai jamais consenti à ça. Je voulais avoir encore des enfants. (...) Il (le médecin) ne m'en avait jamais parlé avant et je n'avais pas signé de (formulaire de) consentement avant non plus. (110-SI-VOG)

Une participante rapporte avoir signé un formulaire de consentement deux jours après l'intervention stérilisante qu'elle a subie en 2022 :

Ils m'ont comme fait signer dans le bas, à côté, «anesthésie plus ligature tubaire». Ils m'ont dit de mettre mes initiales là. Juste pour être sûr.

Q. : C'était fait déjà ?

R. : Oui.

Q. : Ils t'ont fait signer après ?

R. : Ils ont dit de mettre mes initiales. J'ai mis mes initiales. J'ai signé en bas. Puis après ça, j'ai vu (la date de l'intervention). On était le (deux jours plus tard). Ça m'a alarmée. (036-SI-VOG-PS)

Il arrive même que le personnel soignant insiste pour qu'une ligature soit effectuée sur-le-champ, malgré la demande explicite de la patiente de réfléchir à ce qu'implique la procédure. L'événement suivant, rapporté par une interprète, implique une femme de 34 ans en 1997 :

Après l'accouchement de son dernier fils, le médecin est venu la voir et il a dit : « Tu vas te faire opérer. » Et (elle) a dit : « Je vais y penser avant. » Il y avait une infirmière (...) qui a dit au médecin : « Pourquoi tu ne le fais pas tout de suite ? » Elle lui a dit ça. L'infirmière a proposé ça au médecin. (125-SI)

D'autres femmes se voient proposer une ligature alors qu'elles sont sur le point d'accoucher, accablées par la douleur aiguë des contractions. L'événement qui suit se rapporte en 2014 :

Rendus à la salle d'opération... non (juste) avant qu'ils m'amènent, ils me disent : « On va te ligaturer les trompes. » Moi j'étais bloquée, j'étais ailleurs. Je n'étais pas là à discuter de mes trompes. J'étais ailleurs! (078-SI-VOG)

La participante suivante, de son côté, était en contention et sous anesthésie au moment des faits en 2018, mais elle maintient son point et refuse la ligature :

Pendant l'opération, le chirurgien m'a demandé si je voulais me faire ligaturer. Ils (personnel soignant) ne m'avaient jamais parlé de ça pendant mes rendez-vous. J'étais gelée, mais il a fait le commentaire que mon utérus était magané et que pour mes prochaines grossesses, il y aurait des complications sévères. (...) Je savais qu'il fallait qu'il me fasse signer quelque chose avant de me demander ça, pendant que j'accouchais. Je voyais que ce n'était pas bien. J'avais les mains attachées, j'étais en douleur. (112-VOG)

## 2.4.5 Confusion sur le clippage et le « déclippage »

Une des techniques de stérilisation féminine consiste en une obstruction tubaire à l'aide de clips de Filshie qui sont installés sur les deux trompes de Fallope (clippage), empêchant ainsi le passage de l'ovule vers l'utérus et par le fait même, la grossesse (Chapman et Magos, 2008). Cette méthode peut être réversible, mais les chances de succès sont minces, le canal de chaque trompe devant être resectionné une fois les clips retirés (O'Sullivan, 2016). Plusieurs des témoignages entendus révèlent que les femmes ne connaissent pas toujours avec exactitude la nature de l'intervention qu'elles ont subie et sont persuadées que cette dernière est réversible. Plusieurs d'entre elles ont en effet accepté la pose de clips, souvent par dépit parce qu'elles

croyaient pouvoir se faire « déclipper ». Cette confusion sur la réversibilité de la procédure est aussi documentée par Boyer et Bartlett (2017) dans leur rapport sur les stérilisations de femmes autochtones en Saskatchewan.

Les témoignages suivants (femmes âgées de 24 et 26 ans, entre 1983 et 1993) démontrent que le personnel soignant entretient cette confusion et qu'ainsi il réussit à faire accepter la ligature :

On lui a dit que ça serait temporaire. Elle a demandé si elle pourrait avoir d'autres enfants. On lui a répondu : « On va arranger ça, c'est pour faire reposer ton utérus, faire reposer ton corps. » (062-SI)

(Ils ont dit) : « Clippée, mais tu vas pouvoir demander pour l'enlever. » J'ai dit : « C'est sûr que je vais pouvoir avoir des enfants après ? » Ils m'ont dit : « Oui », faque j'ai accepté. (...) (068-SI)

Dans le témoignage qui suit, la participante relate des faits qui ont eu lieu en 1986 alors qu'elle avait 20 ans. Comme les femmes citées précédemment, elle comprend à l'époque que l'intervention par clips est réversible. Elle s'interroge en revanche sur les raisons qui poussent le personnel soignant à lui faire signer un document qui indique qu'elle n'intentera pas de poursuite contre l'hôpital :

C'était au Centre hospitalier (nom de la ville), je me suis toujours demandé pourquoi ils m'avaient donné un document pour ne pas tenter de poursuites. Tout d'abord, pourquoi je les poursuivrais si j'étais d'accord avec ce qu'ils m'avaient dit, à savoir que je pourrais retourner le voir (le médecin) (pour avoir d'autres enfants) afin de défaire (inverser) la ligature un jour. (055-SI)

D'autres femmes racontent aussi avoir subi une autre intervention que celle sur laquelle elles s'étaient entendues avec leur médecin. La première rapporte avoir accepté des clips en 1997 à l'âge de 25 ans et la deuxième, en 1998 à l'âge de 34 ans :

Puis, à la table d'opération, ils ne m'endormaient pas tout de suite. Ils m'ont tendu un papier, puis ils m'ont fait signer. Ils m'ont dit : « On ne te ligature pas. On va juste te mettre des clips. Comme ça, tu vas pouvoir en avoir d'autres (enfants) quand tu vas vouloir. » Mais (criss!), ils m'ont brûlée. (...) J'ai fait le saut quand je l'ai su. Parce que moi, j'ai eu le

cancer (par après), puis à un moment donné, il (le médecin) m'a dit : « Tu m'as parlé de clips ? » J'ai dit : « Oui ». Il dit : « Mais tu n'as pas de clips. Tu es brûlée. » (047-SI-VOG)

Après avoir appris ça, j'ai vu un autre gynécologue, le Dr (nom), pour lui demander d'enlever la ligature (les clips) et il m'a dit que ce n'était pas possible; qu'ils avaient coupé. Je pourrais plus avoir d'enfants. À l'hôpital de (nom de la ville), on m'avait dit qu'ils avaient mis des clips, mais le Dr (nom) m'a dit le contraire, qu'ils avaient coupé. (...) Il m'a dit : « On (ne) peut plus rien faire. » (110-SI-VOG)

De façon similaire, le conjoint d'une femme, qui était dans la vingtaine en 1980, raconte le moment où ils ont tous deux appris qu'ils ne pourraient pas avoir d'autres enfants :

À un moment donné, on voulait avoir un enfant et elle m'a dit qu'elle avait les trompes attachées. Elle est allée passer des examens et les trompes étaient coupées. On a vécu une grosse déception face à ça. (123-TE-SI)

Une autre participante à la recherche relate avoir demandé elle-même à ce qu'on attache ses trompes. Elle avait 28 ans en 1985 quand on lui a plutôt fait subir une ovariectomie sans lui en expliquer les raisons :

J'ai demandé ça à mon médecin, le Dr (nom) (de me faire clipper et plus tard pouvoir me faire « déclipper » pour avoir d'autres enfants). J'ai dit (qu'après l'accouchement de mon dernier) que j'aimerais ça être ligaturée pour plus en avoir. Le médecin a dit : « Tu ne veux plus en avoir ? OK. » Mais l'(autre), le Dr (nom), le gynécologue, il a tout enlevé mes ovaires ! (113- SI)

Plusieurs des cas mentionnés ici font état de consentements viciés puisque l'information reçue n'était pas adéquate et ne pouvait mener à une décision éclairée. En effet, la très grande majorité des femmes citées dans cette section ont compris qu'il était possible et aisé de faire « détacher » des trompes de Fallope qui avaient été attachées. D'autres ont aussi consenti à certaines interventions (principalement l'attachement des trompes par clips) et ont appris par la suite qu'une autre intervention stérilisante avait été réalisée, ce qui s'apparente à une atteinte à l'intégrité physique.

## 2.4.6 Cas de stérilisations lors d'une césarienne

Une publication de l'Association des femmes autochtones du Canada (2022) rapporte un taux élevé de césariennes avec stérilisation par ligature des trompes non prévue et le fait que les femmes autochtones sont terrifiées à l'idée d'accoucher sans savoir ce qui risque de leur arriver. En 2022, 27,3% des accouchements au Québec ont été réalisés par césarienne (INSPQ, 2024). Chez les Premières Nations au Québec pour la même année, ce taux se situait à 29,96% (CSSSPNQL, 2025). Ces données se juxtaposent avec les témoignages recueillis dans le cadre de la phase I dans laquelle des femmes racontaient avoir découvert beaucoup plus tard qu'elles avaient subi une ligature lors de leur dernier accouchement, par césarienne. L'une d'elles a dit :

Je n'ai rien signé pour être ligaturée. J'allais très bien encore. (...) Ils l'ont décidé sans mon consentement. Sans ma signature. Ils l'ont fait pendant ma césarienne (9-SI-9) (CSSSPNQL, 2022, p. 37).

Parmi les participantes à la phase II de la recherche, 30 (28%) ont vécu une ou plusieurs césariennes. Trois participantes racontent comment elles ont appris que l'on a « profité » de la césarienne pour procéder à une ligature précipitée, en 1980 à l'âge de 35 ans pour la première, en 1986 à l'âge de 20 ans pour la deuxième et en 1989 à l'âge de 30 ans pour la dernière :

Trois jours après je pense qu'il (le médecin) est venu me retrouver dans la chambre. Il a dit : « On a fait deux opérations en même temps : la césarienne et la ligature. » Je me demandais pourquoi il faisait ça. Et ça m'est toujours resté. Je me questionnais souvent : qu'est-ce que ça faisait une ligature ? (057-SI-VOG)

C'était le jour de l'accouchement (de mon quatrième enfant), par césarienne. Ils m'ont ligaturé durant l'accouchement. (055-SI)

Ils ont juste dit : « C'est tout de suite la ligature et tu n'auras plus d'enfants. » Ils ont fait la ligature au moment de la césarienne. (099-SI-VOG)

Qu'elle soit planifiée ou pratiquée dans l'urgence, la césarienne demeure un événement marquant pour les femmes, particulièrement lorsqu'elles sont laissées dans l'ignorance, sans explications et que d'autres interventions, comme la ligature, s'ajoutent à la première. Le premier témoignage date de 1998 et le second, de 2000 :

Il m'a coupé ici.

Q. : Une césarienne. Et vous pensez que c'est peut-être là après la césarienne qu'ils ont...

R. : Oui, ils m'ont enlevé des choses, mais je ne sais pas (quoi). (094-SI-VOG)

J'avais 38 semaines et ils ne m'ont pas parlé. Ils me l'ont juste dit après, après ma césarienne. Ils m'ont dit que j'avais signé. Moi je n'avais pas compris vraiment (ce que j'ai signé) parce que j'avais beaucoup, beaucoup de douleurs. (051-SI-VOG)

## 2.4.7 Ligature des trompes comme méthode contraceptive

L'ouvrage de Briana Theobald, *Reproduction on the Reservation* (Reproduction sur réserve) (2021), expose de nombreuses formes de contrôle exercées sur les femmes autochtones d'Amérique du Nord à travers le 20<sup>e</sup> siècle. Elle explique entre autres que dans les dernières décennies, l'imposition de méthodes contraceptives et d'avortements a parfois poussé les femmes à « privilégier » des méthodes plus permanentes comme la ligature. Elles se libéraient ainsi des interventions régulières du personnel soignant dans leur vie reproductive. Bien que les auteurs McKenzie *et al.*, (2022) observent une diminution des ligatures des trompes entre 2015 et 2017 en Saskatchewan, ils affirment que les pressions exercées sur les femmes autochtones pour se faire avorter ou pour adopter des moyens de contraception de longue durée (comme le stérilet ou le Depo-Provera) n'ont pas cessé. Au Québec, selon l'ISQ, la pratique de la ligature des trompes a grandement diminué pour l'ensemble des groupes d'âge entre 1976 et 2010 (MSSS, 2025). Les tendances temporelles indiquent aussi une stagnation de cette pratique au Québec entre 1988 et 1998 qui a ensuite continué à diminuer, mais de manière moins importante. Ces statistiques ne font toutefois pas de distinction selon l'origine ethnique des personnes concernées, seul le groupe d'âge auquel elles appartenaient au moment de la ligature est disponible. Il est donc impossible de tirer des conclusions spécifiques aux femmes des Premières Nations.

Un des principaux constats du rapport de la phase I mettait en lumière le fait que des jeunes femmes autochtones se soient uniquement fait proposer la ligature des trompes comme moyen de contraception alors que des méthodes beaucoup moins invasives existent (CSSSPNQL, 2022). Dans la présente phase, au moins cinq témoignages font état de médecins qui, en plus de transmettre peu d'information, ne proposent pas les méthodes de contraception les plus courantes (pilule contraceptive, implants ou autres), mais privilégient plutôt l'option la plus drastique et définitive, soit la stérilisation par ligature (040-SI-VOG-SN-PS, 098-SI-VOG, 101-SI). D'autres témoignages rapportent des événements survenus dans les années 1980 et 1990. Ils dénoncent le fait que ce type de négligence soit survenu tôt dans la vie des femmes concernées, sous-entendant qu'en raison de leur âge, en plus d'être ciblées, elles n'étaient peut-être pas bien armées pour faire face aux impositions du personnel soignant.

Une femme témoigne de faits qui se sont déroulés en 1986, alors qu'elle est âgée d'à peine 20 ans :

Il n'y avait pas de pilule, aucun autre moyen de contraception suggéré. On a seulement parlé de ligature des trompes, et j'ai quitté le bureau du médecin en pensant que je pourrais avoir d'autres enfants. (055-SI)

Une autre femme fait état de l'absence de solutions de remplacement à la ligature. Elle est âgée de 25 ans lors de cet événement survenu en 1997 :

Q. : Puis, on t'a parlé de ligature, mais est-ce qu'ils t'ont aussi proposé d'autres formes de contraception ?

R. : Non. La ligature.

Q. : Uniquement ?

R. : Oui. Juste la ligature.

Q. : Pas de stérilet, pas de pilule ?

R. : Rien. (047-SI-VOG)

En somme, les 55 cas de SI entendus dans la présente phase s'ajoutent aux 22 cas ayant été documentés dans le rapport de la phase I de la présente recherche. Ces chiffres ne représentent certainement qu'une partie de la réalité, car plusieurs femmes des Premières Nations n'ont pas pu participer à la collecte des données tandis d'autres sont sans doute décédées avant que l'on puisse entendre leur voix. Il n'est donc pas possible de déterminer avec exactitude le nombre de femmes

des Premières Nations stérilisées sans leur consentement au Québec. Cependant, il est permis de penser que bon nombre d'entre elles l'ont été à leur insu.

## 2.5 Solutions de remplacement contraceptives non permanentes

Même pour l'accès à d'autres moyens de contraception, les femmes interviewées ont rencontré des embûches de taille. Certaines ont senti qu'on ne respectait pas leur agentivité lorsque des moyens de contraception leur ont été proposés, imposés ou refusés. D'autres ont eu l'impression qu'on les privait du contrôle de leur propre corps. Pour les témoignages suivants, la datation de chaque événement n'a pas été possible, il faut plutôt retenir leur caractère coercitif.

### 2.5.1 Depo-Provera

Le **Depo-Provera** (contraceptif par injection de progestérone à tous les trois mois, homologué au Canada en 1997) est l'un des moyens de contraception non permanente ayant été mentionnés par 19 participantes, en tant qu'usagères ou témoins. Bien que certaines femmes aient privilégié ce contraceptif afin de «prendre une pause» après une grossesse, d'autres soulignent le peu d'informations reçues sur les effets secondaires et mentionnent la mise à mal de leur consentement par son administration :

On me l'a présenté, on m'a expliqué un peu les effets secondaires, pas de menstruations (le risque de) grossir. Mais je me suis sentie obligée de le prendre, (il m'a été) imposé. (097-VOG)

Avec mon consentement, oui, mais on m'a tellement forcée. (107-SI-VOG)

Après l'accouchement, le médecin m'a donné une prescription de Depo-Provera. Mais ils voulaient le faire là tout de suite – je pensais qu'on allait à la pharmacie pour la prescription – mais à mon congé, l'infirmière nous courrait après dans l'ascenseur (et elle a dit :) «Il faut vraiment que tu le fasses!» Je savais qu'il (ne) fallait pas avoir de relations (sexuelles) après une césarienne, mais ils m'ont fait l'injection à l'hôpital et on est partis. J'étais fatiguée, j'ai dit oui à tout. Je n'avais rien demandé.

Ils m'ont juste prescrit du Depo-Provera. J'en avais déjà pris avant, mais j'avais eu beaucoup d'effets (secondaires). (104-VOG-SN)

Une femme, qui venait d'accoucher en 2012, décrit l'insistance des infirmières pour qu'elle prenne le Depo-Provera et les conséquences de ne pas avoir été crue par celle qui allait lui en injecter une deuxième dose par erreur :

En plus, quand il est né (en 2012), une infirmière m'a dit qu'elle allait me donner mon Depo-(Provera) avant que je parte. Elle me le fait et pas longtemps après, une autre infirmière est arrivée et voulait m'en donner une autre *shot!* (Rires) Elles voulaient être vraiment sûres que je (ne) tombe pas enceinte! (...) Je lui ai dit que je venais de l'avoir et elle (ne) me croyait même pas. Je tenais mon bras: «Non, tu (ne) me piqueras pas une autre fois!» Elle m'obstinait: «Non, c'est ça ta dose.» Je disais: «Non! Je viens de l'avoir.» L'infirmière insistait, mais elle est retournée voir (dans le dossier) et elle est revenue s'excuser après. Mais c'est comme si je mentais encore. J'ai vécu longtemps après, avec de la colère, un manque de confiance. (115-VOG-SN-PS)

Parmi l'échantillon des témoignages recueillis, on note une tendance du personnel soignant à prescrire cette méthode contraceptive spécifiquement aux adolescentes et aux jeunes femmes. Deux participantes ont affirmé avoir été témoins de campagne d'injections auprès des jeunes filles à peine pubères, notamment dans les écoles. Le témoignage suivant rapporte un événement survenu autour de 2018 :

Certaines jeunes filles que j'accueille reçoivent des injections de Depo-Provera sans consentement, sans autorisation. Elles peuvent arriver de l'école et dire: «Aujourd'hui, les infirmières sont venues à l'école et elles nous ont piquées.» Elles ne savaient même pas ce que c'était. J'ai appelé à l'école et on m'a dit qu'ils faisaient de la prévention auprès des jeunes filles avec le Depo-Provera. Je leur ai dit que leur campagne de prévention était tellement bonne que la jeune fille chez moi ne savait même pas ce qu'elle avait reçu. Elle pense que c'est un vaccin. Ils m'ont répondu qu'elles pouvaient aller trouver des informations sur Internet! (114-VOG)

Une participante a elle-même reçu des injections de Depo-Provera entre l'âge de 13 et 15 ans (en dépit du fait qu'une autorisation parentale est nécessaire avant l'âge de 14 ans). À 15 ans, elle aura son premier enfant<sup>23</sup> :

J'ai plein d'amies qui ont 17, 18 (ans) et qui ont le Depo-Provera. L'infirmière (nom), c'est elle qui m'a proposé ça. Puis, chaque trois mois, je faisais le Depo-Provera. (037-VOG-SN-PS)

Une autre participante témoigne de choix effectués sous la contrainte, alors que le personnel soignant invoque des risques éventuels de grossesse empreints de préjugés envers les Premières Nations :

Je devais avoir 13 ou 14 ans. (...) À toutes les fois, elle voulait me faire un examen gynécologique (...) même quand ça n'avait aucun rapport. Admettons, j'étais malade, elle voulait me faire un examen gynécologique. Ça, ça m'a marqué... Elle me disait: «Au niveau de la contraception, il faudrait que tu aies le Depo-Provera parce qu'au niveau des Premières Nations, les femmes ont plus de risques de tomber enceintes. Puis n'oublie jamais de porter un condom parce qu'il y a beaucoup de sida dans les communautés.» Ça m'a traumatisée. J'étais comme: «OK, oui. Allez-y. Je vais le faire le Depo-Provera.» Je n'avais même pas encore de relations sexuelles (...) puis j'avais le Depo-Provera. (042-VOG-PS)

Cette autre participante reçoit des conseils qu'elle perçoit d'abord comme des jugements, puis comme une obligation :

Après avoir accouché, on ne m'a pas demandé: «Quel moyen de contraception souhaites-tu utiliser?» On m'a plutôt dit: «Tu devrais prendre Depo-(Provera), comme ça, ça n'arrivera plus. Tu n'oublieras pas (de prendre) la pilule, donc tu ne retomberas pas enceinte. Tu es très jeune.» C'était ce genre de jugement. J'ai donc pris Depo-(Provera) parce que j'avais l'impression que c'était ce qu'ils me disaient de faire, la seule option possible. (077-VOG)

## 2.5.2 Stérilet

Le port du **stérilet** (dispositif intra-utérin (DIU) en forme de T installé dans l'utérus, avec ou sans hormone) est reconnu par plusieurs participantes comme étant problématique, notamment parce qu'il peut provoquer des pertes de sang (hémorragies), des douleurs intenses et des problèmes de santé mentale. Certaines relatent aussi des difficultés à se faire entendre par le médecin :

Comme mes saignements étaient très abondants, je suis allée aux toilettes et, en m'essuyant, j'ai senti quelque chose qui me grattait (j'avais un DIU auparavant) et je l'ai retiré. Je me suis dit que cela ne pouvait pas être un tampon, je n'en utilise pas, et j'ai retiré mon DIU parce que les caillots de sang étaient très gros. (075-VOG)

Voici un autre exemple de souffrances physiques vécues par une participante :

À mon deuxième (accouchement), j'avais mis un stérilet. Puis à un moment donné, j'avais des douleurs au ventre, intenses. Il a fallu que je l'enlève. Puis le médecin ne voulait pas l'enlever. (041-SI-VOG)

Le témoignage suivant suggère que malgré l'apparition de symptômes psychotiques liés au stérilet, une femme se demande si le médecin acceptera de le lui retirer :

Des fois, je me disais (que) mon médecin ne croira jamais. (...) J'ai dit à mon conjoint: «Faut que je fasse la demande.» (Il répond:) «Comment ça, faut que tu fasses la demande? Prends un rendez-vous puis dis que tu veux enlever ton stérilet!» À chaque fois que je lui en parle (au médecin), elle me dit tout le temps que ce n'est pas le temps, que ce n'est pas une bonne idée. (122-VOG-AI-PS)

De façon similaire, le témoignage suivant illustre un certain contrôle exercé par le médecin au sujet du contraceptif à utiliser :

Comme le médecin qui ne voulait pas enlever mon stérilet. Il disait qu'il était mal placé le stérilet. C'était pour ça que j'avais mal. Il peut en remettre un autre. C'est ça qu'il m'avait dit. Moi je lui disais que je ne voulais pas. Mais c'est comme s'il insistait (...). (041-SI-VOG)

<sup>23</sup> Voir l'encadré 3 sur la valorisation sociale de la maternité chez les Premières Nations.

## 2.5.3 Autres hormones synthétiques

La **pilule contraceptive** (hormones synthétiques) est un moyen de contraception que plusieurs participantes ont essayé. Considérant parfois avoir de la difficulté à respecter la posologie journalière, certaines d'entre elles ont privilégié le timbre contraceptif ou le stérilet. En somme, les femmes des Premières Nations connaissent les moyens de contraception et jugent être en mesure de déterminer ceux qui leur conviennent le mieux. Cette connaissance de la pilule et d'autres moyens de contraception de date pas d'hier. Bien que la contraception n'ait été légalisée qu'en 1969 au Canada, la pilule contraceptive était déjà distribuée dans les communautés des Premières Nations, et ce, bien avant cette date :

Ma kokom (nom de sa grand-mère) elle recevait des pilules contraceptives. Plein de kokoms qui recevaient des pilules contraceptives des infirmières qui venaient ici. Avant, il n'y avait pas de dispensaire, dans les années 1950 à peu près. (085-TE-SI)

L'usage du **timbre contraceptif** (patch d'hormones synthétiques collé sur la peau) a été déconseillé à certaines participantes en raison d'un surplus de poids. On leur recommandait plutôt l'**implant contraceptif** sous-cutané (bâtonnet inséré sous la peau). Une participante, qui avait déjà expérimenté le Depo-Provera et qui a subi, à l'âge de 24 ans en 2004, une hystérectomie d'urgence, mentionne ceci :

On m'a déjà mis des implants et quand j'ai voulu les enlever, le médecin (ne) voulait pas, sous prétexte qu'il avait fait un beau travail parce que les miens, on (ne) les voyait pas. (...). Il a fallu que j'argumente beaucoup pour qu'il me les enlève. (107-SI-VOG)

L'imposition de moyens de contraception chez les femmes des Premières Nations s'inscrit dans un continuum d'expériences où leur agentivité est souvent niée et où les responsabilités de l'État envers les familles des Premières Nations sont réduites à une prestation de services économe, comme on peut le voir dans l'encadré suivant.

### Encadré 5. Contraception chez les femmes kaniénkehà:ka de la communauté de Kahnawà:ke

Dans un ouvrage sur le colonialisme et les stérilisations forcées de femmes autochtones au Canada, la chercheuse Karen Stote (2015) rapporte qu'en janvier 1966, une femme de Caughnawagga (aujourd'hui Kahnawà:ke), Kahn Tineta Horn, transmet par écrit des questions à la Direction des affaires indiennes. Ayant été informée que le médecin en service dans la communauté avait reçu la consigne de « distribuer des pilules contraceptives, des contraceptifs et d'autres moyens de régulation des naissances aux Indiennes dont il s'occupe, mais pas aux Canadiennes françaises catholiques romaines qui sont dans son cabinet » (Traduction libre) (Stote, 2015, p. 64), Mme Horn pose la question suivante : « Pouvez-vous me dire si les médecins responsables des Indiens à Caughnawagga traitent les Indiennes en matière de contraception de la même manière ou différemment de leurs autres patientes ? » (Traduction libre). La réponse du Directeur des services médicaux H. A. Proctor, qui prend le relais de la correspondance en février 1966, s'adresse directement au chef de la communauté Andrew Delisle, et non pas à Mme Horn, en réfutant toutes allégations et en niant toute forme de responsabilité sur le sujet. L'ouvrage de Karen Stote apporte un éclairage précieux sur cette période où, officiellement, la Direction des affaires indiennes affirme que la régulation des naissances ne doit pas être pratiquée de manière forcée, tout en finançant son application dans les « réserves indiennes ». Il convient de rappeler que la contraception n'a été légalisée au Canada qu'en 1969.

# Partie 3: Stratégies de survie

## 3.1 Déséquilibre de pouvoir

Au Canada, comme aux États-Unis, le mouvement eugéniste a influencé l'établissement de politiques publiques jusque dans la gestion et l'administration des populations autochtones et issues de l'immigration. Ce mouvement, qui vise à «améliorer la race» par la sélection, l'élimination et la stérilisation de personnes jugées «indésirables» pour le perfectionnement de la race humaine (aryenne, donc blanche et supérieure), a façonné le projet colonial nord-américain (voir l'**annexe I** pour une définition plus complète de ce mouvement). Des chercheurs comme Kluchin (2007) ont documenté les difficultés rencontrées par les historiennes et historiens de l'eugénisme pour accéder aux dossiers médicaux et aux archives des comités eugénistes américains, souvent les seules sources d'information disponibles, faute d'avoir accès à la voix des personnes dont les corps ont été stérilisés. Kluchin indique également que les sources disponibles ont été écrites par les personnes qui ont perpétré ces actions stérilisantes, et non par celles qui les ont subies, limitant ainsi la critique des décisions prises sous l'influence de principes eugénistes. Johanna Schoen a été la première chercheuse à accéder aux archives de la Caroline du Nord, où le programme initial de régulation des naissances a été adopté en 1937, et où le gouvernement a financé un plus grand nombre de stérilisations *per capita* que tout autre état américain (Schoen, 2001). Parmi la trentaine d'États ayant adopté une loi s'appuyant sur des principes eugénistes, la Caroline du Nord est le seul qui a ouvert aux chercheuses et chercheurs les archives de son programme de stérilisations (Schoen, 2006). Au Canada, les deux seules provinces à avoir adopté une loi régissant la stérilisation de personnes jugées «inaptes», soit l'Alberta et la Colombie-Britannique, ont aboli leur loi respectivement en 1972 et 1973. Les chercheurs Grekul *et al.*, (2004) expliquent qu'après la dissolution du comité eugéniste de l'Alberta, les archives ont été entreposées aux Archives provinciales jusqu'à ce que la majorité d'entre elles soit détruite en 1988, ne laissant que 18% des dossiers sur place (861 sur 4785 originaux,

soit 1 dossier sur 5). Les documents d'archives, tels que les dossiers médicaux et les rapports du comité eugéniste de la Colombie-Britannique, auraient été entièrement détruits (Stote, 2025).

Les principes eugénistes, combinés à des calculs démographiques et à des préoccupations économiques, ont également teinté les politiques publiques de divers États du monde par l'établissement de quotas afin de parvenir à la stérilisation d'un maximum de personnes, et d'exercer ainsi un contrôle coercitif du volume démographique de la population (revoir l'exemple de la campagne d'anticonception au Groenland en **annexe F**). Le régime de l'ex-président Alberto Fujimori du Pérou a été particulièrement actif avec un nombre estimé à plus de 272028 femmes et 22004 hommes stérilisés entre 1996 et 2000, dont la majorité était autochtones (Chirif, 2021). Le personnel de la santé était sommé d'atteindre un quota mensuel de personnes stérilisées et utilisait des mesures coercitives telles que la menace de la privation de programme d'accès à de la nourriture et à du lait afin d'y parvenir (Vasquez del Aguila, 2006). En Chine, le peuple ouïghour a fait l'objet d'une politique d'«optimisation de la population» par le contrôle reproductif dans le but notamment d'éradiquer son identité et sa culture (Dyer, 2021). Des femmes qui n'excédaient même pas la limite légale de deux enfants ont été forcées de subir un avortement (parfois au troisième trimestre), à des injections de contraceptif, à la pose de stérilet ou à des interventions chirurgicales stérilisantes non consenties (Agence France-Presse in Beijing, 2020). À la suite de critiques du gouvernement canadien auprès des autorités chinoises, ces dernières ont invité le Canada à examiner ce qui se passait à l'intérieur de ses propres frontières pour constater des expériences similaires. Enfin, l'OMS confirme que les femmes autochtones ont été la cible de politiques de contrôle populationnel dans certains pays où des quotas ont été établis et ont compromis leurs droits d'accéder à des soins de santé respectueux :

La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (2007) (84) reconnaît expressément aux peuples autochtones le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état de santé possible. Cependant, au cours des dernières années, les politiques de contrôle de certains pays ont sciemment ciblé les femmes autochtones issues des couches les plus défavorisées de la société. Conséquemment, des milliers de femmes autochtones ont été stérilisées sans leur consentement dans le but de satisfaire aux quotas gouvernementaux (81, 85). Dans bien des cas, les filles et les femmes autochtones n'ont pas accès à la gamme complète de méthodes contraceptives (86). De plus, il arrive fréquemment que l'information existante ne soit pas proposée dans des formats accessibles ou traduite dans des langues autochtones (87) (Traduction libre) (WHO, 2014, p. 4).

Dans le cadre de la présente recherche, plusieurs participantes dénoncent implicitement ou explicitement le déséquilibre de pouvoir et de privilèges ayant teinté leurs interactions avec le personnel soignant. Plusieurs d'entre elles se sont retrouvées dans un contexte de consultation stressant, où se combinaient un manque d'information, des pressions ainsi qu'un climat de peur et d'hostilité (préjugés et biais), ce qui contribue ainsi à créer un déséquilibre de pouvoir. Les sections suivantes portent sur les embûches rencontrées face à l'accès à son propre dossier médical (3.1.1), les préjugés et quotas qui illustrent ces moments où le déséquilibre de pouvoir est bien présent (3.1.2) et la rupture du lien de confiance envers le système de santé et des services sociaux (3.1.3). La section 3.1.4 porte sur la démonstration de la reconnaissance de bons soins. En dépit des expériences traumatisantes que les participantes ont vécues, elles ont tout de même la force et la résilience de souligner les bons soins qu'elles ont pu recevoir lors de certaines consultations médicales. Elles sont ainsi en mesure d'avoir un jugement aiguisé sur la qualité des relations entre personnes soignantes et personnes soignées.

### 3.1.1 Demande et accès à son propre dossier médical

Le rapport de Boyer et Bartlett (2017) mentionne que les femmes interviewées pour leur étude ont subi les conséquences de la destruction de dossiers médicaux après une période de dix ans. La documentation étant inexistante, il devient difficile d'appuyer des revendications de justice et de vérité. Au Québec, une lettre ouverte publiée en décembre 2022 (Basile *et al.*, 2022) dénonçait entre autres le fait que des femmes aient dû justifier au personnel soignant leur propre requête afin d'obtenir leur dossier médical<sup>24</sup> et que des familles se soient butées au manque de collaboration d'établissements de la santé dans leur demande d'accès aux informations de leurs propres enfants disparus dans ces mêmes institutions, malgré l'adoption d'une loi en ce sens (SRPNI, 2025).

Quelques participantes à la recherche ont mentionné s'être retrouvées empêtrées dans les failles d'un système perçu comme opaque en raison d'une mauvaise communication entre les membres du personnel soignant, que ce soit dans le cadre d'une intervention ou *a posteriori* lorsqu'il s'agissait, par exemple, d'accéder aux dossiers médicaux.

Certaines participantes ne savaient pas qu'elles pouvaient avoir accès à leur dossier médical. Six d'entre elles expliquent les embûches rencontrées pour y arriver. La première tente d'y avoir accès en 1995, à la suite d'une hystérectomie subie en 1988 à l'âge de 19 ans :

Q. : Est-ce que plus tard, tu as eu voulu avoir accès à ton dossier médical pour mieux comprendre ?

R. : Non. Q. : Est-ce que tu as eu l'envie de le demander ?

R. : J'aurais bien aimé, mais le monde disait que tu ne pouvais pas. Mais asteure, il paraît que l'on peut. (066-SI)

<sup>24</sup> Il faut ici rappeler que toute personne a le droit d'avoir accès aux renseignements qui la concernent, comme précisé dans le *Code civil du Québec* (art. 38-41), la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (art. 17-19 et 32-37) et le *Code de déontologie des médecins* (art. 94-102). Voir l'**annexe J** pour en savoir plus sur la requête d'une participante à la recherche.

À l'aide d'une interprète, une participante raconte qu'elle aurait aimé en savoir davantage sur son état de santé à la suite d'une hystérectomie subie à l'âge de 27 ans à St. Anthony (Terre-Neuve):

Elle n'a jamais su qu'on pouvait avoir les dossiers médicaux pour savoir c'était quoi l'opération. Elle se sentait démunie. (098-SI-VOG)

Une autre participante a songé à obtenir son dossier médical au tournant des années 2000, afin de mieux comprendre pourquoi elle avait été ligaturée plutôt que «clippée» en croyant l'intervention réversible, elle juge toutefois la démarche ardue:

C'est compliqué, avoir nos dossiers. Ils (membres du personnel soignant) ne veulent pas, puis il faut que j'écrive une lettre. Ils nous mettent ça bien, bien difficile. (047-SI-VOG)

Certaines participantes rapportent avoir essuyé un refus d'accès à leur dossier médical. L'une d'entre elles se fait répondre ce qui suit, après avoir subi une ligature en 1989, à l'âge de 26 ans:

On ne peut pas te donner ça, c'est confidentiel, madame. (065-SI-VOG)

D'autres participantes affirment n'avoir obtenu qu'une partie des informations souhaitées, le reste étant «trop loin dans les archives», ou avoir découvert qu'aucune mention de la ligature qu'elles ont subie n'y figurait. La première raconte une situation survenue en 1980 et la seconde, en 1986:

Une intervenante pour les femmes de (nom de la communauté) avait fait la demande de mon dossier médical. Elle doit l'avoir. Mais dans mon dossier, il n'y avait rien de marqué (au sujet de la ligature). Ils ne l'ont peut-être même pas écrit. (082-SI)

J'ai demandé une fois, mais je n'ai pas eu tout mon dossier. C'était tout petit (format) et on dirait que je ne pouvais pas voir tout mon dossier. (120-SI)

### 3.1.2 Préjugés sur le nombre d'enfants et les «quotas»

Ce thème a été brièvement abordé dans la section 2.1.4 ainsi qu'en introduction de la présente section, mais il mérite une plus grande démonstration. À notre connaissance, il n'y a pas eu au Québec de comité formel sur la ligature comme en Alberta qui appliquait, au nom de la santé et du bien-être et des considérations économiques, la ligne directrice suivante: «Une femme avec plus de 6 enfants, âgée de 25 ans avec 5 enfants, âgée de 30 ans avec 4 enfants et âgée de 35 ans avec 3 enfants est candidate pour la ligature» (Stote, 2015, p. 74). Cependant, selon certaines participantes à la recherche, le chiffre «quatre» a été présenté comme un nombre maximum d'enfants à concevoir par leur médecin. Des témoignages entendus rapportent des préjugés tenaces et une déconsidération des capacités parentales et communautaires des peuples autochtones, en plus de l'évocation d'un «quota» ou d'une limite au nombre d'enfants que les femmes des Premières Nations sont aptes à avoir (sept témoignages: 48-SI-VOG, 65-SI-VOG, 92-SI-VOG, 108-SI-VOG, 121-VOG, 122-VOG-AI-PS et 130-SI-VOG en plus de ceux dont il est question à l'instant). La première participante, âgée de 28 ans en 1975, se fait dire ceci après une 5<sup>e</sup> grossesse:

J'y allais pour mon examen de routine, et le médecin m'a suggéré de ne plus avoir d'enfants. Il m'a dit: «Vous avez déjà quatre enfants et aucun moyen de subvenir à leurs besoins, surtout sans maison à vous, et dans une région éloignée.» C'est là qu'il m'a dit qu'ils voulaient m'opérer pour m'empêcher d'avoir d'autres enfants. (083-SI-VOG)

On dirige cette seconde participante, ayant eu un quatrième enfant au début des années 1990, vers la ligature en évoquant un trop grand nombre d'enfants:

J'ai signé quelque chose, pour quand ils vont avoir une place pour faire la ligature. Ils m'ont juste dit que ligaturer, c'est couper pour (ne) pas avoir des enfants. Ils m'ont dit aussi que chez les Autochtones, ils ont toujours beaucoup d'enfants. (097-VOG)

Finalement, deux participantes racontent, à l'aide d'une interprète, ce qui leur est arrivé. La première dénonce l'expérience que sa mère a vécue au début des années 1980 à l'hôpital de St. Anthony et la deuxième raconte sa propre ligature, à l'âge de 28 ans, à l'hôpital de Blanc-Sablon :

Je pense que ce qu'ils donnaient comme raison (à l'avortement), c'est qu'ils disaient qu'il y avait une certaine limite à avoir des enfants. On était neuf en tout, ça aurait été le dixième s'il (n'y avait pas eu d'avortement). (069-SI-AI)

Q.: (Quelles sont les) raisons données pour la ligature ?

R.: C'est ça qu'ils ont dit, qu'elle avait trop d'enfants. (124-SI-VOG)

### 3.1.3 Rupture du lien de confiance envers le système de santé et des services sociaux

Que ce soit à la suite d'une ligature imposée ou d'autres formes de VOG, certaines participantes ont perdu confiance envers le système de santé, jusqu'à se sentir contraintes de renoncer à leurs suivis de grossesse. Entre 1978 et 1986, ces trois femmes avaient entre 20 et 29 ans :

Quand j'étais enceinte, je n'allais jamais aux rendez-vous. J'allais tout le temps en dernier (juste) pour accoucher. (048-SI-VOG)

C'est sûr que je n'ai pas aimé ça (ligature imposée), je n'ai jamais consulté de médecin après. (101-SI)

Je ne suis jamais retournée voir ce docteur. (...) À l'époque, j'avais même pas envisagé la possibilité de ne plus jamais avoir d'enfants. Parce que je lui faisais confiance. Je lui avais fait confiance pour mes quatre autres enfants. C'est plus tard que j'ai découvert que je ne pouvais plus avoir d'enfants. (...) Aujourd'hui, je suis déçue, blessée, en colère peut-être parce que je faisais confiance à mon médecin. (055-SI)

La rupture dans le lien de confiance se nourrit d'une communication défailante, voire absente, entre les équipes médicales et les femmes concernées. Le témoignage suivant illustre l'ampleur des conséquences du manque d'information vécue par les femmes, avec toutes les conséquences psychologiques que cela

peut apporter, à une époque où l'on ne tient pas suffisamment compte du deuil post fausse couche et ses conséquences sur le parcours de vie des femmes (de Montigny *et al.*, (2020):

Après que j'ai perdu mon bébé, le chirurgien est venu me voir parce que j'ai eu une hémorragie. Il m'a transférée tout de suite au bloc opératoire pour le lavement, un curetage. Quand je me suis réveillée, j'étais déjà dans la chambre. C'est là que j'ai vu du sang ; je n'ai jamais voulu qu'on me donne du sang (une transfusion sanguine) (...). C'était en 1980 à peu près, au début juin, que j'ai perdu mon bébé. J'avais 23 ans. (...) Je (ne) sais même pas ce qu'ils ont fait avec mon bébé. Je (ne) sais pas s'ils l'ont enterré ou bien incinéré. Ils (n')ont pas accepté que je récupère le fœtus. Je me demande toujours où ils ont placé mon bébé. Ils l'ont jeté ? Ou bien incinéré ? Je (ne) le sais pas. (131-SI)

### 3.1.4 Expériences positives vécues lors de consultations médicales

Une rare proposition de la mise en œuvre d'une «éthique interculturelle» dans la prestation de services en ergothérapie au Québec souligne qu'il y a d'«importantes et nombreuses iniquités vécues par les patients autochtones, lesquelles compromettent le respect de plusieurs principes éthiques» (Drolet et Viscogliosi, 2019, p. 73). Cette même étude propose également une série de mesures concrètes afin de ne pas reproduire des pratiques et attitudes paternalistes et colonisatrices envers les peuples autochtones. Parmi les solutions proposées, l'une d'elles consiste à revoir, avec une véritable participation des premières personnes intéressées, l'approche et la prestation des soins de santé auprès des peuples autochtones. Il s'agit également de viser l'amélioration des corridors de soins pour les communautés autochtones et de déconstruire les préjugés en «éduquant» les personnes moins familières avec les enjeux et les revendications autochtones. La nécessité de documenter les disparités et les défis auxquels font face les peuples autochtones s'appuie sur le caractère résiduel d'un racisme systémique maintes fois dénoncé au Québec. Dans la foulée des événements qui ont suivi le tragique décès de Joyce Echaquan, ignorée, négligée et insultée par des membres du personnel soignant de l'hôpital de Joliette alors qu'elle avait besoin de soins, le document «Principe de Joyce», rédigé par les autorités de la nation atikamekw nehirowisiw,

rappelle le droit fondamental des membres des communautés autochtones d'avoir accès à des soins de santé sécuritaires (Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw (CAM et CNA), 2020). Ce document ne réitère que des droits fondamentaux, reconnus par le droit international.

Dans le cadre de la présente recherche, lorsque les participantes ont eu accès à de bons soins (intervention éthique), elles savent les comparer aux expériences négatives qu'elles ont pu vivre dans le passé. Une nuance peut être apportée au sombre tableau dressé jusqu'ici. De leur propre aveu, certaines femmes ont mentionné avoir côtoyé des membres du personnel médical qui ont fait preuve de respect et de bienveillance envers elles. Ainsi, au cours d'une même vie, les participantes ont pu vivre différents types d'expériences, problématiques ou non, dans le cadre de leur grossesse notamment. La première participante raconte son expérience positive de ses deux premiers accouchements, contrairement à son troisième qui s'est terminé par une hystérectomie en 2001 :

Mais les naissances de mes deux premiers bébés se sont bien passées. J'ai accouché par césarienne pour les deux. C'était à (nom de la ville). Le premier médecin que j'ai eu était très gentil. Très gentil avec moi. Mais pas le dernier. (044-SI)

La participante suivante compare le traitement reçu lors d'une césarienne, qu'elle a subie en 1988 à l'âge de 21 ans et qui lui a laissé une cicatrice particulièrement longue, avec celui reçu lors d'une deuxième consultation avec un autre médecin :

Pour moi, quand j'ai accouché, c'est plus le médecin. Moi, je pense qu'il n'aurait peut-être pas fait ça si ça avait été une non-autochtone. Il lui aurait expliqué et tout ça... Mon gynécologue à (nom de la ville), il m'a tellement bien expliqué des affaires. Il était présent, il me disait tout ce qui arrivait pour le bébé, le cœur du bébé, mais là-bas, non! Q.: Tu as vraiment vu la différence là? R.: Ah oui! Je l'ai vraiment vu la différence et c'est lui qui m'a ouvert les yeux quand il (le médecin) m'avait dit que j'ai été «charcutée». Sinon, je pensais que c'était normal. Je pensais que toutes les femmes (...) avaient cette plaie-là quand elles me parlaient de césarienne. Mais quand j'ai vu la première fois c'était quoi une césarienne à la télé. Aille, la petite ouverture! (084-VOG)

Elle ajoute que lors de son dernier accouchement en 1994, elle s'est vraiment sentie respectée :

Ce gynécologue-là, c'était une perle. Il nous présentait toutes les choses, les possibilités et tout ça. Il me l'a dit pour le dernier. On a (mon conjoint et moi) dit que notre garçon ce serait notre dernier. Il (le gynécologue) a dit: «Voulez-vous que je vous fasse une ligature tout de suite pendant qu'on est là?» J'ai dit: «Non, on va prendre la décision calmement, quand on va être prêt.» Il a dit: «OK». Ah wow! Mon Dieu, si tous les médecins pouvaient être comme ça! (084-VOG)

Le prochain témoignage démontre qu'une attitude bienveillante de la part du personnel soignant, entre autres en prenant le temps nécessaire pour informer les femmes, peut faire une grande différence lors d'une annonce délicate (fin des années 1990), comme une potentielle stérilisation :

La gynécologue est venue me voir le matin, et elle m'a pris la main et elle m'a expliqué ce qui était arrivé, que j'avais fait une salpingite, les trompes qui s'enflamment, et qu'ils avaient dû enlever une des trompes et l'ovaire. L'autre trompe – je ne sais pas, je ne m'en souviens pas du tout – mais présentement, il ne me reste qu'un ovaire. J'ai toujours mon utérus. Mais que, après 23 ans, j'aurais aucune chance d'avoir des enfants; que c'était une probabilité de 12%. Si j'en voulais, la solution serait d'avoir recours à la fécondation *in vitro*. Quand elle m'a annoncé ça, elle me flattait la main. J'ai quand même pleuré beaucoup, quand on t'annonce comme ça, au début de ta vie, que ne t'auras pas d'enfants. Elle m'a dit qu'elle savait que j'allais pleurer. J'étais toute seule avec la gynécologue, ma mère et mon père n'étaient pas là. J'ai quand même apprécié la façon dont elle me l'a dit. (079-VOG)

Cette autre participante s'est dirigée vers une autre ville en 2021, en dehors du corridor habituel de soins de santé, afin d'éviter de nouvelles expériences négatives comme celles qu'elle avait vécues en 2020 :

Pour ma deuxième grossesse, je ne voulais pas aller là-bas (nom de la ville) parce que j'avais peur, je voulais aller à (nom d'une autre ville). (...) C'était en 2021. J'ai posé beaucoup de questions avant de subir à nouveau une césarienne. Tout s'est bien passé. Aucun incident. Le bébé était en bonne santé, et moi aussi. (103-VOG)

D'autres participantes constatent avec surprise qu'elles peuvent également recevoir de bons soins hors de leur corridor de soins habituel. La première participante parle d'un événement, somme toute positif, survenu en 2004 lors d'une évacuation médicale (MEDEVAC) de son bébé sans elle :

Le lendemain, ma fille a été évacuée par avion-ambulance (MEDEVAC) vers (nom de la ville). Et le jour suivant, j'ai pris l'avion en fin d'après-midi pour (même ville), et je leur ai dit : « Je veux allaiter mon enfant ! » Ils m'ont tout de suite emmenée à elle, ils m'ont parlé, ils m'ont donné un tire-lait, ils m'ont rassurée. J'ai pensé : « Ah, c'est bien. » Je suis une jeune mère, je sais pas trop comment m'y prendre. J'avais lu quelques informations, mais à (nom d'une autre ville), j'avais l'impression de faire quelque chose de mal. (075-VOG)

La seconde participante explique la différence entre les traitements reçus dans deux hôpitaux différents (dans le corridor habituel de soins et hors de celui-ci), entre les deux accouchements qu'elle a vécus ainsi que la démarche positive qui l'a menée vers une ligature volontaire obtenue en 2021 :

Et je peux comparer, parce que quand j'ai eu mon fils, 22 ans plus tard, c'était autre chose. C'était à (nom de la ville) à l'hôpital (nom de l'hôpital) dans un environnement extrêmement bienveillant. (Ils m'ont demandé :) « Où voulez-vous accoucher ? Quel type de chambre préférez-vous ? Combien de personnes souhaitez-vous avoir à vos côtés ? Voulez-vous que votre famille soit présente ? » Ils m'ont proposé de nombreuses options, alors qu'à (nom d'une autre ville), c'était complètement différent. (077-VOG)

Quand est arrivé le temps de décider de me faire ligaturer, ç'a été mon choix, et j'ai senti un grand soutien de la part de l'hôpital. Ils m'ont demandé : « C'est vraiment ce que vous souhaitez faire ? », « Pourquoi vous ne voulez plus d'enfants ? ». Ils m'ont demandé « pourquoi », et non « vous devriez », et m'ont dit que oui, cela semblait logique puisque j'avais 36 ans à l'époque (...) J'ai dit « D'accord », et nous l'avons fait. J'ai eu le sentiment que c'était ma décision et que j'étais soutenue dans mon choix. (...) Après mon opération (environ six mois après mon accouchement), je l'ai pas regretté. C'était ma décision, mon choix. J'étais sur une liste d'attente et j'ai dû consulter une infirmière, une assistante sociale et un gynécologue. Ils voulaient vérifier que j'étais vraiment sûre de moi. À un moment donné, ils m'ont demandé d'amener mon copain pour qu'on décide ensemble. J'ai apprécié ça parce que je n'étais pas seule. Et il a compris pourquoi. Tout ça à (nom de l'hôpital) ; leur approche était différente de celle que j'avais connue à (nom de la ville). (077-VOG)

En 2014, un couple évite stratégiquement un hôpital en particulier en faveur d'un autre pour éviter de subir du racisme. Le conjoint de cette jeune femme insiste pour qu'elle accouche dans sa région natale à lui, argumentant que c'est un lieu moins raciste qu'ailleurs :

Il (son conjoint) voulait qu'on accouche à (nom de la ville) parce qu'il disait que ce n'était pas une ville raciste, on va dire les vraies choses. Pis c'est vrai. J'ai accouché là-bas pis j'ai eu le meilleur suivi de grossesse ; il me restait quatre semaines et ç'a été le meilleur suivi que tout le reste que j'ai fait à (autre ville) avec mon médecin. Ils m'ont dit que, tout le monde peut t'accueillir, si t'as peur, ta mère peut être là. Puis à (autre ville), c'est juste deux personnes, on ne veut pas d'autres. (...) ç'a été vraiment un traitement qui a été différent. (122-VOG-AI-PS)

Enfin, une autre participante, âgée de 20 ans en 2007, fait part de l'incompréhension et de la colère de la gynécologue face à la pratique de césariennes qu'elle a subies à trois reprises. Elle se sent soutenue :

Après ma première (césarienne), dans mon dossier c'était indiqué «Ne jamais accoucher naturellement.». Puis elle, la gynécologue, était vraiment fâchée, elle a dit: «Je ne comprends pas. Tu pouvais accoucher (naturellement). Oui, à ce moment même, si tu avais eu un autre enfant, quelques mois plus tard, oui je comprends, tu aurais été à risque. Peut-être qu'ils t'auraient demandé d'avorter, tout ça. Mais vu que tu as attendu aux deux ans, avec tout le dossier que j'ai eu (sous les yeux), je ne comprends pas pourquoi.» C'est là qu'elle m'avait dit aussi que j'étais une victime. Elle était vraiment fâchée. Elle était bonne. (040-SI-VOG-SN-PS)

## 3.2 Répercussions liées aux VOG

Les VOG ne sont pas sans conséquences et affectent sérieusement la vie des personnes, autochtones ou non, qui en sont victimes. Bisch (2025), dont les travaux ont été effectués en France, stipule qu'en plus de la perte de confiance envers le système de santé: «Les VOG laissent de graves séquelles physiques et psychiques affectant durablement la vie personnelle et professionnelle des personnes victimes» (p. 15). Pour Cardenas-Castro (2023), dont les travaux se sont déroulés principalement au Chili, plusieurs des femmes ayant vécu des VOG ne savent pas qu'elles ont été violentées et la découverte fortuite de cette violence laisse notamment sur elles des marques psychologiques indélébiles. Une analyse de 65 études menées dans 35 pays révèle que la confiance des femmes envers le système de santé a été ébranlée par des expériences de mauvais traitements, par la réputation discutable de l'établissement et par la méfiance envers les soins y étant offerts. Ces éléments font en sorte que plusieurs d'entre elles décident de ne plus s'y rendre pour accoucher (Bohren *et al.*, 2015). Au Groenland, la pose d'un stérilet sans consentement chez des milliers de jeunes filles inuit durant la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle a entraîné des répercussions psychologiques et physiques majeures.

Plusieurs de ces jeunes filles ont témoigné avoir enduré des douleurs chroniques importantes et des hospitalisations traumatisantes (Haahr, 2022; Jensen *et al.*, 2025). Au Canada, le récent ouvrage de Karen Stote (2025) rapporte des conséquences d'une stérilisation forcée chez les femmes autochtones, telles que le déséquilibre hormonal, la dépression et la perte d'estime de soi, sans compter la résurgence de traumatismes antérieurs et le harcèlement en ligne pour celles qui ont osé la dénoncer publiquement.

L'analyse des données recueillies pour la présente recherche démontre que les VOG, incluant les stérilisations imposées, vécues dans le milieu médical, se répercutent sur les familles jusque dans leur espace intime, sur les hommes comme sur les femmes, sur les jeunes générations comme chez leurs aînés. Longtemps cachées, ces questions sont de plus en plus omniprésentes dans les esprits à mesure que la parole se libère. De nombreuses personnes témoignent de semblables cas dans leur entourage. Il peut s'agir de membres de la famille nucléaire (grand-mère, mère, sœur, fille, petite-fille) ou de la famille élargie (belle-sœur, tante, cousine, petite-cousine, conjointe d'un proche, etc.)<sup>25</sup>. Ce type de situation touche également les réseaux amicaux, de même que les résidents d'une même communauté.

### 3.2.1 Répercussions sur la santé psychologique

Les conséquences psychologiques, incluant un deuil de la maternité douloureux, sont également importantes. Les témoignages suivants se rapportent à des stérilisations survenues entre 1990 et 2007, alors que les participantes ont respectivement 23 ans, 30 ans et 27 ans :

Nous autres, on avait prévu d'avoir un autre enfant quand j'aurais 30 ans à peu près. (...) J'avais un gros deuil à faire. Je me suis aperçue après que j'avais vécu un traumatisme. (132-SI)

Ça m'a pris du temps de l'accepter parce que j'avais l'impression (...) que je n'avais plus rien (suite à l'hystérectomie). C'était comme un deuil quasiment que je peux dire parce que je voulais avoir d'autres enfants. (050-SI)

<sup>25</sup> Faute d'espace dans le présent rapport, les citations impliquant les membres de la famille élargie ont été retirées. Il faut toutefois garder à l'esprit que, en contexte autochtone, la famille est une institution centrale dans laquelle les structures de parenté sont élargies au point où les grands-tantes et les petites-cousines sont considérées comme des proches, d'une génération à l'autre (Guay et Grammond, 2012).

J'étais triste, je pleurais parce qu'après mon bébé, je voulais en avoir un autre et ça n'a jamais marché. Puis je ne savais pas qu'ils (les médecins) m'avaient enlevé ça (utérus). Je l'ai su seulement (récemment). (045-SI)

Un quatrième témoignage porte sur un cas de ligature non consentie à l'âge de 20 ans, mais ce n'est que 10 ans plus tard que les événements frappent davantage la participante :

Moi, je voulais avoir plein d'enfants. Au niveau psychologique, ça m'a atteint beaucoup en vieillissant. Au début, j'étais comme fâchée, en colère après eux parce qu'ils m'ont dit telle affaire alors qu'elle (autre médecin), elle m'a dit le contraire. Pourquoi? En 2017, ça, ça m'a vraiment frappée. L'impression de t'être fait avoir, (d'avoir été) trahie. (040-SI-VOG-SN-PS)

Les cas d'avortements imposés, une forme de VOG, apportent également leur lot de détresse et de silence. Le témoignage suivant fait état d'un premier avortement imposé sur deux, survenu en 1980 alors que la participante a 20 ans :

J'ai gardé ça secret pendant longtemps. J'ai parlé de ça avec un psychologue. J'ai été suivie pendant quelques années. Ça faisait du bien de le sortir. Mais sinon, c'est avec vous que j'en parle pour la première fois. (096-VOG-AI)

En 2001, malgré une césarienne d'urgence à l'âge de 32 ans, le bébé ne survit pas et il est difficile de faire son deuil dans de telles circonstances :

Je n'ai jamais pu tenir ma fille dans mes bras. Je n'ai jamais pu lui dire au revoir. (044-SI-VOG)

### 3.2.2 Répercussion sur la santé physique et sexuelle

Un grand nombre de témoignages relatent des expériences de douleur chronique ; « avoir tout le temps mal » semble être le sort réservé à de nombreuses femmes qui ont subi une stérilisation, sous une forme ou une autre. Les propos des participantes suivantes représentent bien cette conséquence. La première se fait poser un stérilet en 2001 à l'âge de 35 ans et la deuxième se fait « clipper » en 2012 à l'âge de 30 ans :

Plus tard, j'ai eu beaucoup mal au ventre, surtout à mon premier stérilet, souvent je me trouvais à l'urgence (avec un) mal de dos. (117-VOG)

Puis aujourd'hui, je peux dire, j'ai tout le temps mal au lieu que j'ai été « clippée ». Q. : Tu le sens toujours aujourd'hui ? R. : Bien, oui. J'ai mal ici. Depuis que j'ai eu ma césarienne, j'ai tout le temps mal. (041-SI-VOG)

La femme suivante a été stérilisée en 1974 à l'âge de 27 ans ; elle raconte son expérience à l'aide d'une interprète :

Après avoir subi l'opération, il y avait tout le temps (de) l'infection, puis ça piquait dans le vagin, puis ça l'a dérangée. Elle avait mal, elle avait de la misère à uriner. C'est toutes sortes de problématiques à long terme après là. (098-SI-VOG)

Certains témoignages vont jusqu'à faire état de « charcuterie » pour elle-même ou une proche parente (047-I-VOG et 081-TE-VOG). En 2004, une autre participante tente de déplacer la date d'une césarienne prévue afin d'éviter un médecin réputé pour faire de la « boucherie », tandis qu'une autre rapporte les propos d'un médecin au sujet d'un hôpital :

J'ai entendu le nom d'un des chirurgiens en gynéco et j'ai comme eu un flash. J'ai dit : « Non, non, je ne veux pas lui ! » C'est pour ça que j'ai décalé mon accouchement (par césarienne). Ma médecin m'a demandé pourquoi ? (J'ai répondu :) « Parce que c'est un boucher. On entend parler de lui, c'est un boucher ! » (107-SI-VOG)

Un médecin m'a même dit plus tard – pendant mes traitements de chimio – que c'était une « boucherie » à l'hôpital de (nom de la ville). (114-VOG)

D'autres participantes ont le sentiment que leur corps a été traité avec peu d'égard. C'est le cas lors d'une deuxième grossesse au début des années 1990 pour le premier témoignage et après une hystérectomie subie en 2003 pour le second :

En tout cas, il l'a bien exprimé mon gynécologue. Il a dit : « Il t'a charcutée. C'est juste ça que je peux te dire ». Il (a) dit : « Ce n'est vraiment pas une belle plaie que vous avez. » (084-VOG)

Je ne sais pas ce qu'elle a enlevé à mon corps, mais j'ai l'impression d'avoir été charcutée. (121-VOG)

Aussi, la vie sexuelle de quelques participantes a été directement altérée par la stérilisation et par les violences de divers ordres qu'elles ont subies (par exemple, la violence physique en étant laissée seule dans la douleur ou la violence verbale en se faisant traiter de «sale et sauvage»). En 2020, une participante apprend qu'elle a été ligaturée sept ans auparavant et la relation avec son conjoint change :

Puis, je n'ai plus de relations sexuelles non plus. Ce n'est plus... propre, je pourrais dire. Je ne sais pas, c'est comme si j'avais été complètement salie. (061-SI-VOG-SN-PS)

Les deux participantes suivantes constatent les conséquences sur leur sexualité d'une longue série de VOG survenue respectivement entre 1980 et 1994 et à la suite d'une hystérectomie en 2003 :

Tout ça fait un impact sur le corps, sur la sexualité. C'est comme un traumatisme. C'est épouvantable. J'ai raconté un peu, mais pas tout, à mon mari ce qui était arrivé. (089-VOG)

Et ce que je ressens, c'est qu'il y a eu un changement qui s'est passé dans mon corps après cette opération-là. J'ai plus le goût du tout de rien dans la vie sexuelle. (121-VOG)

### 3.2.3 Répercussions sur la féminité et la spiritualité

Trois participantes ont souligné que leur stérilisation avait affecté leur féminité et qu'il est difficile de mettre des mots sur une réalité aussi intime. La première a 20 ans, la deuxième, 30 ans et la troisième, 23 ans lors des événements :

Parce qu'à un moment donné, quand j'ai réalisé, en vieillissant, mon identité féminine a tombé. Je ne me sentais plus femme parce que je ne pouvais plus donner la vie. (040-SI-VOG-SN-PS)

J'ai encore la marque, ici, la marque de l'opération. C'est comme si ma féminité, j'avais plus ça. Je n'avais plus rien en dedans. (...) même après l'opération en revenant chez moi, ça a été très difficile à accepter. (050-SI)

La convalescence (de l'opération) était un peu difficile, c'était comme si j'avais perdu quelque chose de bien important dans ma féminité. (120-SI)

Cette dernière participante ajoute une dimension spirituelle :

Quand tu enlèves quelque chose, c'est vrai que ça brise une femme. Côté spirituel, quand tu regardes (ça). (...) à un moment donné, j'étais comme perdue. On dirait que je ne savais plus où j'étais en tant que femme. Encore aujourd'hui, je suis à la recherche. (041-SI-VOG)

Une participante ajoute que la ligature subie a changé son rapport à la spiritualité de sa nation, dont font notamment partie les pow-wow :

Qu'on m'aille enlever ça (la capacité d'enfanter). Je suis porteuse d'eau, je suis porteuse de vie. (...) Je me suis sentie tout ébranlée - je ne danse plus depuis trois ans. Je dansais dans les pow-wow, j'ai arrêté de danser, j'ai arrêté de faire des cérémonies, je porte à peine ma jupe. Quand je porte une jupe, c'est plus pour décoration, je ne la porte plus comme avant. (061-SI-VOG-SN-PS)

L'important lien entre féminité et spiritualité, deux dimensions de la vie qui sont spécifiquement liées en contexte autochtone, s'exprime par des rituels et des cérémonies propres aux femmes comme celles entourant le rôle des porteuses d'eau. Dans plusieurs cosmologies autochtones, les femmes qui portent les enfants dans leurs eaux ont également la responsabilité de la santé de l'eau de la terre (AFAC, 2020).

### 3.2.4 Répercussions sur le couple et la famille immédiate

Les événements et les discussions au cœur des témoignages suivants sont difficiles à situer dans le parcours de vie des participantes, puisqu'ils ont pour la plupart eu lieu au fil du temps, à la suite des épisodes de violences rapportées.

Comme plusieurs autres, une participante explique le fait qu'il peut être ardu de parler de sa situation, même avec son conjoint :

Je ne lui ai pas parlé à lui, je ne lui ai jamais dit (que j'avais eu les deux ovaires enlevés), il ne le sait pas. Je ne sais pas pourquoi je ne lui ai pas parlé. J'ai dû oublier tout ça. (113-SI)

Certaines participantes indiquent que leur conjoint est demeuré solidaire, compréhensif et empathique à la suite de la stérilisation imposée qu'elles ont subie (057-SI-VOG et 058-SI).

Une troisième dira :

Il était quand même sensible à ça, lui aussi. Il n'aimait pas ça me voir de même. (049-SI-VOG)

Une femme raconte qu'elle a pu compter sur son conjoint :

Et l'opération, c'était une grosse épreuve pour nous dans notre vie de couple. On était jeunes adultes. On s'est soutenus, et une chance qu'il était là. (120-SI)

Et une autre ajoute, à l'aide d'une interprète :

Son mari ne l'a pas bien vécu, lui non plus. Mais il l'a soutenue. (073-AI-SN)

Cependant, d'autres témoignages illustrent le manque de soutien du conjoint et la déloyauté qui en découlera, et qui ira jusqu'à entraîner une séparation dans certains cas :

Ça a changé des choses, ça a fait quasiment une chicane de couple. (086-SI-VOG)

Il n'était pas si attentionné que ça. Il ne s'occupait pas de moi. Je l'ai vécu seule. (040-SI-VOG-SN-PS).

La même participante ajoute :

Je ne lui en avais pas parlé, mais il l'a su, il était fâché. Il était vraiment fâché. Il me disait que j'avais fait ça (ligature imposée) derrière son dos. (040-SI-VOG-SN-PS)

Dans un contexte de violence familiale, une SI, elle-même un acte de violence, peut être prétexte à plus de violence de la part du conjoint. Ces femmes se retrouvent, par le fait même, doublement violentées. L'une d'elles raconte ceci :

Puis j'avais un conjoint assez méchant, cruel, que là, je me faisais dire : « Ah, tu as fait faire ça (ligature sans consentement) pour aller "fourrer" ailleurs. » (039-SI-VOG)

Quand la séparation est la seule option possible, des participantes s'expriment ainsi :

Il était un peu distant après ça. On n'a plus jamais été proches après ça. Il ne m'a pas aidée ni rien et il est parti. Je ne suis plus avec lui. Il a une autre vie maintenant, avec une autre famille. (055-SI)

Je savais que je ne pouvais pas avoir d'autres enfants, fait que lui... Il a eu une autre vie, il a fait d'autres enfants.

Q. : Vous êtes séparés après ça ?

R. : Oui. (066-SI)

Ça a brisé notre couple. Mon mari est allé voir ailleurs, il a fait des bébés ailleurs. (082-SI)

Une participante raconte partager le poids du deuil avec des membres de sa famille :

J'ai vu ma fille, je l'ai prise dans mes bras en pleurant, en lui disant tout ça. Elle aussi, elle pleurait avec moi. Elle a pleuré avec moi quand je lui ai dit qu'on m'avait enlevé mes ovaires et mon utérus. (045-SI)

Une autre participante veut s'assurer, en les accompagnant, que ses propres filles ou sa sœur ne vivent pas la même expérience négative qu'elle a vécue :

Q. Est-ce qu'elles ont des enfants ?

R. : Non, pas encore. Q. : OK. Tu vas les accompagner ?

R. : Oui, pour que ça se déroule bien. Je ne veux pas qu'elles revivent ce que j'ai vécu. Même (chose pour) ma petite sœur. (078-SI-VOG)

### 3.2.5 Continuum de violence historique

Un plus grand nombre de témoignages de survivantes des pensionnats a été recueilli dans le cadre de la phase II que dans le cadre de la phase I de la présente recherche. Le récit d'une participante permet de démontrer qu'en effet, le cycle des traumatismes dû au passage obligé des enfants autochtones dans les pensionnats, que le rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) (2015) qualifie de génocide culturel, a débuté plus tôt, contrairement à ce que démontrent les documents officiels. La participante s'y retrouve en 1951 :

J'avais quatre ans quand je suis arrivée au pensionnat. Les documents officiels disent que les enfants y étaient envoyés à l'âge de sept ans... J'avais quatre ans et, cette année-là, je ne suis pas allée à l'école (...). Ils m'ont gardée à l'intérieur et m'ont enfermée dans un placard. (...) On nous a renvoyés chez nous en juin et on est retournés à la fin du mois d'août. On a juste passé deux mois avec nos parents. (083-SI-VOG)

Cette autre participante parle, pour la première fois, de sa stérilisation et de la violence vécue dans sa famille. Même si ces événements ont eu lieu dans les années 1970, ils entraînent encore aujourd'hui leur lot de conséquences :

Ça ne fait pas tellement longtemps que j'ai commencé à parler (de mes traumatismes). Je ne parlais jamais à mes enfants. Je ne leur ai jamais parlé de ça (de ma stérilisation). (...) Comme j'ai été empêchée de parler au pensionnat. (048-SI-VOG)

Elle ajoute que, bien qu'il soit difficile de dénoncer de la violence dans un contexte intrafamilial, elle a été forcée d'avoir des relations sexuelles avec son conjoint et qu'elle avait une grossesse par année :

Il (mon mari) me chicanait tout le temps. Il déchirait mon linge. Il me battait. Mais moi, je ne parlais pas. Je ne disais rien. Je ne le disais même pas à personne d'autre. J'ai gardé ça pour moi toute seule. (...) Il m'avait déjà dit de ne pas en parler, puis si j'en parlais, il disait que ça allait être pire. Je n'en ai jamais parlé de choses-là. Aujourd'hui, je trouve ça dur, je n'en dis rien qu'un peu, j'ai de la misère. (048-SI-VOG)

Une autre participante est persuadée d'avoir été l'objet d'expériences pharmacologiques au pensionnat où elle a été envoyée au début des années 1960. Ces expériences médicales ou nutritionnelles ont été documentées dans les dernières années et s'inscrivent désormais parmi les traumatismes résultant des internements forcés dans les pensionnats (Durant *et al.*, 2024; Mosby, 2013). Cette participante affirme, à l'aide d'une interprète :

Elle est une survivante des pensionnats (...) elle dit que plusieurs autres femmes ont subi des expérimentations (prise de médicaments tous les matins) et cela aurait eu des impacts sur leur fertilité. (060-SI)

Certaines participantes ont raconté des expériences de VOG (comme le retrait d'un enfant à la naissance durant un séjour au sanatorium en 1956) vécues par leur mère, également survivantes des pensionnats, et se sont confiées sur la consommation d'alcool de ces dernières comme une façon de surmonter ces traumatismes :

La façon dont on a arraché l'enfant à ma mère, ç'a été violent. Puis, elle a gardé une amertume pendant toutes ces années. Des fois, je me dis que c'est peut-être ça qui explique que nos parents (...) ont consommé beaucoup, en plus de ce qui (leur) est arrivé au pensionnat, mais entre autres, la perte d'un bébé. On voyait beaucoup nos mères, quand elles prenaient de la bière, elles se mettaient à pleurer, pleurer, pleurer. Moi, j'ai vu ça beaucoup comme une forme de violence. C'est un traumatisme qu'elles ont vécu et qu'elles n'ont jamais pu résoudre. (070-TE-VOG)

En conséquence, plusieurs femmes des Premières Nations, d'une génération à l'autre, se sont éloignées des structures de soins de santé. Elles évitent les suivis de grossesse ou conservent un mauvais souvenir de leur passage à l'hôpital.

### 3.3 Stratégies de protection

L'une des stratégies de protection adoptées par les victimes des VOG est l'évitement partiel, ou complet dans certains cas, des services de santé. Bisch affirme que « beaucoup ont peur de retourner consulter, d'autres arrêtent tout suivi médical pour ne pas risquer de subir à nouveau des violences, même si c'est objectivement une perte de chance évidente pour leur santé » (Bisch, 2025, p. 17). Au Québec, une étude sur l'accès aux services de sages-femmes dans les communautés autochtones a révélé que malgré l'incompréhension et parfois l'obstruction du personnel soignant, plusieurs femmes arrivent accompagnées de membres de leur famille lors d'un rendez-vous de suivi ou pour l'accouchement (Basile *et al.*, 2023). Cette initiative représente une mesure de protection mise en place par la patientèle autochtone afin de perpétuer une façon de faire culturellement sécurisante et sert, par le fait même, à prévenir toutes les formes de violences. La même étude démontre comment la réintroduction des services de sages-femmes au sein des nations autochtones a permis de non seulement de réduire les coûts d'accès aux soins périnataux, mais également d'offrir des soins plus humains et sécurisants en plus de reconsolider le lien au territoire en y ramenant les naissances et les rituels qui y sont rattachés.

#### 3.3.1 Stratégies proposées

Selon les témoignages entendus, les stratégies et les moyens utilisés pour se protéger des VOG révèlent une prise de conscience claire du rapport de pouvoir qui caractérise leur relation avec le personnel soignant. Quatre types de stratégies sont proposés :

##### 1) Se faire accompagner pour éviter tout risque de maltraitance:

C'est pour ça qu'ils disent que c'est important maintenant que les personnes, les jeunes filles, même les kokoms devraient être toujours accompagnées. (039-SI-VOG)

Dans les hôpitaux, les femmes enceintes, je me demandais comment faire pour qu'on les accompagne, surtout les jeunes, comme à l'âge

que j'avais. Et comment ils parlent aux jeunes filles (...) de pas avoir peur si elles veulent garder leurs bébés, c'est leur choix. Pas leur parler tout de suite d'avortement. Quand j'y pense, c'est ça qui m'est arrivé et ça fait mal. (126-AI)

##### 2) Instaurer un réseau d'avis et de surveillance familiale:

Même mes parents, ma famille, ils me l'ont dit: « Si à un moment donné, ils veulent te rencontrer à l'hôpital dans ta chambre, qu'ils viennent te voir et qu'ils te proposent ça (la ligature), il ne faudrait pas que tu acceptes, il faut que tu dises non. » Mais moi, ils m'ont comme forcée et j'ai été obligée de dire oui. (068-SI)

##### 3) Faire lire le formulaire de consentement par une tierce personne lorsque l'on n'est pas en état de donner un consentement préalable, libre et éclairé:

Il devrait toujours y avoir deux personnes pour, qu'au moins, la personne lise c'est quoi que (l'autre) personne signe. (039-SI-VOG)

##### 4) Maîtriser la langue d'usage du personnel soignant:

Les deux accouchements ont eu lieu à (nom de la ville) et se sont très bien passés. Je parlais bien le français, c'est peut-être pour ça. (114-VOG)

##### 5) Être protégée par le fait de connaître des membres du personnel soignant

Ma mère était enseignante et elle était déjà connue par les médecins. (Pour cette raison) j'ai eu comme une protection. (073-AI-SN)

Face à ce qu'elles perçoivent comme des impositions, plusieurs participantes regrettent de ne pas avoir exprimé leurs pensées, ou ce qu'elles souhaitaient pour elles-mêmes. Elles regrettent même souvent de ne pas avoir posé davantage de questions au personnel soignant au sujet des interventions qui les concernaient. Certaines trouvent la force d'entamer une procédure de plainte, en dépit des difficultés que peut entraîner une telle démarche<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Voir l'annexe D pour un résumé de l'action collective que des femmes atikamekw nehirowisiw ont entreprise à la suite d'une stérilisation non consentie et voir l'annexe J pour un exemple de difficultés rencontrées lors d'un processus de plainte.

### 3.3.2 Décision de porter plainte ou non

Quelques participantes ont reçu du soutien dans le processus de dépôt d'une plainte pour un événement qui les concerne, comme une erreur quant au stade de leur grossesse, ce qui mènera à une césarienne «prématurée» pour l'une des participantes. Ce soutien, parfois cet accompagnement, est d'abord incarné par les infirmières, que ce soit pour encourager les femmes à porter plainte, ou encore parce qu'elles semblent être à l'avant-plan du processus de plainte :

Puis après la césarienne, il y a l'infirmière (nom) qui était venue me dire : «Fais faire une enquête là-dessus.» Selon elle, et toutes les autres infirmières, elles ont dit que ce n'était pas normal, ce qui m'était arrivé. Ça devait être une erreur médicale très grave. (061-SI-VOG-SN-PS)

La même participante ajoute qu'on la soupçonne d'avoir consommé de la drogue parce que son bébé est de petit poids, qu'on minimise la douleur ressentie et qu'on limite l'administration d'analgésiques :

Puis le lendemain quand je me suis réveillée, j'ai fait une plainte parce que je me faisais accuser d'être une droguée. (C'est) l'infirmière en chef qui est venue prendre ma déposition et j'ai insisté pour sortir de l'hôpital, même si j'avais encore des douleurs. (061-SI-VOG-SN-PS)

Puis, elle raconte qu'elle songe à porter plainte pour une stérilisation qu'elle a apprise neuf ans plus tard :

Je l'ai fait l'exercice, mais toute seule. Parce qu'on m'avait dit qu'il fallait que je dénonce, qu'il fallait que je témoigne. Ça fait trois ans que j'y travaille, mais des fois, c'est difficile. Je fais un bout, je m'arrête parce que là je suis trop émotive. Ce sont des décisions qu'ils (les médecins) prennent, mais ils ne savent pas ce qu'ils enlèvent, je pense. (061-SI-VOG-SN-PS)

Voici un autre exemple où on invite la participante à porter plainte :

(A)près cet examen-là, j'ai eu une fausse couche. J'ai perdu du sang par après. Je perdais du sang et j'allais à l'école à (nom de la ville) à cette époque-là, en 1990, et le médecin que j'avais vu à (autre ville) m'avait dit que je devrais porter plainte

parce qu'il (l'autre médecin) n'avait pas le droit de faire cet examen-là. Il m'a dit que c'est ça qui avait provoqué mes pertes de sang. (110-SI-VOG)

Beaucoup plus rarement, les femmes reçoivent le soutien d'un médecin. Ainsi, une participante raconte, à l'aide d'une interprète, qu'elle a eu le soutien d'un médecin en 2024 :

(Le) médecin actuel a demandé les dossiers médicaux de (nom de la personne) et lui a recommandé de porter plainte. Elle (la participante) a reçu le numéro de téléphone de (nom d'un cabinet d'avocats). (045-SI)

Certaines participantes ne savaient pas qu'elles pouvaient porter plainte, d'autres ont songé à le faire à une époque où elles étaient moins au fait des droits qu'elles avaient, mais elles n'ont finalement pas agi, faute de soutien ou parce qu'elles se sont fait décourager :

Q. : Avez-vous déposé une plainte après cela ?

R. : Non, j'y ai pas pensé à ce moment-là, et je savais même pas que j'avais le droit de le faire. (055-SI)

Q. : As-tu songé porter plainte ?

R. : Oui, dès le départ. Je ne l'ai pas fait parce que j'étais seule, avec deux enfants à charge. C'est une charge très lourde à porter. Je ne peux pas faire ça toute seule. À l'époque, je vivais de la violence conjugale, j'étais tout le temps en maison d'hébergement. J'avais un suivi avec la DPJ, ma mère était décédée, je ne vivais pas dans ma communauté. Je vivais dans un milieu urbain où on n'avait pas le droit d'être autochtone. On nous *pitchait* des roches parce qu'on parlait notre langue. Il fallait que je choisisse mes batailles. (107-SI-VOG)

Et là, je voulais faire une plainte avec ça. (...) Et je suis allée faire une plainte. (Le) Dr (nom), je l'ai vu, je l'ai rencontré. J'avais demandé un rendez-vous avec lui pour voir si je pouvais porter plainte, mais lui il m'a dit : «Eh bien non ! Tu ne peux pas !» (053-SI)

À la suite d'un examen vaginal exceptionnellement long qui se transforme en attouchement non consenti, une participante raconte :

On a voulu entamer une poursuite. On m'a dit que je n'étais pas toute seule, qu'il y en a d'autres personnes aussi qui avaient subi ça. On m'avait nommé les noms. Mais on nous a dit : «Ça va être long. Vous êtes mieux de laisser tomber ça. C'est le médecin qui va gagner.» (039-SI-VOG)

Enfin, une participante a choisi de ne pas porter plainte et elle explique pourquoi :

Moi, quand j'ai dit que je ne porterais pas plainte, on dirait que j'ai comme mis ça de côté puis j'ai continué d'avancer. (047-SI-VOG)

Entre celles qui se rendent jusqu'au bout du processus de plainte difficile et celles qui choisissent volontairement de ne pas s'aventurer sur cette piste se situe un large éventail de positionnements qui révèlent la complexité de cette question. Une même femme peut décider de porter plainte après une réflexion de plusieurs années alors qu'une autre ne poursuivra pas la même démarche, découragée par la lourdeur du processus. Ce décalage résulte notamment de l'opacité des informations transmises aux femmes qui, en plus de ne pas toujours être conscientes du tort qui leur a été infligé et qui l'apprennent parfois plusieurs années plus tard, ne connaissent pas toujours leurs droits en matière de santé reproductive.

### 3.4 Mesures réparatrices

Depuis quelques années à peine, des femmes autochtones qui ont vu les autorités étatiques et religieuses s'investir dans le contrôle de leur corps et de leur santé reproductive durant des siècles revendiquent des **mesures réparatrices**. En octobre 2024, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes créé par l'Organisation des Nations unies (ONU) a rendu une décision historique concernant les femmes autochtones au Pérou, déclarant que la politique gouvernementale qui a conduit à leur stérilisation peut constituer un crime contre l'humanité et exhortant le gouvernement péruvien à mettre en place un programme global de réparation (ONU, 2024). Plusieurs

des femmes touchées sont toujours dans l'attente d'une réponse à ces revendications. Au Groenland, à la suite du dépôt d'un rapport d'enquête qui recense des actions réparatrices pour la santé des femmes (Jensen *et al.*, 2025), la première ministre du Danemark a offert des excuses officielles et a annoncé, à l'automne 2025, la mise en place d'un Fonds de réconciliation destiné aux femmes victimes de la campagne de pose de stérilet imposée. Au Canada en 2024, la création du Cercle des survivantes pour la justice reproductive, incluant l'implantation d'un registre et d'un fonds d'aide à la guérison, l'adoption d'un plan d'action pour des soins consentis, respectueux et sécurisants en contexte autochtone par le Collège des médecins du Québec (CMQ, 2024) ainsi que le dépôt d'un projet de loi fédérale visant la criminalisation de la stérilisation forcée donnent un espoir aux femmes autochtones victimes de stérilisation imposée. La mise en œuvre de ces mesures réparatrices peut être considérée comme un point de départ dans les efforts de réconciliation entre les États concernés et les femmes autochtones.

Selon les témoignages entendus, certains couples, à la suite d'une stérilisation, vont accueillir d'autres enfants sous leur toit, parfois pour combler la perte de futures grossesses et pour se consoler. Ce phénomène n'est pas inconnu chez les Premières Nations et les Inuit, l'adoption coutumière a longtemps été, et l'est toujours, une manière de prendre soin les unes et les uns des autres ainsi que de maintenir le réseau d'entraide communautaire :

C'est sûr et certain que là, je ne pouvais plus avoir d'enfants. Mais je savais qu'il y avait un manque quand même, même si j'avais des enfants à la maison. On est une famille qui est unie. Une grosse famille. Ça fait que je me suis jetée sur les enfants de ma famille. J'ai été famille d'accueil, tu sais, pour combler qu'est-ce qu'on m'avait pris. Parce que je considère qu'il (le personnel soignant) m'avait pris le droit de donner la vie. (047-SI-VOG)

C'est ça, je lui (conjoint) en avait parlé. Je lui ai dit : «On va faire quelque chose. On va garder des enfants.» Une de mes sœurs m'a proposé (...) Elle m'a donné sa fille pour quelque temps. Je l'ai gardée. (057-SI-VOG)

---

J'ai été famille d'accueil (...) Je prenais des bébés, des ados, en urgence. C'était pour aider la communauté, mais aussi pour compenser pour les deux (enfants) que je n'ai pas eus. (108-SI-VOG)

Eh bien, j'ai gardé des enfants qui étaient placés.

Q. : Famille d'accueil ?

R. : Oui, j'en ai gardé beaucoup, plusieurs (enfants). Ça ne fait pas longtemps que j'ai arrêté. (057-SI-VOG)

Enfin, les cérémonies et les rituels entourant la grossesse et l'accouchement revêtent une importance particulière pour les femmes des Premières Nations. Bien qu'elles se vivent principalement dans la sphère privée, les cérémonies dites « traditionnelles » sont fondamentales dans le domaine de la périnatalité, elles deviennent des piliers de l'identité des peuples autochtones chez qui « le bébé in utero occupe d'ailleurs une place centrale au sein du processus de grossesse » (Basile et al., 2023, p. 30). Dans l'extrait suivant, une femme exprime le besoin d'une cérémonie afin de tourner la page à la suite d'une fausse couche au troisième trimestre :

S'il y avait eu une cérémonie, j'aurais pu commencer à faire mon deuil. (076-SI-VOG)

# Conclusion

L'analyse des témoignages recueillis lors de la phase II permet de confirmer qu'il y a eu davantage de cas de violences obstétricales et gynécologiques (VOG), incluant des cas de stérilisation imposée (SI), que l'échantillon de la phase I de la recherche, c'est-à-dire 35 témoignages entendus et 20 autres qui n'avaient pas pu être réalisés à ce moment-là. Avec l'ajout de 97 entretiens lors de la phase II, l'ensemble des 132 témoignages entendus démontrent que les femmes des Premières Nations font face à une forme de discrimination systémique, une notion qui inclut le racisme, spécifique au fait qu'elles soient autochtones. Les chiffres et les extraits de témoignages démontrent que les VOG de nature verbale, émotionnelle et psychologique peuvent s'être produites seules, mais qu'elles sont dans la plupart des cas accompagnées d'une autre forme de VOG, dont une stérilisation imposée (SI). Comme constaté dans la phase I, les préjugés tenaces sur la consommation de substances et le « trop » grand nombre d'enfants que les femmes autochtones engendrent se retrouvent toujours aux premières loges du système de santé qui les accueille. Selon les témoignages recueillis, les VOG de nature physique et sexuelle se sont manifestées notamment à travers de multiples exemples de négligence s'appuyant sur un autre préjugé tenace selon lequel les femmes autochtones sont plus tolérantes à la douleur que les allochtones.

La deuxième phase de cette recherche a permis d'ajouter à cette première forme de VOG des violences de nature discriminatoire en fonction de l'origine ethnique, comme celles faisant explicitement référence à des événements liés à des signalements à la naissance, à la méprise devant la tache mongoloïde, à la prise de sang sur le bébé sans consentement et à des avortements imposés, et ce, parce qu'elles étaient des femmes autochtones. Plusieurs de ces événements sont survenus sous le couvert d'un profond paternalisme, d'un sexisme implicite et d'une infantilisation assumée de la part du personnel soignant, raffermissant ainsi un flagrant déséquilibre de pouvoir entre les prestataires de soins et la patientèle.

Les stérilisations imposées, réalisées dans un contexte de communication déficiente, d'absence d'accompagnement et de consentement, de confusion dans les interventions proposées et de césarienne planifiée ou non, ont profondément affecté et traumatisé les femmes concernées et leur famille. Plusieurs de ces femmes ne se sont fait offrir que la ligature des trompes comme moyen de contraception alors que de solutions de remplacement auraient pu leur être proposées. Lorsque d'autres moyens de contraception sont déployés (Depo-Provera, stérilet ou autres hormones synthétiques) ou qu'on leur refuse ces derniers, les femmes concernées estiment que leur agentivité est niée et qu'elles n'ont pas le contrôle sur leur propre santé reproductive.

Le déséquilibre de pouvoir entre personnes soignantes et soignées, créé par une absence d'échange d'information, un climat de peur et la présence de préjugés tenaces envers les femmes autochtones, placent ces dernières face à un mur d'obstacles à franchir afin d'avoir accès à des soins équitables et respectueux. Malgré tout, les participantes ont trouvé la force de souligner les bons soins qu'elles ont aussi parfois reçus, démontrant ainsi leur capacité d'évaluer les conditions favorables et défavorables auxquelles elles ont été soumises lors de consultations ou en recevant des soins médicaux.

Les violences vécues se répercutent sur la santé psychologique, physique et sexuelle des femmes rencontrées, et elles laissent des séquelles indélébiles sur leur féminité et leur spiritualité, des piliers de l'identité en contexte autochtone. Les violences rapportées se répercutent également sur le couple, la famille, voire la communauté. En somme, personne n'est épargné. La confiance envers le système de santé s'en trouve forcément ébranlée et plusieurs femmes autochtones vont éviter autant que possible d'y avoir recours par la suite.

Les VOG, incluant les SI, s'inscrivent dans un continuum de violence auquel les peuples autochtones ont fait face et qui les afflige encore aujourd'hui. Le caractère analogue des expériences relatées par les femmes qui ont participé à la présente recherche indique certes qu'une forme de traitement différentiel entre femmes autochtones et allochtones leur a été apportée, mais également que ce traitement était fort similaire d'une Première Nation à l'autre, d'une région à l'autre. En d'autres mots, les résultats de cette recherche démontrent la présence d'un racisme systémique. Pour ces raisons, les VOG devraient désormais s'ajouter à la longue liste de formes de traumatismes (imposition de la *Loi sur les Indiens*, sédentarisation forcée, passage obligé dans les pensionnats indiens, rafle des années 1960 – retrait et placement massif d'enfants autochtones par les services sociaux, disparition et assassinat de filles et de femmes autochtones, retrait et disparition d'enfants dans le système de santé et des services sociaux et retrait de l'accès au territoire et à l'économie) subis par les peuples autochtones au Québec.

La citation suivante illustre habilement le niveau d'attention que l'on doit porter aux VOG afin de bien saisir l'ampleur de leurs retombées :

La reproduction autochtone demeure une menace pour l'économie politique, car elle est liée à la pérennité des droits, des responsabilités et du lien des peuples autochtones avec les territoires dont d'autres dépendent à des fins lucratives. Le lien direct entre cette situation et le racisme systémique envers les Autochtones réside dans le contexte historique et matériel qui rend les femmes autochtones vulnérables à la stérilisation forcée (Traduction libre) (Stote, 2025, p. 177).

La recherche de vérité sur les parcours et les expériences des femmes des Premières Nations dans le système de santé et des services sociaux, au Québec, demeure une étape fondamentale pour envisager, à terme, des rapports plus justes, sécuritaires et respectueux. Plus qu'une étape indispensable pour créer les conditions d'un mieux-être durable et d'une confiance institutionnelle renouvelée, cette recherche de vérité apporte la promesse d'arriver à se dire un jour que « tout va bien ».

## Retombées de la recherche

Le rapport de la phase I de la présente recherche, publié en novembre 2022, a eu des retombées inattendues. En plus de l'adoption d'une Déclaration d'engagement pour assurer le consentement préalable, libre et culturellement éclairé dans les services de santé offerts aux filles et aux femmes des Premières Nations au Québec (APNQL, 2022), les éléments suivants ont certainement contribué à la décision des femmes concernées de participer à la phase II de la recherche :

- Il a été présenté à plus de 80 reprises, en français comme en anglais, en présentiel et en ligne, à diverses instances, dont plusieurs communautés des Premières Nations, ainsi qu'au Sénat canadien, au Rapporteur spécial des Nations unies sur les droits des peuples autochtones, à la présidente d'Amnistie internationale et auprès des commissaires de l'Enquête sur la pose de stérilet forcée au Groenland.
- Il a connu une importante couverture médiatique avec plus de 80 articles et reportages à la radio, à la télévision et sur le Web, au Québec, au Canada anglais ainsi qu'ailleurs dans le monde.
- Il a été inclus dans nombre de plans de cours et listes de lectures dans des cégeps et des universités au Québec.
- Il a inspiré des œuvres d'art de femmes artistes des Premières Nations, un personnage fictif dans une émission de télévision, un scénario de film et un documentaire en développement.
- Il a permis de justifier l'ajout d'un indicateur sur les VOG dans l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations au Québec (ERS4) lancée en 2022.
- Il a reçu le Prix d'excellence en recherche et création, volet Réalisation décerné par l'Université du Québec en septembre 2023.
- Il a permis la réintroduction du projet de loi sur la sécurisation culturelle piloté par le Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit (SRPNI). La loi a été adoptée en décembre 2024.

- Il a inspiré le Collège des médecins du Québec (CMQ) dans la mise en place d'un groupe de travail sur le sujet et l'adoption d'un plan d'action, incluant un préambule à son Code de déontologie en juin 2024.
- En 2024, l'équipe de recherche a publié un chapitre de livre et en 2025, un article scientifique à partir des résultats de la phase I. De plus, un article publié dans la revue scientifique *The Lancet* en 2023 fait référence au rapport de recherche de la phase I.

Tout comme lors de la phase I de la présente recherche, les participantes de la phase II étaient accompagnées durant leur témoignage, soit par une personne significative de leur entourage, par une intervenante ou par une interprète. Elles étaient également contactées à nouveau une semaine après l'entretien afin d'assurer leur bien-être. Certaines d'entre elles ont indiqué à l'équipe de recherche que le fait d'avoir mis des mots sur leur expérience leur a fait un grand bien et qu'elles se sentaient moins seules avec leur vécu (040-SI-VOG-SN-PS, 041-SI-VOG, 057-SI-VOG, 078-SI-VOG). À l'aide d'une interprète, une participante mentionne :

Elle a gardé ça (la ligature) tout l'temps en elle... Elle n'a pas eu l'opportunité d'en parler, mais là, présentement, elle en parle. (092-SI-VOG)

D'autres femmes ont décidé de témoigner après avoir entendu parler de la recherche et elles nomment les retombées attendues :

J'ai ouvert (la radio) et j'ai entendu l'ancienne présidente des Femmes autochtones (du Québec) qui parlait de ça (...) il me semble que ça me concerne parce que c'est le médecin qui a décidé quand j'ai été ligaturée. (101-SI)

Moi je trouve que déjà, les recherches que vous faites, ça aide à faire avancer les consciences. Ça permet de documenter tout ça, puis ça donne une crédibilité, on peut dire : « On n'est pas menteuses. C'est vrai. » Ça, c'est essentiel. (046-TE-VOG)

Tout ce que je souhaite, c'est qu'ils (les médecins) se rendent compte de ce qu'ils ont fait, qu'ils comprennent vraiment ce qu'ils ont fait. Parce que ça ne nous quittera jamais. Et ça affecte toutes les familles. (055-SI)

Il est souhaité que le rapport de la phase II de la recherche permette de jeter un éclairage plus large sur les conséquences de l'histoire coloniale sur la vie des femmes des Premières Nations de plusieurs générations au Québec. Il est également souhaité que la voix des femmes autochtones ne soit plus ignorée et que leurs expériences, négatives comme positives, du système de santé et des services sociaux, soient prises en compte dans l'établissement de nouveaux services, lois et règlements. À titre d'exemple, la *Loi sur la sécurisation culturelle*, adoptée par le gouvernement du Québec en décembre 2024, en plus de ne pas impliquer les partenaires autochtones dans son élaboration, évacue la notion de relation de pouvoir entre prestataire de soins et patientèle, exacerbant ainsi les risques de perpétuer les iniquités en santé (Belaid *et al.*, 2025). De plus, cette loi ignore complètement l'existence du racisme systémique soulevé et dénoncé notamment par le Principe de Joyce (2020), le Plan d'action de l'APNQL sur le racisme et la discrimination (2020) et la Déclaration d'engagement pour assurer le consentement préalable, libre et culturellement éclairé dans les services de santé offerts aux filles et aux femmes des Premières Nations au Québec (APNQL, 2022). Il est souhaitable que les rapports de recherche, comme le présent document ainsi que toutes les autres contributions scientifiques, puissent alimenter les réflexions et exercices législatifs à venir au Québec et au Canada afin que les filles et les femmes autochtones puissent vivre dans une société sécuritaire.

Enfin, les femmes qui ont participé à la présente recherche ont fait preuve d'un courage hors du commun en établissant des stratégies de protection et des mesures réparatrices qu'elles ont mobilisées. Elles ont développé une forte résilience et elles ont su combattre les préjugés tenaces envers elles et les autres, allant parfois jusqu'à s'interposer entre le personnel soignant et une patiente. Malgré l'ampleur de leur récit, elles ont nommé la volonté de guérir et de faire en sorte que la prochaine génération de femmes autochtones soit mieux informée de son histoire et de ses droits afin que les VOG à leur égard ne se reproduisent plus jamais.

## Limites de la recherche

Bien que davantage de recherches sur les stérilisations imposées aient été réalisées au cours des trois dernières années au Canada, comme ailleurs dans le monde, leur nombre et leur portée demeurent somme toute limités. L'équipe de recherche a pu mettre la main sur certains documents restés inconnus ou inaccessibles jusque-là et a ainsi démontré que des cas de stérilisations imposées, et d'autres types de violences, ont été dénoncés au Québec dans les années 1970-1980. Cependant, aucune recherche dans les archives médicales (institutionnelles ou personnelles) n'a pu être effectuée dans le cadre de cette phase II. L'intention première de la présente recherche (phases I et II) était de démontrer que des VOG et des SI ont bel et bien été pratiquées au Québec en donnant une voix aux femmes autochtones, rendant ainsi leurs récits accessibles.

Le sujet des VOG se retrouve au cœur de l'intimité de la vie reproductive des femmes concernées et demeure indéniablement sensible. Ce constat se joint aux raisons qui ont été évoquées pour participer ou non à la recherche. Parfois, les femmes ont proposé une rencontre en ligne, après le passage de l'équipe de recherche dans la communauté, ou encore dans un lieu anonyme à l'extérieur de la communauté, afin qu'aucune corrélation ne puisse être faite entre elles et la recherche. D'autres, au contraire, ont invité publiquement d'autres femmes à participer à la recherche. Malgré la tenue de discussions préalables ou la prise de rendez-vous, certaines femmes n'ont pas pu témoigner en raison de leur indisponibilité au moment du passage de l'équipe de recherche. Pour d'autres, la charge émotionnelle était trop lourde à porter, ou elles n'étaient pas certaines de la nature des interventions subies, et ont préféré ne pas ouvrir ce pan de leur vie pour le moment.

Le choix difficile de retirer certains thèmes qui ont émané des entretiens a dû être pris, faute d'espace dans le présent document. Ces thèmes abordaient les enfants autochtones disparus ou décédés dans des établissements de santé; les expériences vécues dans les sanatoriums; le poids de la religion ressenti par les femmes;

les conséquences de la disparition du rôle des sages-femmes autochtones, de la disposition du fœtus décédé et du placenta; ainsi que les conséquences des VOG sur la famille élargie, voire la communauté. Il est proposé de ramener ces informations sous forme de fascicule ou de fiche d'information, séparés du rapport de recherche.

Enfin, en dépit des efforts déployés pour rejoindre l'ensemble des Premières Nations au Québec, certaines d'entre elles ne sont pas représentées dans l'échantillon de la recherche. L'équipe de recherche s'est rendue dans certaines de ces communautés afin d'y présenter les résultats de la phase I, sans pour autant y réaliser des entretiens dans le cadre de la phase II. Il est souhaité qu'elles n'aient simplement aucun cas de VOG, incluant une stérilisation imposée, à rapporter.

## Recommandations

### Pour toutes les instances

1. Respecter et mettre en œuvre les recommandations de la phase I qui n'ont pas été entièrement réalisées jusqu'à présent<sup>27</sup>.
2. Déployer tous les efforts nécessaires pour que soient éradiqués les actes médicaux discriminatoires basés sur l'origine ethnique.

### Pour les instances des Premières Nations

3. Veiller au respect et à la mise en œuvre de la *Déclaration d'engagement pour assurer le consentement préalable, libre et culturellement éclairé dans les services de santé offerts aux filles et aux femmes des Premières Nations au Québec* de l'APNQL et de la CSSSPNQL (2022).
4. Mettre en place un mécanisme de surveillance des soins de santé sexuelle et reproductive, notamment pour documenter les cas de violences obstétricales et gynécologiques (VOG) et de stérilisations imposées (SI) chez les femmes des Premières Nations.
5. Éduquer et sensibiliser les femmes et les jeunes filles des Premières Nations quant à leur droit à dénoncer les mauvais traitements reçus avant, pendant ou après un accouchement, ou pour tout autre motif lors de consultations gynécologiques ou médicales liées à leur grossesse.

### Pour les instances gouvernementales (fédérale et provinciale)

6. Reconnaître la présence de discrimination systémique dans le système de santé au Québec.
7. Présenter des excuses officielles aux femmes des Premières Nations ayant subi des VOG et des SI.
8. Reconnaître les VOG et les SI commises contre les femmes des Premières Nations comme un traumatisme, à l'instar des autres formes de traumatismes issues du colonialisme (pensionnats indiens, rafle des années 1960 – retrait et placement massif d'enfants autochtones par les services sociaux, femmes et filles autochtones disparues et assassinées, enfants disparus dans les établissements de santé et des services sociaux, etc.).
9. Établir un moratoire sur la destruction des dossiers médicaux susceptibles d'appartenir à des personnes issues des Premières Nations et mettre en place un identifiant ethnoculturel afin de faciliter la collecte et le traitement de données désagrégées concernant les membres des Premières Nations.
10. Assurer une prise en compte des enjeux de santé et de services sociaux des Premières Nations par la Commissaire nationale aux plaintes et à la qualité des services.
11. Diriger une partie des cinq millions de dollars annuels (pendant cinq ans) du budget 2026-2027 du gouvernement du Québec pour la création et le financement d'un poste consacré à la surveillance et à la formation des soins gynécologiques et obstétricaux au sein d'une instance des Premières Nations reconnue et désignée par les décideurs politiques des Premières Nations au Québec.

<sup>27</sup> Voir l'**annexe K** pour consulter l'état de réalisation des recommandations de la phase I.

## Pour le Collège des médecins du Québec (CMQ) et tous les ordres professionnels du domaine de la santé sexuelle et reproductive

12. Évaluer et diffuser les retombées du Plan d'action *Pour des soins consentis, respectueux et sécurisants. Rapport du groupe de réflexion sur les interruptions de grossesse et les stérilisations imposées aux femmes des Premières Nations et Inuit au Québec* du CMQ, adopté en 2024.
13. Intégrer officiellement le préambule proposé en juin 2024 par le groupe de travail au Code de déontologie du CMQ.
14. Faciliter l'accès et l'accompagnement (avec un ombudsman) au processus de plainte du CMQ et des autres ordres professionnels pour les femmes des Premières Nations.
15. Codévelopper avec les Premières Nations et rendre obligatoire une formation sur le consentement, la sécurisation culturelle et les actes discriminatoires basés sur l'origine ethnique à l'ensemble des médecins, des sages-femmes et des autres professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux travaillant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.
16. Rendre la formation universitaire de la pratique de sages-femmes accessible en langue anglaise.
17. Proposer la signature d'une Déclaration commune des ordres professionnels concernés au Québec. Ce geste vise la décolonisation des pratiques en santé, en services sociaux et en justice sociale. Il contribuera à la mise en œuvre de la sécurisation culturelle dans les environnements professionnels, incluant la reconnaissance de l'autodétermination jusque dans la santé reproductive.

# Liste des références

Agence France-Presse in Beijing. (2020, 20 juin) China sterilising ethnic minority women in Xinjiang, report says. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/jun/29/china-sterilising-ethnic-minority-women-in-xinjiang-report-says>

Amnistie internationale (AI). (2015). *Solidarité avec les femmes autochtones: Ne fermons pas les yeux*. Amnistie internationale.

Anderson, K. (2011). *Life stages and Native women. Memory, teachings, and story medicine*. University of Manitoba Press.

Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL). (2014). *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador*. Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador. [https://apnql.com/wp-content/uploads/2024/02/protocole\\_recherche\\_fr\\_web.pdf](https://apnql.com/wp-content/uploads/2024/02/protocole_recherche_fr_web.pdf)

Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL). (2022). *Déclaration d'engagement pour assurer le consentement préalable, libre et culturellement éclairé dans les services de santé offerts aux filles et aux femmes des Premières Nations au Québec*. Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador. <https://cssspnql.com/produit/declaration-dengagement-pour-assurer-le-consentement-prealable-libre-et-culturellement-eclairer-dans-les-services-de-sante-offerts-aux-filles-et-aux-femmes-des-premieres-nations-au-quebec/>

Association des femmes autochtones du Canada (AFAC). (2020). *Les femmes autochtones et l'évaluation d'impact. Rapport final*. Association des femmes autochtones du Canada. <https://nwac-afac.ca/assets-knowledge-centre/Indigenous-Women-and-Impact-Assessment-Final-Report-FRN-1.pdf>

Association des femmes autochtones du Canada (AFAC). (2022). *Inconduites, disparitions et assassinats: L'expérience du racisme envers les Autochtones dans les soins de santé reproductive chez les femmes, les filles, les personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre, et le génocide des femmes, des filles, des personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre autochtones disparues et assassinées*. Association des femmes autochtones du Canada.

Basile, S., Bouchard, P. et Brodeur-Girard, S. (2022, 14 décembre). (Lettre ouverte) Les pratiques médicales imposées aux femmes autochtones doivent cesser. *Espaces autochtones - Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1941217/femmes-autochtones-sterilisation-dossier-medical-colonialisme-suzy-basile>

Basile, S., Comat, I. et Cornellier, F. (2023). *Accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec*. (Rapport de recherche). Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1521>

Basile, S., Comat, I., Montambault, P. et Cardin, S. (2023). *Consolidation du lien au territoire de femmes innues et atikamekw par la grossesse et l'accouchement*. (Rapport de recherche). Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1512>

Begay, R. C. (2004). Changes in childbirth knowledge. *American Indian Quarterly*, 28(3/4), 550-565. <http://www.jstor.org/stable/4138922>

Belaid, L., Garakani, T. et Maillet, L. (2025). La sécurisation culturelle est-elle suffisante pour prévenir le racisme systémique et réduire les iniquités en santé? Regard critique sur le projet de loi 32. *Santé Publique*, 37 (1), 53-58. <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2025-1-page-53>

Bisch, S. (2025). Les Violences Obstétricales et Gynécologiques (VOG) au cœur des Violences Sexistes et Sexuelles (VSS). *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, (43), 15-22. <https://hal.science/hal-05050688>

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A. et Tunçalp, Ö. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 12 (6), e1001847. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001847&type=printable>

Bohren, M. A., Vazquez Corona, M., Odiase, O. J., Wilson, A. N., Sudhinaraset, M., Diamond-Smith, N., Berryman, J., Tunçalp, Ö. et Afulani, P. A. (2022). Strategies to reduce stigma and discrimination in sexual and reproductive healthcare settings: A mixed-methods systematic review. *PLoS Global Public Health*, 2 (6), e0000582. <https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0000582>

Bouchard, P., Basile, S. et Brodeur-Girard, S. (2026). Violation des droits fondamentaux, stérilisations imposées et évitement des services de santé pour des femmes autochtones au Québec. *FéminÉtudes*, 25, 120-147.

Boyer, Y. et Bartlett, J. (2017). *External review: Tubal ligation in the Saskatoon health region: The lived experience of Aboriginal women*. <https://senatorboyer.ca/wp-content/uploads/2021/09/Tubal-Ligation-in-the-Saskatoon-Health-Region-the-Lived-Experience-of-Aboriginal-Women-Boyer-and-Bartlett-July-11-2017.pdf>

Cable, E. (2023, 29 juin) Traumatic birth experiences at Anna Laberge. *The Eastern Door*, 32 (25). <https://easterndoor.com/2023/06/29/traumatic-birth-experiences-at-anna-laberge/>

Cable, E. (2023, 23 août). Continued complaints at Anna Laberge. *The Eastern Door*, 32 (33). <https://easterndoor.com/article/continued-complaints-at-anna-laberge>

Cárdenas-Castro, M. et Salinero-Rates, S. (2023). The continuum of violence against women: Gynecological violence within the Medical Model in Chile. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37, 7 pages. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100891>

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). (2013). *Comprendre le racisme*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. [https://www.ccnca.ca/525/Comprendre\\_le\\_racisme.nccih?id=103](https://www.ccnca.ca/525/Comprendre_le_racisme.nccih?id=103)

Chambers, C., Hasebe-Ludt, E., Donald, D., Hurren, W., Leggo, C. et Oberg, A. (2008). Métissage: A research praxis. Dans J. G. Knowles et A. L. Cole (dir.), *Handbook of the arts in qualitative research. Perspectives, methodologies, examples, and issues* (p. 141-154). SAGE Publications Inc.

Chapman, L. et Magos, A. (2008). Female sterilization. *Expert Review of Medical Devices*, 5 (4), 525-537. <https://doi.org/10.1586/17434440.5.4.525>

Chirif, A. (2021). *Perú: Las esterilizaciones forzadas, en la década del terror. Acompañando la batalla de las mujeres por la verdad, la justicia y las reparaciones*. Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas, IWGIA et Demus. <https://iwgia.org/en/documents-and-publications/documents/535-iwgia-peru,-las-esterilizaciones-en-la-decada-del-terror-publicacion-2021/file.html>

Collège des médecins du Québec (CMQ). (2023). *Mémoire Projet de loi n° 32: Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux*. <https://cms.cmq.org/files/documents/memoires/mem-cmq-pl-32-securisation-culturelle.pdf>

Collège des Médecins du Québec (CMQ). (2024). *Pour des soins consentis, respectueux et sécurisants. Rapport du groupe de réflexion sur les interruptions de grossesse et les stérilisations imposées aux femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*. Collège des Médecins du Québec. <https://cms.cmq.org/files/documents/Avis-et-prises-de-position/rap-inter-grossesse-sterilisations-202406.pdf>

Comité sénatorial permanent des droits de la personne (CSPDP). (2022). *Les cicatrices que nous portons: La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada - Partie II*. Sénat du Canada. [https://sencanada.ca/content/sen/committee/441/RIDR/reports/RIDR\\_ForcedSterilization\\_F.pdf](https://sencanada.ca/content/sen/committee/441/RIDR/reports/RIDR_ForcedSterilization_F.pdf)

Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics: écoute, réconciliation et progrès (CERP). (2019). *Rapport final*. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics: Écoute, réconciliation et progrès. <https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/guides/fr/commissions-d-enquete-au-quebec-depuis-1867/7738-commission-viens>

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2022). *Consentement libre et éclairé et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et des Inuit au Québec. Rapport final*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. <https://files.cssspnql.com/s/oPVHFaKlp8uw5oF>

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2025). *Taux d'accouchement assistés (total) parmi les accouchements vaginaux*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.

Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR). (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. McGill-Queen's University Press. <https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/1-Honorer-la-verite-reconcilier-pour-lavenir-Sommaire.pdf>

Commission des droits de la personne et de la jeunesse (CDPDJ). (2021). *Document de réflexion sur la notion de « racisme systémique »*. Commission des droits de la personne et de la jeunesse. [https://www.cdpcj.gc.ca/storage/app/media/publications/document\\_reflexion-racisme-systemique.pdf](https://www.cdpcj.gc.ca/storage/app/media/publications/document_reflexion-racisme-systemique.pdf)

Connor, J. T. H. (2019). "For her own safety and the good of society at large": Eugenics, sterilization, and Anglo-American transnationalism in Newfoundland, 1928–1934. *Acadiensis: Journal of the History of the Atlantic Region / Revue d'histoire de la région atlantique*, 48 (1), 32-59. <https://muse.jhu.edu/article/724301>

Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw (CAM et CNA). (2020). *Principe de Joyce*. Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw. [https://principedejoyce.com/sn\\_uploads/principe/Principe\\_de\\_Joyce\\_FR.pdf](https://principedejoyce.com/sn_uploads/principe/Principe_de_Joyce_FR.pdf)

Cree Women of Eeyou Istchee Association (CWEIA). (2018). *Statement on ashtemhaagaanawao experienced by women during birthing*. Cree Women of Eeyou Istchee Association. [https://cweia.ca/images/CERP\\_Birthing\\_issue\\_statement\\_Oct\\_2018\\_Final1.pdf](https://cweia.ca/images/CERP_Birthing_issue_statement_Oct_2018_Final1.pdf)

de Montigny, F., Zeghiche, S. et de Montigny-Gauthier, P. (2020). Le décès périnatal comme bifurcation temporelle: Les parcours de vie de femmes après une fausse couche. *Aporia*, 12 (1), 36-46. <https://uottawa.scholarsportal.info/ottawa/index.php/aporia/article/view/4836/3935>

Desrosiers, G. (1999). Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir: Conférence inaugurale du 51<sup>e</sup> congrès de l'Institut d'histoire de L'Amérique française, octobre 1998. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53 (1), 3-18. <https://id.erudit.org/iderudit/005395ar>

Drolet, M.-J. et Viscogliosi, C. (2019). Ébauche d'une éthique interculturelle pour l'ergothérapie en contexte autochtone: sur la base des résultats d'une recherche empirique et d'une recension des écrits. *Ethica*, 22 (2), 63-104. [https://www.uqar.ca/app/uploads/2024/06/Drolet\\_Viscogliosi.pdf](https://www.uqar.ca/app/uploads/2024/06/Drolet_Viscogliosi.pdf)

Drouin, C.-É. (2022) Les navigateurs de services, pour la santé des patients autochtones. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1920665/securisation-culturelle-sante-innu-accompagnateur-stanley-vollant>

Durant, S., Jeyamohan, A. E., Campbell, E. et Lawford, K. (2024). Conceptualizing risk for pregnant Indigenous peoples accessing maternity care in Canada: A critical interpretive synthesis. *Social Sciences & Humanities Open*, 9, 8 pages. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590291123003789>

Dyck, E. et Lux, M. (2016). Population control in the "Global North"? : Canada's response to Indigenous reproductive rights and neo-eugenics. *Canadian Historical Review*, 97 (4), 481-512. <https://doi.org/10.3138/chr.Dyck>

Dyck, E. et Lux, M. (2020). *Challenging choices. Canada's population control in the 1970s*. McGill-Queen's University Press.

Dyer, C. (2021). China forced Muslims in Xinjiang to be sterilised and have abortions, concludes tribunal. *BMJ*, 375, 1 page. <https://doi.org/10.1136/bmj.n3124>

Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA). (2019). *Une analyse juridique du génocide*. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. [https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-supplémentaire\\_Genocide-1.pdf](https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-supplémentaire_Genocide-1.pdf)

Ferron-Parayre, A., Bernier, D., Bedard, M.-J. et Lacroix, M. (2024, 9 juillet). Voici comment reconnaître et prévenir la violence obstétricale et gynécologique. *The Conversation*. <https://theconversation.com/voici-comment-reconnaitre-et-prevenir-la-violence-obstetricale-et-gynecologique-227990>

Finestone, E. et Stirbys, C. D. (2017). Indigenous birth in Canada. Reconciliation and reproductive justice in the settler state. Dans H. Tait Neufeld et J. Cidro (dir.), *Indigenous experiences of pregnancy and birth* (p. 176-202). Demeter Press.

Gaumer, B. et Desrosiers, G. (2004). L'Histoire des CLSC au Québec : Reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau. *Ruptures: Revue Transdisciplinaire en Santé*, 10 (1), 52-70. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=16937282>

Giger, J. N. et Haddad, L. (2020). *Transcultural Nursing - E-Book: Assessment and Intervention* (8<sup>e</sup> éd.). Elsevier Health Sciences. [https://books.google.ca/books?id=XCWKCwAAQBAJ&pg=PA176&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.ca/books?id=XCWKCwAAQBAJ&pg=PA176&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Gouvernement du Canada (GC). (2024). *Plan d'action national du Canada pour la Décennie internationale des langues autochtones (2022-2032)*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/campagnes/celebrons-langues-autochtones/decennie-internationale/plan-action-national.html>

Grekul, J., Krahn, A. et Odynak, D. (2004). Sterilizing the "Feeble-minded": Eugenics in Alberta, Canada, 1929-1972. *Journal of Historical Sociology*, 17 (4), 358-384. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6443.2004.00237.x>

Guay, C. et Grammond, S. (2012). Les enjeux de l'application des régimes de protection de la jeunesse aux familles autochtones. *Nouvelles pratiques sociales*, 24 (2), 67-83. <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2012-v24-n2-nps0633/1016348ar/>

Haahr Pedersen, S. (2022, May 21). Appel til Danmark: Undersøg ansvaret for spiralkampagnen. *KNR - Kalaallit Nunaata Radioa. Greenland Broadcasting Corporation*. [https://knr.gl/da/nyheder/appel-til-danmark-unders%C3%B8g-ansvaret-spiralkampagnen?fbclid=IwAR0kEKwsslqckfDvUlfJ3rHm\\_jX6KgNz8Jikrbijv-VZw7zfJWPmQN\\_HgBw](https://knr.gl/da/nyheder/appel-til-danmark-unders%C3%B8g-ansvaret-spiralkampagnen?fbclid=IwAR0kEKwsslqckfDvUlfJ3rHm_jX6KgNz8Jikrbijv-VZw7zfJWPmQN_HgBw)

Heidinger, L. (2022). *La victimisation avec violence et les perceptions à l'égard de la sécurité : Expériences des femmes des Premières Nations, métisses et inuites au Canada*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2022001/article/00004-fra.pdf?st=J39oeOBE>

Heino, A. N. (2018). *Toward a better understanding of the chronic pain experiences of Indigenous women who experience violence: Implications for nursing education, practice and research*. (Mémoire de maîtrise). University of British Columbia. <https://open.library.ubc.ca/collections/42591/items/1.0365526>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2022). *Déterminants de la consommation d'alcool chez les jeunes Autochtones vivant en communauté et en milieu urbain*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3235-determinants-consommation-alcool-jeunes-autochtones.pdf>

Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ). (2024). *Portrait des accouchements au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/preparation-accouchement/portrait>

Jensen, T., Jensen, B., Bang Bourup, E., Reimer, G. A., Olesen, I., Herrmann, J. R., Christiansen, M. et Seidelin, M. (2025). *Uvildig udredning af antikonceptionspraksis i Kalaallit Nunaat i perioden 1960-1991*. Statens Institut for Folkesundhed et Ilisimatusarfik - Grønlands Universitet. <https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2025/uvildig-udredning-af-antikonceptionspraksisi-kalaallit-nunaat-i-perioden-1960-1991>

Kamel, G. (2021). *Rapport d'enquête. Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès POUR la protection de LA VIE humaine concernant le décès de Joyce Echaquan*. Bureau du coroner, Gouvernement du Québec. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4645546>

Kluchin, R. M. (2007). Locating the voices of the sterilized. *The Public Historian*, 29 (3), 131-144. <https://www.jstor.org/stable/10.1525/tph.2007.29.3.131>

Lawford, K., Bourgeault, I. L. et Giles, A. R. (2019). "This policy sucks and it's stupid:" Mapping maternity care for First Nations women on reserves in Manitoba, Canada. *Health Care for Women International*, 40 (12), 1302-1335. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1639706>

Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L. et Rousseau, C. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : Une analyse conceptuelle. *Recherches féministes*, 31 (1), 219-238. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1050662ar>

Lux, M. K. (2016). *Separate beds: A history of Indian hospitals in Canada, 1920s-1980s*. University of Toronto Press. <https://utorontopress.com/9781442663114/separate-beds>

McKenzie, H. A., Varcoe, C., Nason, D., McKenna, B., Lawford, K., Kelm, M.-E., Wajuntah, C. O., Gervais, L., Hoskins, J. et Anaquod, J. (2022). Indigenous women resistance of colonial policies, practices and reproductive coercion. *Qualitative Health Research*, 32 (7), 1031-1054. <https://doi.org/10.1177/10497323221087526>

Mercredi, M. et Fire Keepers. (2024). *Sacred Bundles Unborn* (2<sup>e</sup> éd.). Friesen Press.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025, 12 mars). *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/taux-d-hysterectomie-et-de-ligature/>

Mosby, I. (2013). Administering colonial science: Nutrition research and human biomedical experimentation in Aboriginal communities and residential schools, 1942-1952. *Histoire sociale/Social history*, 46 (1), 145-172. <https://doi.org/10.1353/his.2013.0015>

Neufeld, H. T. et Cidro, J. (2017). *Indigenous experiences of pregnancy and birth*. Demeter Press.

ONU Femmes. (2025, 19 novembre). *Faits et chiffres: Mettre fin à la violence à l'égard des femmes*. <https://www.unwomen.org/fr/articles/faits-et-chiffres/faits-et-chiffres-mettre-fin-a-la-violence-a-legard-des-femmes>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021). *Améliorer les soins aux Premières Nations et aux Inuit en contrant le racisme*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/5537-enonce-position-premieres-nations-inuit-web.pdf>

Organisation des Nations Unies (ONU). (2024). *Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard de femmes. Observations finales du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes*. Organisation des Nations Unies. <https://docs.un.org/fr/CEDAW/C/CAN/CO/10>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2014). *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins*. Organisation mondiale de la santé. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134589/WHO\\_RHR\\_14.23\\_fre.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?sequence=1)

O'Sullivan, M. D. (2016). Informing red power and transforming the second wave: Native American women and the struggle against coerced sterilization in the 1970s. *Women's History Review*, 25 (6), 965-982. <https://doi.org/10.1080/09612025.2015.1083229>

Pérez D'Gregorio, R. (2010) Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111 (3), 201-202. [https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo\\_-\\_violencia\\_obstetrica\\_-\\_legislacao\\_na\\_venezuela.pdf](https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf)

Pickles, C. (2024). «Everything is obstetric violence now»: Identifying the violence in «Obstetric Violence» to strengthen socio-legal reform efforts. *Oxford Journal of Legal Studies*. 29 pages. <https://doi.org/10.1093/ojls/gqae016>

Regroupement naissances respectées (RNR). (2019, 28 mai). *Stop VOG - Violences obstétricales et gynécologiques*. <https://stopvog.fr/>

Schoen, J. (2001). Between choice and coercion: Women and the politics of sterilization in North Carolina, 1929-1975. *Journal of Women's History*, 13 (1), 132-156. <https://doi.org/10.1353/jowh.2001.0034>

Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit (SRPNI). (2025). *Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement. Rapport annuel 2024-2025*. Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/secretariat-premieres-nations-inuit/plans-rapports/rapport-annuel\\_enfants-autochtone-disparus-2024-2025.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/secretariat-premieres-nations-inuit/plans-rapports/rapport-annuel_enfants-autochtone-disparus-2024-2025.pdf)

Services aux Autochtones Canada (SAC). (2019). *Cadre de travail sur le transport pour raison médicale du programme des Services de santé non assurés (SSNA) pour les Premières Nations et les Inuit (Version provisoire)*. Gouvernement du Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1579891130443/1579891286837>

Shaheen-Hussain, S., Lombard, A. et Basile, S. (2023). Confronting medical colonialism and obstetric violence in Canada. *The Lancet*, 401, 1763-1765. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01007-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01007-3)

Simpson, L. B. (2006). Birthing an Indigenous resurgence. Decolonizing our pregnancies and birthing ceremonies. Dans D. M. Lavell-Harvard et J. Corbiere Lavell (dir.), *«Until our hearts are on the ground»*. *Aboriginal mothering, oppression, resistance and rebirth* (p. 25-33). Demeter Press.

Statistique Canada et Assemblée des Premières Nations (SC et APN). (2021). *Un aperçu : Membres inscrits des Premières Nations au Canada*. Statistique Canada et Assemblée des Premières Nations.

Stote, K. (2015). *An act of genocide. Colonialism and the sterilization of aboriginal women*. Fernwood Publishing.

Stote, K. (2022). From eugenics to family planning: The coerced sterilization of Indigenous women in post-1970 Saskatchewan. *Native American and Indigenous Studies*, 9 (1), 102-132. <https://doi.org/doi:10.1353/nai.2022.0013>

Stote, K. (2025). *The genocide continues. Population control & the sterilization of Indigenous women*. Fernwood Publishing.

Theobald, B. (2021). *Reproduction on the reservation: Pregnancy, childbirth, and colonialism in the long twentieth century*. University of North Carolina Press. <https://uncpress.org/book/9781469653167/reproduction-on-the-reservation/>

Vasquez del Aguila, E. (2006). Invisible women: Forced sterilization, reproductive rights, and structural inequalities in Peru of Fujimori and Toledo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6 (1), 109-124. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/von1/von1a10.pdf>

Webb, D. (2024). *La stérilisation forcée et contrainte des femmes et des filles autochtones au Canada : Comprendre cette pratique et comment y mettre fin*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://issuu.com/nccah-ccnsa/docs/fs-forced-sterilization-fr-web>

World Health Organization (WHO). (2014). *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: An interagency statement*. World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112848/9789241507325\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112848/9789241507325_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## Annexe A – Violences obstétricales et gynécologiques dénoncées par le passé au Québec

Les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) envers les femmes autochtones ont été documentées et dénoncées à quelques reprises dans les années 1970 et 1980. Si certains cas ont été directement portés à l'attention du Collège des médecins du Québec (CMQ), d'autres ont fait l'objet de rapports d'enquête et d'une certaine couverture médiatique.

Par exemple, au début des années 1970, le Dr Richard Nelson, qui pratiquait la médecine dans certaines communautés autochtones au Québec, dont Mistissini, avait appris que des réparations d'épisiotomies se faisaient à froid sur des femmes eeyouch (cries) à l'hôpital de Chibougamau. On justifiait cette pratique par la croyance que les Autochtones étaient insensibles à la douleur<sup>28</sup>. Le Dr Nelson avait alors dénoncé la situation auprès du CMQ. Quelques mois plus tard, on l'avait informé qu'une enquête avait été menée et qu'on enjoignait aux médecins concernés d'effectuer des anesthésies locales avant de faire les points de suture nécessaires à la suite d'une épisiotomie. À l'époque, ce même hôpital a aussi mis en place une structure de soins pour les Autochtones ainsi qu'un corridor de communication entre les communautés et l'hôpital, à la satisfaction de tout le monde (Nelson *et al.*, 1978).

En 1980, Thérèse Lagacé rédige un document intitulé *Historique de l'Association des femmes autochtones du Québec 1974-1980* dans lequel elle rapporte une liste de conséquences de l'application de la *Loi sur les Indiens* sur les femmes autochtones ainsi qu'une série de manquements graves au sein de plusieurs secteurs, dont celui de la santé. Elle fait référence à diverses enquêtes qui ont été menées au Québec et dénonce, entre autres, «les expériences médicales faites sur la population autochtone» (Lagacé, 1980, p. 78), le manque d'interprètes (p. 79) et revendique «que la ligature des trompes soit pratiquée en dernier ressort pour des raisons médicales et non sociales. Que la patiente accepte en toute connaissance de cause après un mois de

réflexion» (p. 81). Il est possible de constater que déjà à cette époque les pratiques de stérilisation à l'égard des femmes autochtones étaient courantes et qu'elles faisaient l'objet d'une dénonciation publique.

De plus, en 1975 et en 1982, deux vastes études portant sur les soins et les conditions de santé des communautés autochtones ont été menées au Québec. Elles ont donné lieu à la publication de rapports intitulés *Rapport sur la santé et les services de santé des Indiens du Québec* à l'Association des Indiens du Québec (Remis *et al.*, 1975) et *Étude sur les services de santé des réserves attikameks et montagnaises – Des services communautaires, ça se prend en main...* (Dagenais, 1982). Tous les deux faisaient état d'incidents de maltraitance obstétricale et gynécologique, même s'ils n'étaient pas désignés ainsi à l'époque.

Le premier rapport, réalisé à la demande de l'Association des Indiens du Québec<sup>29</sup>, a mené une équipe de médecins dans 14 communautés autochtones afin de dresser un portrait complet des services et soins de santé disponibles. Notant d'emblée l'écart considérable entre le taux de mortalité infantile chez les Autochtones (24,56 pour 1 000 naissances) et celui du Québec en général (16,4 pour 1 000 naissances), les autrices et auteurs ont souligné plusieurs lacunes dans les soins et traitements offerts aux femmes autochtones et à leurs nourrissons (Remis *et al.*, 1975). Par exemple, «dans au moins trois dispensaires», les femmes enceintes ne subissent aucun prélèvement sanguin «pendant toute la période prénatale – qui relève exclusivement des (i)nfirmières dans les postes éloignés» (Remis *et al.*, 1975, 1-5 – 1-6). Or, ces prélèvements s'avèrent nécessaires pour détecter des infections transmissibles sexuellement (alors désignées sous le terme de «maladies vénériennes»), déterminer le groupe sanguin et identifier la présence d'anticorps. Il est ainsi possible de prévenir des pathologies comme la syphilis congénitale et l'érythroblastose foetale (Remis *et al.*, 1975). Par ailleurs, les autrices et auteurs

<sup>28</sup> Voir aussi l'article de Shaheen-Hussain, S., Lombard, A. et Basile, S. (2023). Confronting medical colonialism and obstetric violence in Canada. *The Lancet*, 401, 1763-1765. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01007-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01007-3). Ces violences ne sont pas sans rappeler les expériences gynécologiques sans anesthésie ni consentement du Dr Marion Sims aux États-Unis sur des femmes esclaves dans les années 1840. Sims a longtemps été considéré comme le «père» de la gynécologie aux États-Unis et comme un bienfaiteur dans le domaine de la santé des femmes. (Washington, 2006, p. 128).

<sup>29</sup> Cette association est l'ancêtre de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL).

ont noté que des cytologies gynécologiques (tests PAP) n'étaient réalisées que dans certaines communautés, alors qu'elles étaient déjà connues pour leur efficacité à prévenir le cancer du col de l'utérus et la mortalité y étant associée à l'époque (Remis *et al.*, 1975).

Commandée par le Conseil Attikamek-Montagnais (CAM) et réalisée dans huit communautés innues et trois communautés atikamekw, la deuxième étude a été dirigée par le Dr Louis Dagenais. Basée sur de nombreuses sources, dont des entretiens avec des membres des communautés concernées ainsi que du personnel soignant travaillant dans les dispensaires, cette étude dénonçait diverses atteintes aux droits des femmes autochtones. Par exemple, l'équipe du Dr Dagenais avait constaté que l'allaitement maternel des femmes atikamekw était particulièrement découragé dans les centres hospitaliers. La section du rapport concernant Opitciwan soulignait qu'à l'hôpital, on «ne respect(ait) pas la volonté des mères d'allaiter leurs enfants» (Dagenais, 1982, p. 113). De façon similaire, la section consacrée à Wemotaci rapportait que «les femmes qui ont accouché ont toutes les misères du monde pour allaiter leurs enfants parce qu'on ne leur amène pas les enfants» (Dagenais, 1982, p. 144).

De plus, l'étude du Dr Dagenais dénonçait clairement et sans équivoque les stérilisations imposées aux femmes autochtones. Une entrevue avec le comité de santé de Wemotaci permettait entre autres de conclure que l'absence d'agent de liaison et d'interprète à l'hôpital de La Tuque :

(conduit) à des situations très incorrectes. Par exemple, les gens ne savent pas toujours pourquoi ils ont été opérés ni les implications. On nous a souligné les cas de plusieurs femmes qui ont subi des hystérectomies et d'autres la ligature des trompes et qui ne savaient pas que les menstruations ne reviendraient pas ou qu'elles seraient stériles, ce qui est très grave (Dagenais, 1982, p. 144).

Le rapport ne laissait aucun doute quant à l'invalidité du consentement obtenu auprès de patientes et patients ne parlant ni français ni anglais et vivant dans des contextes culturels méconnus du personnel soignant. Dans la conclusion générale du rapport, l'auteur soulignait par ailleurs que «les services hors réserves sont caractérisés par beaucoup d'incompréhensions: par exemple, la gravité et les conséquences de certaines

opérations chirurgicales sont incomprises, nous sommes donc très loin du consentement éclairé» (Dagenais, 1982, conclusion non paginée).

À l'époque, la parution de l'étude commandée par le CAM avait reçu une certaine attention médiatique (Gaudreault, 1982; Tourangeau, 1982a, b, c, d, e, f, g, h; Trudel, 1982). En juin 1982, *Le Soleil*, *La Presse* et *Le Droit* ont tous publié un article du journaliste Pierre Tourangeau qui traitait entre autres des stérilisations imposées aux femmes autochtones. Le journaliste s'était lui-même rendu dans la communauté atikamekw d'Opitciwan où il avait «rencontré plusieurs femmes qui ont vécu semblables situations ou qui en connaissent qui l'ont vécu». Il ne s'agissait «donc pas de quelques cas isolés». (Tourangeau, 1982a). Des années plus tard, il racontait que les femmes atikamekw stérilisées «avaient en dessous de 30 ans, souvent des femmes de 24-25 ans parce que l'on considérait qu'elles avaient assez d'enfants: 4-5» (Tourangeau, cité dans Josselin, 2022). Tourangeau avait aussi rencontré le directeur de l'étude, le Dr Dagenais, qui expliquait que «(p)lusieurs femmes étaient surprises de ne plus enfanter et nous ont assuré que bien qu'elles aient accepté de subir une opération, elles ne voulaient pas être stérilisées». Dagenais considérait «les médecins fautifs» à cet égard. Au-delà des «barrières de langue et de culture», il blâmait «certaines attitudes, de racisme, disons-le», qui faisaient en sorte que l'information fournie aux femmes autochtones était «insuffisante» pour qu'elles puissent consentir de manière libre et éclairée à la procédure (Dagenais, cité dans Tourangeau, 1982a, A5).

La publication du rapport de même que l'attention médiatique qu'on lui a portée laissent penser que les actrices et acteurs de l'époque (gouvernements provincial et fédéral, CMQ, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec) devaient minimalement être au courant des stérilisations imposées aux femmes autochtones.

## Références

- Dagenais, L. (1982). *Étude sur les services de santé des réserves attikameks et montagnaises. Des services communautaires, ça se prend en main...* Conseil Attikamek-Montagnais.
- Gaudreault, L. (1982, 10 mai). Des services de santé «sous-développés». *Le Soleil*, A-5.
- Josselin, M-L. (2022, 22 décembre). Stérilisation forcée de femmes autochtones: une amnésie collective. *Espaces autochtones – Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1942566/sterilisations-autochtones-rapport-quebec-gouvernement-sante-presse>.
- Lagacé, T. (1980). *Historique de l'Association des femmes autochtones du Québec 1974-1980*. Femmes autochtones du Québec.
- Nelson, R., Brunet, J., et Raymond, R. (1978). *Services de santé auprès des Indiens du Québec*. Secrétariat des activités gouvernementales en milieu amérindien et inuit (SAGMAI), Gouvernement du Québec.
- Remis, Stewart et Gill (1975). *Rapport sur la santé et les services de santé des Indiens du Québec à l'Association des Indiens du Québec*, Caughnawaga, Québec.
- Tourangeau, P. (1982a, 16 juin). Le massacre tranquille d'un peuple. *Le Soleil*, A-5.
- Tourangeau, P. (1982b, 17 juin). Le tiers-monde au Québec. *Le Soleil*, A-5.
- Tourangeau, P. (1982c, 17 juin). Les Indiens survivent de peine et de misère dans de minuscules réserves. *La Presse*, C-2.
- Tourangeau, P. (1982d, 18 juin). À l'endroit des Indiens: les attitudes discriminatoires. *La Presse*, C-1.
- Tourangeau, P. (1982e, 19 juin). Maintenus dans le sous-développement: les Indiens traqués par la tuberculose. *La Presse*, E-2.
- Tourangeau, P. (1982f, 22 juin). Un peuple meurtri, mais bien déterminé. *Le Droit*, 1-14.
- Tourangeau, P. (1982g, 22 juin). Santé: un pays sous-développé. *Le Droit*, 1-14.
- Tourangeau, P. (1982h, 23 juin). Des conditions qui deviennent meurtrières. *Le Droit*, 1-43.
- Trudel, C. (1982, 29 avril). Le Conseil Attikamek-Montagnais réclame l'autodétermination en matière de santé. *Le Devoir*, 8.
- Washington, H. A. (2006). *Medical apartheid: The dark history of medical experimentation on black Americans from colonial times to the present*. New York: Doubleday.

## Annexe B – Déclaration d’engagement pour assurer le consentement préalable, libre et culturellement éclairé dans les services de santé offerts aux filles et aux femmes des Premières Nations au Québec

### Déclaration d’engagement pour assurer le consentement préalable, libre et culturellement éclairé dans les services de santé offerts aux filles et aux femmes des Premières Nations au Québec



« Vos grands-mères et vos arrière-grands-mères inspiraient le plus grand respect dans nos communautés, car elles donnaient la vie. Elles étaient les gardiennes de nos traditions, de nos pratiques et de nos coutumes. (...) Le statut sacré des femmes était bien reconnu puisqu’elles mettaient une nouvelle vie au monde. Les femmes étaient vénérées pour leur capacité non seulement à créer une nouvelle vie, mais aussi à créer un nouveau lien avec le Créateur. Les bébés qui naissaient recevaient la loi du Créateur et avaient la responsabilité de former de nouvelles relations d’une bonne manière et d’une manière équilibrée. Les grands-mères, les mères et les femmes prenaient des décisions importantes concernant la famille, la propriété et l’éducation. Les principes sous-jacents de l’équilibre entre les hommes et les femmes et les rôles qu’ils jouaient au sein de la société constituaient la base d’une bonne vie. [traduction libre] » (Boyer, 2021: 13)

Boyer, Y. (2021). *Fairy wings and Gossamer The forced sterilization of Indigenous women in Canada, dans Sacred bundles unborn, M. Mercredi (dir.), Friesen Press, p. 12-18.*



Toutes les filles et les femmes des Premières Nations ont droit au consentement préalable, libre et éclairé, sans préjudice à l’égard de toute intervention pratiquée sur leur corps et spécifiquement en matière de santé sexuelle et reproductive. Toute décision des filles et des femmes des Premières Nations doit émaner d’une consultation médicale respectueuse, sans pression ni violence, et sans discrimination. Elles ont le droit de prendre une décision fondée sur leurs propres systèmes de valeurs, leur culture et leurs croyances.

Les droits en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris la protection contre les stérilisations imposées et toutes les autres formes de violences obstétricales, sont protégés par divers instruments de droit. Sur le plan international, la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* prévoit, à l’article 24, le droit à la santé; les Autochtones ont le droit d’avoir accès, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé et ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. L’article 3 prévoit quant à lui que les peuples autochtones ont le droit à l’autodétermination; celui-ci comprend le droit inhérent à l’autonomie gouvernementale, y compris en matière de santé sexuelle et reproductive.

À l’échelle nationale et régionale, la *Charte canadienne des droits et libertés* ainsi que la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec reconnaissent les droits à l’intégrité, à la vie et à la sécurité, à la non-discrimination et à l’information. La personne responsable de l’intervention médicale a l’obligation de fournir l’information nécessaire, mais également de s’assurer que la personne qui consulte a compris les informations fournies. Cette dernière doit donc pouvoir accepter ou refuser l’intervention médicale « en toute connaissance de cause ». Les filles et les femmes des Premières Nations ont également le droit inhérent de recevoir les explications nécessaires dans leur langue portant sur la nature, le but et les conséquences possibles de l’intervention, du traitement ou de l’acte médical prescrit. Cette obligation est encore plus forte lorsqu’il s’agit d’une intervention chirurgicale non essentielle, non urgente et possiblement irréversible, comme une stérilisation. Sans consentement, une intervention sur le corps d’autrui est un acte criminel de voies de fait.

La déficience et l’iniquité en matière de prestation de services envers les Premières Nations sont documentées depuis plusieurs années. La Commission royale sur les peuples autochtones (1991-1996) en a fait état, de même que la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2008-2015), ainsi que l’Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (2016-2019), qui dénonce la pratique de stérilisation forcée et souligne son incidence dans l’analyse juridique du génocide. Au Québec, la Commission d’enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec (2016-2019) et le *Rapport d’enquête concernant le décès de Joyce Echaquan* (2021) ont aussi fait une démonstration éloquente du racisme systémique dans le contexte des soins de santé.

En continuité avec les travaux effectués sur le plan national concernant les stérilisations imposées au Québec, une recherche a été menée en collaboration avec plusieurs organisations autochtones. Les Premières Nations au Québec prennent appui sur les droits des peuples autochtones pour dénoncer vigoureusement la situation révélée par les résultats de recherche en matière de stérilisations imposées des femmes autochtones et pour que des mesures soient prises afin que les situations de stérilisations imposées et de violences obstétricales cessent.

Nous, Cheffes/Chefs des Premières Nations au Québec, qui composons le Grand cercle de nos nations (APNQL) en tant que leaders, responsables des politiques, décideurs et membres d’une nation, réaffirmons le droit pour les filles et les femmes à des services de santé culturellement sécuritaires qui respectent les normes les plus élevées en matière d’éthique, y compris au consentement préalable, libre et éclairé à toute intervention médicale. Cet engagement est essentiel à la sécurité et à la protection de l’ensemble de notre population, et tout particulièrement à celles des filles et des femmes des Premières Nations. Cet énoncé d’engagement est ancré dans le respect des principes suivants :

- 1) l’accès à des services de santé culturellement sécuritaires;
- 2) des consultations médicales éthiques et
- 3) le droit au consentement préalable, libre et éclairé.



### 1) L'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ CULTURELLEMENT SÉCURITAIRES

Les services de santé culturellement sécuritaires doivent :

- Être offerts dans le respect de l'identité culturelle de la personne qui consulte, viser l'atteinte de l'équité en matière de santé et être exempts des relations de pouvoir néfastes ou des préjugés et stéréotypes entretenus par le système de santé.
- Assurer que le prestataire de service connaisse les effets de la colonisation ainsi que les déterminants sociaux de la santé spécifiques aux Premières Nations.
- Assurer que la personne qui consulte ait accès à des services d'interprète dans sa langue maternelle, qu'elle comprenne toutes les informations transmises par le professionnel de la santé, qu'elle soit en confiance avant, pendant et après le service et qu'elle puisse intégrer la médecine traditionnelle à son plan de traitement si souhaité.

### 2) DES CONSULTATIONS MÉDICALES ÉTHIQUES

Les filles et les femmes des Premières Nations ont des droits en tant qu'utilisatrices des services du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Tout usager a droit à l'information, à l'accès à des services de qualité ainsi qu'au respect de son consentement. Les droits des filles et des femmes doivent être respectés et les prestataires de services doivent agir dans le plus grand intérêt de la personne qui consulte. En ce sens, les prestataires de services doivent prendre en considération la culture, la langue ainsi que les déterminants sociaux de la santé des Premières Nations.

### 3) LE DROIT AU CONSENTEMENT PRÉALABLE, LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Le consentement préalable, libre et éclairé est impératif en amont de toute intervention médicale en matière de santé sexuelle et reproductive. Il est basé sur le respect de l'inviolabilité de la personne humaine, la liberté individuelle et l'autonomie, qui empêche d'imposer à quiconque un traitement contre son gré, et sur le précepte fondamental selon lequel les individus sont les mieux placés pour juger de leurs propres intérêts. Le consentement éclairé requiert au minimum :

- Que le professionnel explique la nature, les effets, les risques, les avantages et les options par rapport à l'acte médical, de même qu'il communique tous les éléments nouveaux qui surviennent durant le processus de soins, le tout de manière adaptée à la situation particulière de la personne qui consulte, son niveau de connaissance et sa compréhension.
- Que la personne qui consulte comprenne l'explication et puisse, au besoin et en respect avec le droit fondamental de l'utilisation des langues autochtones, être accompagnée d'un interprète.
- Que les décisions soient prises volontairement par la personne qui consulte et que le consentement soit consigné adéquatement.

Le choix éclairé consiste en un processus décisionnel fondé sur une conversation sans réserve avec la patiente dans un contexte non urgent et non autoritaire. Il fournit à la patiente autonomie et contrôle, et s'appuie sur d'autres formes de connaissances, notamment les valeurs, les expériences vécues et les relations de la personne qui consulte. Le choix et le consentement éclairé doivent être compris, respectés et mis en pratique tout au long de la prestation de services de santé, par les professionnels, les associations et les organismes de réglementation des soins de santé et d'autres secteurs.

Nous, soussignés, prenons les engagements suivants :

#### L'ENGAGEMENT EN MATIÈRE D'APPROPRIATION DU POUVOIR D'AGIR

- Nous reconnaissons le droit des filles et des femmes des Premières Nations de prendre des décisions en toute connaissance de cause et de manière libre et éclairée à l'égard de leur santé sexuelle et reproductive.

#### L'ENGAGEMENT EN MATIÈRE DE GUÉRISON

- Nous reconnaissons que des stérilisations imposées ainsi que d'autres formes de violences obstétricales ont lieu dans les établissements du réseau de la santé au Québec.
- Nous appuyons les filles et les femmes des Premières Nations dans les stratégies de guérison de leur choix (p. ex. : excuses, reconnaissance et indemnité).

#### L'ENGAGEMENT EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

- Nous encourageons activement l'éducation et la sensibilisation misant sur le choix et le consentement préalable, libre et éclairé des individus et des organisations dans l'ensemble des secteurs et des domaines afin que les filles et les femmes des Premières Nations connaissent leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive.

#### L'ENGAGEMENT EN MATIÈRE DE CESSATION

- Nous réclamons l'arrêt immédiat de la stérilisation imposée, comme le stipule la motion adoptée par l'Assemblée nationale en septembre 2021, ainsi que toutes les autres formes de violences obstétricales perpétrées sur les filles et les femmes des Premières Nations au Québec. Par l'adoption à l'unanimité de cette motion, l'Assemblée nationale s'est engagée à condamner le recours à des procédures de stérilisation chez les filles et les femmes sans consentement préalable, libre et éclairé, et à exiger que le premier ministre convoque le président du Collège des médecins du Québec afin que soient pris tous les moyens nécessaires pour faire cesser cette pratique.

Adoptée à l'unanimité le 24 novembre 2022 au Lac-Delage, Québec

## Annexe C – Démarches entreprises par le Collège des médecins du Québec (CMQ)

Paru en novembre 2022, le rapport *Consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec* a suscité maintes réactions dans l'espace médiatique et politique, dans la province et au-delà. Le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'ordre professionnel qui encadre la pratique médicale, a rapidement pris acte du contenu du rapport ainsi que des incidents qui y sont rapportés. Dans un avis intitulé *Consentir, point!*, le président du Collège, le Dr Mauril Gaudreault, souligne :

On aura beau invoquer la barrière de la langue ou de la culture, il n'en reste pas moins que le principe fondamental du consentement éclairé entre le médecin et sa patiente semble, dans ces cas, avoir été occulté. Les propos des médecins, tels que rapportés, sont tout à fait déplacés. Le médecin doit soigner, et non pas juger. Tenter d'obtenir un consentement pour une stérilisation en plein travail, comme cela fut relaté, est absolument odieux (CMQ, 2022a, p. 1).

Dans un second texte paru en décembre 2022, le Dr Gaudreault met l'accent sur «les obligations déontologiques» entourant l'exercice du consentement libre et éclairé. Il rapporte également qu'une rencontre aura lieu entre les autorités du CMQ et la professeure Suzy Basile, co-autrice du rapport (CMQ, 2022b). Puis, en février 2023, un groupe de réflexion sur les interruptions de grossesse et les stérilisations imposées aux femmes des Premières Nations et Inuit au Québec est mis sur pied. Il est composé d'actrices et d'acteurs clés en santé autochtone ainsi que du personnel professionnel du CMQ pour donner suite aux recommandations du rapport Basile-Bouchard. Son mandat comporte cinq volets (CMQ, 2024a, p. 8), soit :

- Définir un positionnement pour le CMQ;
- Élaborer des actions à poser dans le cadre d'un plan d'action;
- Proposer des pistes de solutions permettant au CMQ d'offrir son expertise-conseil aux communautés et organismes des Premières Nations et Inuit;

- Évaluer la nécessité de modifier le *Code de déontologie des médecins*;
- Identifier une procédure permettant les signalements et le dépôt de demandes d'enquête en toute sécurité pour les femmes des Premières Nations et Inuit.

En juin 2023, un sondage élaboré par le CMQ et portant sur le consentement libre et éclairé et les stérilisations est envoyé à tous les médecins du Québec, et 361 d'entre eux y répondent (*Ibid.*, 2024a). L'analyse des données quantitatives et qualitatives met en relief différents enjeux pertinents, dont la présence de biais implicites et explicites chez les répondantes et répondants :

Plusieurs d'entre eux reconnaissent le problème des stérilisations et interruptions de grossesse imposées; certains le justifiaient à l'aide d'arguments de nature médicale ou en évoquant le contexte social. D'autres niaient l'enjeu, estimant qu'il s'agissait d'une généralisation extrême ou que ces événements appartenaient au passé (*Ibid.*, 2024a, p. 10).

Au terme de plusieurs mois de travail, le groupe de réflexion dévoile en juin 2024 le rapport *Pour des soins consentis, respectueux et sécurisants* (*Ibid.*, 2024a). Au total, sept recommandations sont formulées, notamment l'objectif de regagner la confiance des patientes autochtones, de sensibiliser et de former la profession médicale face aux enjeux liés au consentement aux soins et à la sécurisation culturelle, dans le but de prévenir des situations inacceptables. Le CMQ lance différents outils communicationnels pour faire rayonner cette initiative, dont un communiqué de presse, une lettre ouverte cosignée par le Dr Gaudreault et la professeure Basile ainsi qu'une page Web qui détaille les engagements et les prises de position de cette organisation (CMQ, 2024b; Gaudreault et Basile, 2024). Il a été proposé d'ajouter le préambule suivant au code de déontologie (CMQ, 2024b, p. 14) :

Dans le cadre de sa mission de protéger le public, le Collège des médecins du Québec reconnaît que les origines culturelles, occidentales et patriarcales de la médecine au Québec peuvent être responsables de biais dans la construction du réseau de la santé et des services sociaux, des structures de soins et de l'exercice de la médecine.

Ainsi, le *Code de déontologie des médecins* doit s'inscrire dans la mission du Collège et refléter ses valeurs. À cette fin, trois prémisses ont été retenues pour réaffirmer l'importance d'établir une relation de confiance avec la patientèle et la population. Ces prémisses imprègnent chacun des articles du *Code* et se décrivent comme suit :

1. La reconnaissance des facteurs historiques, sociaux et culturels qui sont propres aux personnes issues des Premiers Peuples et qui influencent leur santé et leur bien-être ainsi que les soins de santé qui doivent leur être prodigués ;
2. La reconnaissance du respect de toute culture et de toute identité d'une personne, incluant celle du genre ;
3. La reconnaissance de la discrimination et du racisme systémiques, et de tout système et toute structure qui reproduisent des oppressions et créent des inégalités de pouvoir envers la population, la patientèle, l'équipe soignante et le personnel médical.

## Références

Collège des médecins du Québec (CMQ). (2022a, 29 novembre). *Consentir, point!* (Avis). <https://www.cmq.org/fr/actualites/consentir-point>.

Collège des médecins du Québec (CMQ). (2022b, 2 décembre). *Le consentement et le respect ne sont pas négociables* (Avis). <https://www.cmq.org/fr/actualites/le-consentement-et-le-respect-ne-sont-pas-negociables>.

Collège des médecins du Québec (CMQ). (2024a). *Pour des soins consentis, respectueux et sécurisants. Rapport du groupe de réflexion sur les interruptions de grossesse et les stérilisations imposées aux femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*. Collège des médecins du Québec. <https://cms.cmq.org/files/documents/Avis-et-prises-de-position/rap-inter-grossesse-sterilisations-202406.pdf>.

Collège des médecins du Québec (CMQ). (2024b). *Fin des stérilisations imposées : passer de la parole aux actes*. Collège des médecins du Québec. <https://www.cmq.org/fr/protéger-le-public/infocmq/fin-sterilisations-imposees>.

Gaudreault, M. et Basile, S. (2024, 11 juin). *Stérilisations imposées : des actions pour regagner la confiance – Lettre ouverte*. <https://cms.cmq.org/files/documents/Avis-et-prises-de-position/let-sterilisations-imposees-202406.pdf>.

## Annexe D – Action collective *U.T. et M. X. c. Richard Monday et al.*

Le 16 août 2023, la Cour supérieure du Québec a autorisé une action collective au nom des femmes atikamekw qui auraient été stérilisées sans leur consentement à l'hôpital de Joliette depuis 1980 ainsi que leurs proches (2023 QCCS 3180) (Cour supérieure du Québec (CSQ), s.d.). Il s'agit de la première action collective au Québec relative à la stérilisation forcée de femmes autochtones (Radio-Canada, 2023).

Une **action collective** est une procédure qui permet à une ou des personnes principales, qu'on nomme *représentant(s)*, d'entamer une poursuite en justice au nom de toutes les personnes qui sont dans une situation similaire à elle(s), qu'on nomme *membres*. Si le tribunal donne raison au(x) représentant(s), toutes les personnes membres de l'action collective peuvent recevoir une somme d'argent en guise de dédommagement (Lafond, 2022; Éducaloi, s.d.). Dans l'action collective dont il est question ici, les représentantes sont des femmes atikamekw qui soutiennent avoir subi une ligature des trompes sans y avoir consenti.

Une action collective comporte trois grandes étapes. Un juge doit d'abord autoriser la démarche en vérifiant que la situation alléguée peut être présentée avec ce type de recours. Si l'autorisation est obtenue, on passe alors à l'étape de l'instruction, c'est-à-dire au procès proprement dit. Cette étape comprend plusieurs phases et peut s'échelonner sur plusieurs années. Elle se termine normalement par un règlement ou une décision finale. Si la décision est en faveur des représentants, le juge détermine le montant d'argent devant être versé à titre de compensation. L'action collective passe alors à la troisième étape, soit le recouvrement, ce qui permet aux membres de l'action collective de recevoir les sommes auxquelles ils ont droit (Lafond, 2022).

Bien que l'action collective des femmes atikamekw ait été approuvée par un juge de la Cour supérieure du Québec en août 2023, cette décision a été portée en appel. Après avoir entendu les parties au mois de novembre 2024, la Cour d'appel du Québec a rendu son jugement le 12 février 2025 (2025 QCCA 157): elle maintient l'autorisation de l'action collective contre les médecins et détermine que la poursuite peut viser également le Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de Lanaudière (Dionne Schulze, 2025; Josselin, 2025).

### Admissibilité à l'action collective

Pour vérifier si vous faites partie de l'action collective ou pour connaître les prochains développements, vous pouvez contacter le cabinet d'avocats Dionne Schulze ou remplir le formulaire sur la page Web de l'action collective disponible en langue atikamekw, en français et en anglais: <https://www.dionneschulze.ca/imposed-sterilizations/>

## Références

- Cour supérieure du Québec (CSQ). (s.d.). Aperçu de la demande d'action collective 705-06-000011-214. *Registre des actions collectives*. <https://www.registredesactionscollectives.quebec/fr/Consulter/ApercuDemande?NoDossier=705-06-000011-214>
- Dionne Schulze (2025, 27 février). La Cour d'appel a rendu son arrêt concernant l'action collective des femmes atikamekw. <https://www.dionneschulze.ca/2025/02/27/la-cour-dappel-a-rendu-son-arret-concernant-laction-collective-des-femmes-atikamekw/>.
- Éducaloi. (s.d.). *Qu'est-ce qu'une action collective ?* <https://educaloi.qc.ca/capsules/quest-ce-quune-action-collective>.
- Josselin, M.-L. (2025, 21 février). Stérilisations non consenties : Deux Atikamekw pourront poursuivre le CISSS de Lanaudière. *Espaces autochtones - Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/2142612/sterilisation-joliette-atikamekw-autochtone-hopital>.
- Lafond, P.-C. (2022). Fascicule 20. Définition de l'action collective, parties et tribunal compétent. Dans *JurisClasseur Québec*, collection « Droit civil », *Procédure civile II (2<sup>e</sup> édition)*. LexisNexis.
- Radio-Canada. (2023, 22 août). Stérilisations forcées : la Cour supérieure autorise une action collective. *Espaces autochtones - Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/2005278/sterilisation-femmes-autochtones-cour-superieure-action-collective>

## Annexe E – Projet de loi pour soutenir la criminalisation de la stérilisation forcée

Présenté une première fois le 14 juin 2022, le projet de loi S-250, également appelé *Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation)*, est une initiative au sein du Parlement canadien qui vise à modifier le *Code criminel* en y ajoutant une disposition stipulant que la stérilisation forcée constitue un acte criminel. Ce projet de loi a été présenté par la sénatrice et membre de la Nation métisse de l'Ontario, Yvonne Boyer (Radio-Canada (RC), 2024). Une telle modification au Code criminel ferait suite aux recommandations de plusieurs comités et organes législatifs qui se sont penchés sur cette forme de violence (Comité sénatorial permanent des droits de la personne (CSPDP), 2022; Casey, 2019; Gouvernement du Canada (GC), 2023).

**Quel changement apporterait ce projet de loi?** La stérilisation sans consentement constitue déjà un acte criminel au Canada: une personne pratiquant un tel acte peut se faire accuser de voies de fait graves au sens de l'article 268 du *Code criminel*. Cependant, jamais d'accusations de ce genre n'ont été déposées dans l'histoire du Canada, ce qui signifie qu'aucun médecin n'a été traduit en justice en vertu de cette disposition. Les modifications apportées au *Code criminel* viseraient donc à ce que la stérilisation forcée ne soit « plus ignorée par le système de justice pénale » et puisse faire davantage l'objet de poursuites (Dalphond, 2023).

Plus spécifiquement, le projet de loi propose l'ajout d'un nouvel article au *Code criminel*, soit l'article 268.1. Celui-ci présenterait une définition de ce qu'est un « acte de stérilisation », en précisant qu'il constitue une blessure ou une mutilation au sens de l'article 268 sur les voies de fait graves. Toute personne ayant pratiqué un acte de stérilisation, sans avoir auparavant obtenu le « consentement légal » de la personne concernée, pourrait ainsi être passible d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 14 ans (*Code criminel*, art. 265(1)(2) et 268(2)). Comme le précise la sénatrice Boyer, le consentement légal exigé est marqué par plusieurs critères. D'abord, il ne doit pas être obtenu par fraude ou contrainte; la patiente doit également avoir reçu assez d'information sur l'opération (p. ex.: risques possibles, autres solutions, etc.). Puis, la patiente doit

être capable de comprendre la nature de l'acte, ce qui rend à priori illégale une intervention stérilisante sur des personnes âgées de moins de 18 ans ou atteintes de troubles cognitifs (Boyer, 2024).

Contrairement à d'autres mesures juridiques, telles qu'une action collective, le projet de loi S-250 ne vise pas à dédommager les victimes de stérilisations forcées, mais bien à punir les individus ayant posé de tels actes à l'encontre du consentement libre et éclairé d'une patiente. Ce projet de loi représente une mesure parmi d'autres visant à dissuader le personnel de la santé de procéder à des stérilisations forcées, pour ainsi mettre fin définitivement à cette pratique.

**Où en est rendu le projet de loi?** Le 8 octobre 2024, le projet de loi S-250 a été officiellement adopté en troisième lecture par le Sénat. Les modifications au *Code criminel* proposées ont été largement revues entre la première et la troisième lecture afin de répondre à plusieurs préoccupations soulevées, notamment le fait que des médecins pourraient hésiter à agir lors d'interventions chirurgicales d'urgence (Boyer, 2024; CSSSPNQL, 2024). Le projet de loi devait ensuite poursuivre son chemin devant la Chambre des communes, mais la prorogation du Parlement le 6 janvier 2025, suivie du déclenchement d'élections générales le 23 mars, l'a fait mourir au feuilleton. La sénatrice Boyer a toutefois indiqué qu'elle avait l'intention de présenter le projet de loi à nouveau dès que possible (Antunes, 2025), ce qu'elle a effectué avec une première lecture devant le Sénat le 5 juin 2025. Le nouveau projet de loi conserve le même nom, *Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation)*, mais porte désormais le numéro S-228. Il a été adopté en troisième lecture au Sénat, il a fait l'objet d'une première lecture par la Chambre des communes le 18 novembre 2025 et d'une seconde le 26 février 2026.

## Références

- Antunes, J. (2025, 17 mars). Senator plans to revive bill to outlaw forced sterilization. *Nunatsiaq News*. <https://nunatsiaq.com/stories/article/senator-plans-to-revive-bill-to-outlaw-forced-sterilization-under-new-government/>.
- Boyer, Y. (2024, 8 octobre). Le Code criminel. Projet de loi modificatif, troisième lecture. *Débats du Sénat (Hansard)*, 1<sup>re</sup> session, 44<sup>e</sup> législature, 153(226), 7178-7184.
- Casey, B. (2019, 2 août). *Étude sur la stérilisation forcée des femmes au Canada*. Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. [https://www.ourcommons.ca/content/Committee/421/HESA/WebDoc/WD10596408/421\\_HESA\\_reldoc\\_PDF/MinisterOfHealth-Final-f.pdf](https://www.ourcommons.ca/content/Committee/421/HESA/WebDoc/WD10596408/421_HESA_reldoc_PDF/MinisterOfHealth-Final-f.pdf)
- Comité sénatorial permanent des droits de la personne (CSPDP). (2022, juillet). *Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada – Partie II*. Sénat du Canada. [https://sencanada.ca/content/sen/committee/441/RIDR/reports/RIDR\\_ForcedSterilization\\_F.pdf](https://sencanada.ca/content/sen/committee/441/RIDR/reports/RIDR_ForcedSterilization_F.pdf)
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2024, 18 septembre). *Projet de loi sur la stérilisation forcée : pour éviter que cela ne se reproduise. Mémoire concernant le projet de loi S-250, Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation)*. Déposé au Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. [https://sencanada.ca/Content/Sen/Committee/441/LCJC/briefs/LCJC\\_S-250\\_Brief\\_CSSSPNQL\\_f.pdf](https://sencanada.ca/Content/Sen/Committee/441/LCJC/briefs/LCJC_S-250_Brief_CSSSPNQL_f.pdf).
- Dalphond, P. J. (2023, 18 avril). *Deuxième lecture du projet de loi S-250, Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation)*. Le Groupe progressiste du Sénat. [https://sencanada.ca/fr/content/sen/chamber/441/debates/112db\\_2023-04-18-f?language=f](https://sencanada.ca/fr/content/sen/chamber/441/debates/112db_2023-04-18-f?language=f)
- Gouvernement du Canada (GC). (2023). *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. Plan d'action*. Gouvernement du Canada. <https://www.justice.gc.ca/fra/declaration/pa-ap/>.
- Radio-Canada. (2024, 1<sup>er</sup> mars). La stérilisation forcée au cœur d'un projet de loi au Sénat. *Espaces autochtones – Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/2053539/sterilisation-forcee-senat-infraction-criminelle-projet-de-loi-auditions>.

## Législation

- Code criminel*. LRC. (1985), c. C -46. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-46/page-38.html#h-117018>.
- PL S-228 : *Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation)*. (2025). 1<sup>re</sup> session, 45<sup>e</sup> législature <https://www.parl.ca/legisinfo/fr/projet-de-loi/45-1/s-228>.
- PL S-250 : *Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation)*. (2024). 1<sup>re</sup> session, 44<sup>e</sup> législature <https://www.parl.ca/LegisInfo/fr/projet-de-loi/44-1/S-250>.

## Annexe F – Campagne d’anticonception au Groenland

À travers le monde, les politiques de régulation des naissances visant spécifiquement les populations autochtones s’inscrivent dans un objectif d’assimilation et sont légitimées par une panoplie de préjugés nocifs véhiculés par des instances coloniales (Alsheikh, 2023; McKenzie *et al.*, 2022; Stote, 2022;). Depuis toujours, l’argumentaire de la classe politique se fonde sur un raisonnement purement économique selon lequel ces populations constituent un fardeau financier significatif pour l’État (Lechat, 1976; Park et Radford, 1998; Sullivan, 2001). Par conséquent, la fertilité des femmes autochtones est perçue comme une problématique sociale susceptible de prendre de l’ampleur si les autorités n’agissent pas pour la contenir au moyen de différentes politiques (Pegoraro, 2015; Ralstin-Lewis, 2005; Torpy, 2000). Il est aussi important de préciser que cette atteinte aux droits fondamentaux des femmes autochtones est un phénomène contemporain et que bon nombre de survivantes de différents pays tentent aujourd’hui d’obtenir justice et réparation (Getgen, 2009; Schoen, 2006). C’est notamment le cas de femmes inuit du Groenland, un territoire soumis à l’autorité du gouvernement danois pendant plusieurs décennies (Graugaard Dyrendom et Ambrosius Høgfeldt, 2023; Greve Møller, 2024).

Au Groenland, le phénomène est connu sous le nom de «scandale de la spirale», une référence à la forme des stérilets de l’époque (Bryant, 2024). Dans les années 1960-1970, le *modus operandi* des autorités sanitaires danoises est le suivant : alors qu’elles sont à l’école, des jeunes filles groenlandaises (dès l’âge de 12 ans pour certaines) sont convoquées et envoyées dans un hôpital tout près pour subir un examen gynécologique. On leur insère alors un stérilet (souvent le modèle le plus large pour assurer une certaine efficacité) dans l’utérus sans leur consentement ni celui de leurs parents (Graugaard Dyrendom et Ambrosius Høgfeldt, 2023; Lacoursière, 2022). Cette intervention cause de vives douleurs sur le moment, mais entraîne également des douleurs pelviennes intenses à long terme ainsi que des troubles majeurs de l’appareil reproducteur en raison du jeune âge des patientes (Greve Møller, 2024). Souvent, c’est

au terme de plusieurs années d’errance médicale que les femmes concernées apprennent avec stupéfaction qu’un stérilet est la cause de leurs maux et que le retrait de celui-ci provoque des complications sévères, dont l’infertilité (Jung, 2022). Parmi elles, certaines ont aussi fait l’objet d’expérimentations cliniques (stérilet et Depo-Provera) sans protocole de recherche ni comité d’éthique sous prétexte de «nécessité médicale» (Jensen *et al.*, 2025). Précisons que le transfert de compétences en santé entre le Danemark et le Groenland n’a eu lieu qu’en 1991 (Bryant, 2024).

Dans la sphère médiatique, c’est le balado *Spiralkampagnen*, diffusé en 2022, qui a dévoilé au grand jour qu’environ 4500 femmes et filles groenlandaises ont été victimes de cette politique qui a réduit de moitié la croissance démographique de la population du Groenland (Greve Møller, 2024; Jung, 2022). Ces révélations créent une vague d’indignation et de nombreuses survivantes dénoncent haut et fort le traitement qui leur a été réservé dans les établissements de soins groenlandais (Lacoursière, 2022). En 2023, les autorités groenlandaises et danoises lancent conjointement une enquête impartiale pour faire la lumière sur les gestes posés de 1960 à 1991 (Bryant, 2024; Ilisimatusarfik – University of Greenland (IUG), 2023; Jensen *et al.*, 2025). La chercheuse principale de l’enquête, Tenna Jensen, souligne :

Nous sommes impatientes de faire la lumière sur cette question importante. L’étude s’appuiera sur les connaissances générales des institutions et des professionnels, sur des sources historiques pertinentes et sur des entretiens avec les personnes qui ont été touchées directement ou indirectement. Il est important que toutes les femmes concernées aient l’occasion de témoigner de leur expérience individuelle (Traduction libre) (Ilisimatusarfik – 2023, p. 1).

Parallèlement, en 2024, un groupe composé de 143 survivantes choisit la voie des tribunaux et dépose un recours collectif à l’endroit du gouvernement danois (Bryant, 2024). En août de la même année, une

seconde enquête est mise sur pied exclusivement par le gouvernement groenlandais afin d'examiner les enjeux de violations des droits de la personne sous-jacents au «scandale de la spirale» (Lybert, 2024). L'enquête est pilotée par quatre spécialistes provenant de différents pays (*Ibid.*, 2024). Puis, en novembre 2024, le gouvernement groenlandais annonce une première vague d'indemnisation à 15 femmes victimes de cette pratique après 1991 (Agence France-Presse (AFP), 2024). Mais ce n'est qu'à partir de septembre 2025 que les femmes ont pu demander une indemnisation.

Le rapport final de l'enquête impartiale a été déposé le 9 septembre 2025 à la suite des témoignages de 354 femmes et au moment d'écrire ces lignes, la version anglaise du rapport n'était toujours pas disponible pour une analyse approfondie. Le 24 septembre 2025, la première ministre du Danemark Mette Frederiksen s'est rendue au Groenland pour offrir des excuses officielles aux victimes de cette campagne d'anticonception. La mise en place d'un fonds de réconciliation a également été annoncée et le 10 décembre 2025, le gouvernement danois a confirmé le versement d'une indemnisation de 300 000 couronnes danoises, soit l'équivalent de 60 000 dollars canadiens, à chaque femme qui le réclamera à partir du mois d'avril 2026.

## Références

- Agence France-Presse (AFP). (2024, 26 novembre). Contraception force : Le Groenland va indemniser 15 victimes. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2122566/groenland-contraception-force-indemnisation-victimes>.
- Alsheikh, B. (2023). Reproductive abuse and the sterilization of women of color. *History in the Making*, 16 (1), 1-30. <https://scholarworks.lib.csusb.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1282&context=history-in-the-making>.
- Bryant, M. (2024, 4 mars). Greenlandic women sue Danish state for contraceptive 'violation'. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2024/mar/04/greenlandic-women-sue-danish-state-for-contraceptive-violation-coil>.
- Getgen, J. E. (2009). Untold truths: the exclusion of enforced sterilizations from the Peruvian Truth Commission's final report. *BC Third World LJ*, 29 (1), 1-34. <https://scholarship.law.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1021&context=facpub>.
- Graugaard Dyrendom, N., et Ambrosius Høgfeldt, A. (2023). The silenced genocide: Why the Danish intrauterine device (IUD) enforcement in Kalaallit Nunaat calls for an intersectional decolonial analysis. *Women, Gender & Research*, 36 (2), (p. 162-167). <https://doi.org/10.7146/kkf.v36i2.137309>.
- Greve Møller, A.-S. (2025, 10 décembre). Kvinder fra spiralskandalen får erstatning fra den danske stat. *Kalaallit Nunaata Radioa*. <https://knr.gl/da/nyheder/kvinder-fra-spiralskandalen-faar-erstatning-fra-den-danske-stat>.
- Greve Møller, A.-S. (2024). A vicious campaign of birth control in Greenland. Dans M. Mercredi et Fire Keepers (dir.), *Sacred Bundles Unborn*, (p. 151-165). (2<sup>e</sup> éd.). Friesen Press.
- Ilisimatusarfik – University of Greenland (IUG). (2023). *Denmark and Greenland launch independent study into the IUD case*. Ilisimatusarfik – University of Greenland. <https://uk.uni.gl/news/2023/may/denmark-and-greenland-launch-independent-study-into-the-iud-case/>.
- Jensen, T., Jensen, B., Bang Bourup, E., Reimer, G. A., Olesen, I., Herrmann, J. R., Christiansen, M. et Seidelin, M. (2025). *Uvildig udredning af antikonceptionspraksis i Kalaallit Nunaat i perioden 1960-1991*. Statens Institut for Folkesundhed et Ilisimatusarfik - Grønlands Universitet. <https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2025/uvildig-udredning-af-antikonceptionspraksisi-kalaallit-nunaat-i-perioden-1960-1991>.
- Jung, E. (2022, 7 décembre). 'Doctors fitted a contraceptive coil without my consent'. *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/world-europe-63863088>.

Lacoursière, A. (2022, 28 novembre). Un stérilet malgré elle à 14 ans. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-11-28/la-presse-au-groenland/un-sterilet-malgre-elle-a-14-ans.php>

Lechat, R. (1976). *Omfattende sterilisation blandt canadiske eskimo-kvinder*. The Diocese of Churchill-Hudson Bay.

Lybert, N. (2024, 14 novembre). *Campagne sur les dispositifs intra-utérins (stérilet) au Kalaallit Nunaat : la quête de justice de 143 femmes groenlandaises*. Communication présentée lors d'un dîner-conférence autochtone de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Val-d'Or. <https://www.youtube.com/watch?v=MtDYnV1Ta0U>

McKenzie, H. A., Varcoe, C., Nason, D., McKenna, B., Lawford, K., Kelm, M. E., ... et Arisman, K. (2022). Indigenous women's resistance of colonial policies, practices, and reproductive coercion. *Qualitative Health Research*, 32 (7), 1031-1054. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10497323221087526>.

Park, D. C., et Radford, J. P. (1998). From the case files: Reconstructing a history of involuntary sterilisation. *Disability & Society*, 13 (3), 317-342. [https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09687599826669?casa\\_token=2jI-zkiyL-jgAAAAA:JYplowKHSoeVf15PhcrGiDTi--bVq-Yj7Y6ezNtn8ly8-3VbqwwMaoLFry-1sqJ9yrASeBKy1NNuMSe](https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09687599826669?casa_token=2jI-zkiyL-jgAAAAA:JYplowKHSoeVf15PhcrGiDTi--bVq-Yj7Y6ezNtn8ly8-3VbqwwMaoLFry-1sqJ9yrASeBKy1NNuMSe).

Pegoraro, L. (2015). Second-rate victims: The forced sterilization of Indigenous peoples in the USA and Canada. *Settler Colonial Studies*, 5 (2), 161-173. [https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/2201473X.2014.955947?casa\\_token=hojgLa7ubwAAAAA:UuTwWnhkKIXTHd\\_nd1U6V1rhHIA7Ea2yAHHxCG7wknJ-plA89JIT6v0744qEaEbh-vKEUd-V42HAHcAfv](https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/2201473X.2014.955947?casa_token=hojgLa7ubwAAAAA:UuTwWnhkKIXTHd_nd1U6V1rhHIA7Ea2yAHHxCG7wknJ-plA89JIT6v0744qEaEbh-vKEUd-V42HAHcAfv).

Ralstin-Lewis, D. M. (2005). The continuing struggle against genocide: Indigenous women's reproductive rights. *Wicazo Sa Review*, 20 (1), 71-95. [https://www.jstor.org/stable/pdf/4140251.pdf?casa\\_token=mou\\_Nqc-P34AAAAA:wMM7EYDYY1JXQIP2gNALCpuO3kJEd3jaQJrjYDbIFyOdGox8n4oe5c2x8jTvVQljohmgOwGqFbci-HJ9MkyrPciRyPE7C11Pgzbvuc\\_f9WTlbsX9LgH\\_A](https://www.jstor.org/stable/pdf/4140251.pdf?casa_token=mou_Nqc-P34AAAAA:wMM7EYDYY1JXQIP2gNALCpuO3kJEd3jaQJrjYDbIFyOdGox8n4oe5c2x8jTvVQljohmgOwGqFbci-HJ9MkyrPciRyPE7C11Pgzbvuc_f9WTlbsX9LgH_A).

Schoen, J. (2006). From the footnotes to the headlines: Sterilization apologies and their lessons. *Sexuality Research and Social Policy*, 3, 7-22. <https://doi.org/10.1525/srsp.2006.3.3.7>

Stote, K. (2022). From eugenics to family planning: The coerced sterilization of Indigenous women in post-1970 Saskatchewan. *Native American and Indigenous Studies*, 9 (1), 102-132. <https://doi.org/doi:10.1353/nai.2022.0013>

Sullivan, M.A. (2001). *Healing bodies and saving the race: women, public health, eugenics, and sexuality 1890-1950*. (Thèse de doctorat). University of New Mexico.

Torpy, S. J. (2000). Native American women and coerced sterilization: On the trail of tears in the 1970s. *American Indian Culture and Research Journal*, 24 (2), 1-22. <https://pdfs.semanticscholar.org/e218/3e80bf4869264ad4850106f-465cd04401d6c.pdf>

## Annexe G - Signalements à la naissance

Au Canada, les signalements à la naissance, aussi appelés « alertes bébés », ont fait couler beaucoup d'encre au cours des dernières années et ont été ouvertement critiqués par les autorités des Premières Nations (Fallon *et al.*, 2023; CSSSPNQL, 2023) ainsi que par l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA, 2019). Impliquant les services de protection de la jeunesse, cette pratique vise à « signaler les futurs parents aux hôpitaux avant la naissance de l'enfant lorsqu'on pense que le nouveau-né risque de subir un préjudice et a besoin d'être protégé après l'accouchement » (Traduction libre) (Sistovaris *et al.*, 2022, p. 1). Sans préavis ni consentement des parents, le personnel soignant contacte la protection de la jeunesse avant ou au moment de la naissance, ce qui peut ainsi mener au retrait du nouveau-né (*Ibid.*, 2022, p. 1). Dès les premiers instants de sa vie, le nourrisson est donc susceptible d'être enlevé aux parents qui se voient subitement dépossédés de leur rôle et de leurs responsabilités. Dans une récente étude portant sur l'accès aux services de sages-femmes dans les communautés autochtones au Québec, on parle de mettre en place des mesures préventives, comme l'accompagnement lors de l'accouchement, pour contrer cette pratique :

Les centres de santé des communautés, les organismes autochtones et les femmes elles-mêmes se mobilisent afin de prévenir les signalements. Ainsi, « il y en a qui veulent être accompagnées à l'hôpital pour être sûres de ne pas se faire discriminer puis avoir des préjugés, pour ne pas avoir des alertes de naissance ou des alertes bébés, juste parce qu'elles sont autochtones » (ORG04). (Basile *et al.*, 2023, p. 51)

Cette intervention, qui peut s'avérer traumatisante pour toutes les familles, s'inscrit en continuité avec les pratiques coloniales qui ont mis à mal le tissu familial des communautés des Premières Nations (CSSSPNQL, 2023). La surreprésentation des enfants issus des Premières Nations en protection de la jeunesse est particulièrement marquée et le phénomène des signalements à la naissance n'y est pas étranger (Hélie *et al.*, 2022). En effet, selon des chiffres publiés pour la première fois au Québec en 2019, les enfants des Premières Nations âgés de 0 à 3 ans, soit 19% des nourrissons (0 à 1 an) et 9% des enfants de 1 à 3 ans, font partie de la tranche d'âge la plus évaluée par les services de protection de la jeunesse « alors que chez les non-autochtones ce sont ceux de 4 à 15 ans qui sont les plus à risque (d'être évalués) » (Hélie *et al.*, 2022, p. 10). Aussi, à titre d'exemple, les statistiques obtenues en 2021 par Sylvie Ambroise, journaliste du réseau APTN, démontrent qu'environ 30% des signalements à la naissance dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue visaient des enfants des Premières Nations, alors que ce groupe ne représente que 4% de la population globale (Ambroise, 2021).

Aussi controversée soit-elle, la pratique des signalements à la naissance n'a été abolie que récemment dans la plupart des provinces, notamment en 2019 en Colombie-Britannique (Elboudaïni, 2021) et en 2020 en Ontario (ministère des Services à l'enfance et Services sociaux et communautaires de l'Ontario (MSESSCO), 2020). Au Québec, il a fallu attendre 2023 pour que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) se prononce dans le même sens. Dorénavant, « tout professionnel ou toute personne ayant des inquiétudes pour un enfant à naître ne pourra plus saisir la DPJ de la situation d'un enfant avant sa naissance » et devra privilégier des interventions en amont auprès des parents en situation difficile (MSSS, 2023, p. 2).

## Références

- Ambroise, S. (2021, 18 mars). Signalements à la naissance en Abitibi: «je crois qu'il y a un profilage racial». *Aboriginal People Television Network*. <https://www.aptnnews.ca/reportages/signalements-de-la-naissance-en-labitibi-quebec/>.
- Basile, S., Comat, I. et Cornellier, F. (2023). *Accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec*. (Rapport de recherche). Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1521>.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2023). *Guide de référence: Désignation d'une autorité compétente pour l'adoption et la tutelle coutumière par les Nations ou les communautés des Premières Nations*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. [https://files.cssspnql.com/s/0Tnh6IV7jLMQIBd?\\_gl=1\\*xtlcjx\\*\\_gcl\\_au\\*NTEyODM1MTEzLjE3NDY0NTUzMzY.\\*\\_ga\\*Njk0NDc4ODk4LjE3NDY0NTUzMzY.\\*\\_ga\\_906VEPXQGV\\*\\_czE3NDg0NTU1NjlkbzMkZzEkdDE3NDg0NTU3MTlkajU0JGwwJGgw](https://files.cssspnql.com/s/0Tnh6IV7jLMQIBd?_gl=1*xtlcjx*_gcl_au*NTEyODM1MTEzLjE3NDY0NTUzMzY.*_ga*Njk0NDc4ODk4LjE3NDY0NTUzMzY.*_ga_906VEPXQGV*_czE3NDg0NTU1NjlkbzMkZzEkdDE3NDg0NTU3MTlkajU0JGwwJGgw).
- Elboudaïni, A. (2021, 15 janvier). La C.-B. savait que les alertes à la naissance étaient «illégales» avant de les abolir. *Radio-Canada Colombie Britannique*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1763599/alerte-naissance-illegale-indiginews>.
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA). (2019). *Une analyse juridique du génocide – Un rapport supplémentaire de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. [https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-suppl%C3%A9mentaire\\_Genocide-1.pdf](https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-suppl%C3%A9mentaire_Genocide-1.pdf).
- Fallon, B., Chabot, M., Fluke, J., Blackstock, C., MacLaurin, B. et Tonmyr, L. (2013). Placement decisions and disparities among Aboriginal children: Further analysis of the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect part A: Comparisons of the 1998 and 2003 surveys. *Child Abuse & Neglect*, 37 (1), 47-60. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.10.001>.
- Hélie, S., Trocmé, S., Collin-Vézina, D., Esposito, T., Morin, S. et Saint-Girons, M. (2022). *Volet Premières Nations de l'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2019. Rapport EIQ/PN-2019*. Institution Jeunes en difficulté, <https://files.cssspnql.com/s/17wpWzsyMzBOhNV>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023). *Lettre-Directive qui confirme la fin des avertissements de naissances*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère des Services à l'enfance et Services sociaux et communautaires de l'Ontario (MSESSCO). (2020, 14 juillet). *L'Ontario élimine la pratique des signalements de naissance*, <https://news.ontario.ca/fr/release/57580/lontario-elimine-la-pratique-des-signalements-de-naissance>.
- Sistovaris, M., Sansone, G., Fallon, B. et Miller, S. (2022, janvier). *The efficacy of birth alerts: Fact sheet*. Fraser Mustard Institute of Human Development et University of Toronto. <https://socialwork.utoronto.ca/wp-content/uploads/2022/08/Fact-Sheet-Birth-Alerts-Jan13.pdf>.

## Annexe H - Génocide

En 1948, l'Organisation des Nations Unies (ONU) introduit la Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide. L'adoption de cette convention fait alors l'objet d'âpres discussions parmi les pays ayant un historique colonial, dont le Canada (Palmater, 2014; Rowlands *et al.*, 2024; Stote, 2015). Les cinq actes, «commis dans l'intention de détruire, en tout ou en partie, un groupe national ethnique, racial ou religieux», énoncés dans l'article II de cette convention, trouvent écho dans les nombreuses politiques d'assimilation qui ont été menées d'un bout à l'autre du Canada envers les peuples autochtones (Nations Unies (NU), 1948, p. 1). Ces actes sont les suivants :

1. Meurtre de membres du groupe ;
2. Atteinte grave à l'intégrité physique ou mentale de membres du groupe ;
3. Soumission intentionnelle du groupe à des conditions d'existence devant entraîner sa destruction physique totale ou partielle ;
4. Mesures visant à entraver les naissances au sein du groupe ;
5. Transfert forcé d'enfants du groupe à un autre groupe.

Cette définition est reprise dans la *Loi sur les crimes contre l'humanité et les crimes de guerre* adoptée par le Canada en 2000, qui confirme l'illégalité du génocide au pays. En ce sens, plusieurs travaux de chercheuses et chercheurs ainsi que d'activistes autochtones établissent des parallèles entre les cinq actes qui définissent un génocide mentionnés ci-dessus et l'historique colonial canadien, notamment le passage obligé dans les pensionnats indiens, le nombre de femmes et filles autochtones disparues et assassinées de même que les cas de stérilisations imposées (Asher BlackDeer, 2023; ENFFADA, 2019; Smith, 2003; Stote, 2015).

Précisons que lors du processus d'élaboration de la Convention, les diplomates canadiens ont fait pression pour retirer la mention de «génocide culturel» dans les premières ébauches (ENFFADA, 2019). En somme, l'adoption de la Convention fait apparaître de nombreuses lignes de fractures entre les engagements du Canada à l'échelle internationale et la situation vécue par les peuples autochtones au pays.

## Références

- Asher BlackDeer, A. (2023). Violence, trauma, and colonialism: A structural approach to understanding the policy landscape of indigenous reproductive justice. *Journal of Trauma & Dissociation*, 24 (4), 453-470. [https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15299732.2023.2212402?casa\\_token=QrB13qIPqMUAAAAA:OpozexOotLxFx-rh5s4DBdYAEYQI0UuwoK6rtumeaqhTDYMhdWOpU1IqhXwMut7C4eJPS0AgAFDSQ](https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15299732.2023.2212402?casa_token=QrB13qIPqMUAAAAA:OpozexOotLxFx-rh5s4DBdYAEYQI0UuwoK6rtumeaqhTDYMhdWOpU1IqhXwMut7C4eJPS0AgAFDSQ).
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA). (2019). *Une analyse juridique du génocide – Un rapport supplémentaire de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. [https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-suppl%C3%A9mentaire\\_Genocide-1.pdf](https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-suppl%C3%A9mentaire_Genocide-1.pdf).
- Nations Unies (NU). (1948). *Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide*. Nations Unies. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-prevention-and-punishment-crime-genocide>.
- Palmer, P. (2014). Genocide, Indian policy, and legislated elimination of Indians in Canada. *Aboriginal Policy Studies*, 3 (3), 27-54. <http://dx.doi.org/10.5663/aps.v3i3.22225>
- Rowlands, S., Heaslip, V., Felske-Durksen, C., Carranza Ko, Ñ., Albert, G., Rich, R., Black, K.A. et Szilvási, M. (2024). The forced sterilisation of Indigenous and racialised Peoples: Origins, nature of abuses, impacts and responses. *International Perspectives on Health Equity*, 1 (1), 3-22. <https://doi.org/10.1108/IPHEE-01-2024-0003>
- Smith, A. (2003). Not an Indian tradition: The sexual colonization of Native peoples. *Hypatia*, 18 (2), 70-85. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1527-2001.2003.tb00802.x?casa\\_token=jGKG3na62ggAAAAA:DiIbZ-RpAdtXu-c49rcu824WdUebT968KmZTWfHtJTJoNRXg-a\\_cfQC0T2Cp1C1p29tF8jXrOFmQ3w](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1527-2001.2003.tb00802.x?casa_token=jGKG3na62ggAAAAA:DiIbZ-RpAdtXu-c49rcu824WdUebT968KmZTWfHtJTJoNRXg-a_cfQC0T2Cp1C1p29tF8jXrOFmQ3w).
- Stote, K. (2015). *An act of genocide. Colonialism and the sterilization of Aboriginal women*. Fernwood Publishing.

## Annexe I – Mouvement eugéniste

Pour saisir les différents enjeux relatifs à la stérilisation imposée de femmes autochtones au Canada, il est nécessaire d'examiner l'idéologie ainsi que le mouvement eugéniste. Galton (1883) définissait l'eugénisme comme «la science de l'amélioration du cheptel» qui, «surtout dans le cas de l'homme», prend en compte «toutes les influences qui tendent, à quelque degré que ce soit, à donner aux races ou aux lignées de sang les plus adaptées une meilleure chance de supplanter rapidement celles qui le sont moins» (Traduction libre) (p. 17).

En empruntant des notions à diverses disciplines, Galton et ses partisans élaborent notamment des théories relatives à l'hérédité et à la reproduction sociale de la déviance. Ils sont particulièrement préoccupés par le fardeau économique que représentent certains groupes jugés «faibles d'esprit», soit des individus incapables de gérer leur fertilité et susceptibles d'engendrer une progéniture aux prises avec des problématiques sociales et morales (Acevedo Guerrero, 2016; Barr, 2012). Aux yeux des eugénistes, les personnes perçues comme étant socialement «indésirables» sur la base de leurs origines, d'une condition mentale et/ou physique ou encore en raison de leurs manquements envers les normes et conventions strictes de l'époque (p. ex., avoir un enfant hors mariage), devaient faire l'objet d'un contrôle de la part des autorités politiques et sanitaires (Sebring, 2012).

Dans l'imaginaire collectif, l'exemple de l'Allemagne nazie, de la promotion de la race aryenne ainsi que les crimes contre l'humanité ayant été commis en raison de cette idéologie, constituent un des rappels les plus glaçants des politiques eugénistes :

Les personnes qui n'étaient pas considérées comme le parfait modèle aryen étaient soit tuées en masse, soit placées dans des camps de concentration, soit stérilisées de force. Les nazis avaient établi une liste exhaustive de maladies, et les personnes qui en étaient atteintes devaient être stérilisées. Les médecins qui examinaient ces personnes dans le cadre de leur travail devaient se conformer à la liste, sous peine de se voir infliger une amende. Ces maladies comprenaient la schizophrénie, la folie maniaco-dépressive et les formes héréditaires d'épilepsie, de cécité et de surdité (DHDI) (Traduction libre) (Kantrowitz, 2022, p. 32).

L'idéologie eugéniste a ouvert la voie à des législations légitimant les stérilisations forcées de personnes issues de groupes minoritaires et marginalisés (Jean-Jacques et Rowlands, 2018). En 1928, l'Alberta a ainsi adopté la loi intitulée *The Sexual Sterilization Act* (Loi sur la stérilisation sexuelle), suivie par la Colombie-Britannique en 1933 avec *An Act Respecting Sexual Sterilization* (Loi sur la stérilisation sexuelle). Les travaux de plusieurs chercheuses et chercheurs tendent à démontrer que les femmes autochtones étaient la cible des politiques eugénistes, ce qui a mené à leur surreprésentation parmi les personnes ayant subi une opération stérilisante sans leur consentement dans ces deux provinces canadiennes (De la Cour, 2013; Grekul, 2004; Stote, 2021, 2025).

Dans cette perspective, les comités eugénistes responsables de l'application de ces lois décidaient des stérilisations sans nécessiter le consentement de la patiente ou du patient. Précisons que l'absence de loi dans une province ne signifie pas que des stérilisations imposées n'ont pas eu lieu sous le couvert des établissements de santé, un phénomène désigné comme étant de l'«eugénisme silencieux» (De la Cour, 2013).

## Références

- Acevedo Guerrero, N. (2016). *The medical discourse and the sterilization of people with disabilities in the United States, Canada and Colombia: From eugenics to the present*. (Thèse de doctorat). Université McGill. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/pr76f630z>.
- Barr, A. M. (2012). *The never-ending story: The lengthy history of sterilization surgery in Alberta and California*. (Mémoire de maîtrise). University of Alberta. <https://ualberta.scholaris.ca/items/e9ed9084-7746-4da6-857e-50fa02c3eb93>.
- De La Cour, L. (2013). *From 'Moron' to 'Maladjusted': Eugenics, psychiatry, and the regulation of women, Ontario, 1930s-1960s*. (Thèse de doctorat). University of Toronto. ProQuest Dissertations & Theses Global. <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/70070>.
- Galton, F. (1883). *Inquiries into human faculty and its development*. Macmillan and Co. <https://doi.org/10.1037/14178-000>.
- Jean-Jacques, A. et Rowlands, S. (2018). Legalised non-consensual sterilisation - eugenics put into practice before 1945, and the aftermath. Part 1: USA, Japan, Canada and Mexico. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 23 (2), 121-129. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1450973>.
- Grekul, J. (2008). Sterilization in Alberta, 1928 to 1972: Gender matters\*. *The Canadian Review of Sociology*, 45 (3), 247-266. <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.2008.00014.x>.
- Kantrowitz, J. N. (2022). *The abuse of Darwinism (and social Darwinism) for the purposes of discrimination* (Thèse de doctorat). Kutztown University of Pennsylvania. <https://research.library.kutztown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=honorspapers>.
- Sebring, S. (2012). *Reproductive citizenship Women of color and coercive sterilization in North Carolina 1950-1980*. (Thèse de doctorat). Duke University. <https://dukespace.lib.duke.edu/items/c8448b23-778a-4f7d-bc07-f5a84b2551ee>.
- Stote, K. (2025). *The genocide continues. Population control & the sterilization of Indigenous women*. Fernwood Publishing.
- Stote, K. (2021). Reflexions on the coerced sterilization of Indigenous women: Toward seeing the humanity of Indigenous peoples. Dans M. Mercredi et Fire Keepers (dir.), *Sacred bundles unborn*, (p. 110-123). (2<sup>e</sup> éd.). FriesenPress.

## Annexe J – Processus de plainte et difficultés d'accès à son dossier médical

En 2022, une femme issue d'une Première Nation au Québec qui a participé à cette recherche a entrepris, avec un accompagnement juridique spécialisé, un processus auprès d'un CISSS/CIUSSS afin de déposer une plainte à la suite d'une stérilisation non consentie. Elle a également entamé une procédure auprès du Collège des médecins du Québec (CMQ) en faisant une demande d'enquête.

La première étape de sa démarche a été d'effectuer une demande d'accès à son dossier médical afin d'obtenir des informations précises sur l'intervention qu'elle a subie. Même s'il ne devait s'agir que d'une simple formalité selon les lois en matière d'accès à l'information et le *Code de déontologie des médecins*, cette femme a rapporté avoir été interrogée à plusieurs reprises par le personnel soignant quant aux raisons de sa démarche. De telles interventions, quelles que soient les justifications, peuvent avoir pour effet d'inquiéter et même d'intimider les femmes qui souhaitent avoir accès à leur dossier médical. En décembre 2022, cette situation a d'ailleurs été dénoncée par l'auteurice du présent rapport avec la publication d'une lettre ouverte dans le journal *Le Devoir* dans laquelle il est dit qu'«il est très préoccupant de constater qu'il pourrait être ardu pour des femmes autochtones d'obtenir leur propre dossier médical, et encore plus si elles doivent justifier leur requête devant un membre du personnel médical inquiet» (Basile *et al.*, 2022, p. 2). Malgré ces obstacles inattendus, la participante a finalement obtenu son dossier médical et le processus de plainte a pu suivre son cours.

Les autorités médicales et administratives concernées, soient celles du CISSS/CIUSSS et du CMQ, ont effectué une enquête selon les procédures prévues, incluant des rencontres avec la plaignante et son conjoint, qui était présent lors des événements. Sans entrer dans les détails du dossier, la plainte de la participante a finalement été rejetée par les deux instances visées. Selon ces dernières, les versions contradictoires concernant l'obtention du consentement pour procéder à la stérilisation ont conduit au rejet de la plainte. Les autorités ont estimé que le fardeau de la preuve n'avait pas été satisfait, les deux versions étant jugées crédibles, mais sans qu'il soit possible d'établir une prépondérance claire en faveur de l'une ou de l'autre.

Ce dossier met en lumière les obstacles rencontrés lors du dépôt de plaintes où les témoignages contradictoires compliquent la recherche d'une vérité objective, au sens de la loi. Les procédures de plainte actuelles exigent une preuve claire et convaincante pour aboutir, ce qui est rarement le cas dans les questions relatives au consentement puisque celui-ci se trouve souvent dans une zone d'incertitude. Les faits se limitent parfois à des affirmations sans témoins extérieurs ni preuves tangibles permettant d'établir une culpabilité de manière indiscutable. Cette situation souligne les limites du système de plainte tel qu'il existe aujourd'hui et qui ne semble pas adapté à ce type de cas.

## Référence

Basile, S., Bouchard, P. et Brodeur-Girard, S. (2022, 14 décembre). (Lettre ouverte) Les pratiques médicales imposées aux femmes autochtones doivent cesser. *Espaces autochtones – Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1941217/femmes-autochtones-sterilisation-dossier-medical-colonialisme-suzy-basile>.

## Annexe K – État de réalisation des recommandations de la phase I

Selon l'état des connaissances de l'équipe de recherche au moment de la rédaction du rapport de la phase II.

### Légende

Réalisée	Actions ayant été menées et qui sont maintenant terminées
En cours	Actions ayant été entamées et qui sont toujours en cours
En partie	Certaines actions ont été réalisées, d'autres restent à entamer
En discussion	Actions étant discutées sans être entamées
Sans suivi	Aucune action connue ayant été menée à ce jour

Recommandations de la phase I	État de réalisation Mars 2026
<b>Pour toutes les instances</b>	
Écouter, entendre et croire les femmes des Premières Nations et Inuit qui dénoncent les stérilisations imposées, les violences obstétricales ainsi que les avortements imposés.	En partie
Soutenir les démarches quant aux possibilités de recours collectifs pour les femmes des Premières Nations et Inuit ayant subi une stérilisation imposée ou des violences obstétricales.	En cours
Mettre en place un groupe de travail qui aurait le mandat de proposer des changements législatifs ( <i>Code civil du Québec et Code de déontologie des médecins</i> ) afin de prévenir et de sanctionner les stérilisations imposées et les violences obstétricales au Québec et au Canada.	En cours
<b>Pour les instances des Premières Nations et des Inuit</b>	
Soutenir les femmes des Premières Nations et Inuit qui ont été victimes de stérilisation imposée, de violences obstétricales ainsi que d'avortements imposés par la mise en place de services de counseling en santé et en affaires juridiques.	Réalisée
Informar les patientes des Premières Nations et Inuit de leurs droits.	Sans suivi
Développer des outils d'information sur la santé reproductive (dépliant, page Facebook, ligne téléphonique, capsule radiophonique dans plusieurs langues) accessibles en tout temps, dans les lieux comme les hôpitaux, les groupes de médecine familiale (GMF), les cliniques de planification familiale, les centres de santé communautaire, les postes de soins infirmiers, entre autres.	En partie

<b>Pour les instances des Premières Nations et des Inuit (suite)</b>	
Promouvoir la mise en œuvre d'une approche holistique de la santé et du mieux-être afin de participer aux efforts de reconstruction de l'estime de soi des femmes des Premières Nations et Inuit.	Sans suivi
Instaurer un mécanisme de suivi des cas de stérilisations imposées et de violences obstétricales, notamment par la documentation des cas via l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations déployée tous les cinq ans par la CSSSPNQL.	Réalisé
Mettre en œuvre une campagne de sensibilisation et d'information sur le consentement libre et éclairé, les stérilisations imposées et les violences obstétricales.	En partie
Collaborer avec les divers ordres professionnels du Québec dans le milieu de la santé et des services sociaux afin d'assurer l'accessibilité des communautés et des organismes des Premières Nations et Inuit au Québec pour les étudiantes et étudiants ainsi que les stagiaires.	Réalisée
Adopter une déclaration visant à promouvoir et à protéger les droits des femmes Premières Nations et Inuit en matière de santé.	Réalisée
Poursuivre la production de nouvelles connaissances sur le sujet du consentement et des stérilisations imposées par :	Réalisée
a. la réalisation d'une deuxième phase de recherche afin de recueillir les témoignages de femmes Premières Nations et Inuit qui n'ont pas pu être rencontrées pendant la présente recherche ;	Réalisée
b. le déploiement d'une recherche auprès du personnel médical sur le sujet des stérilisations imposées et des violences obstétricales ;	Réalisé
c. le développement d'une recherche sur les expériences des personnes des Premières Nations et Inuit dans les sanatoriums au Québec afin de vérifier si des cas de stérilisations imposées ont pu avoir lieu dans ces établissements.	En discussion
<b>Pour les instances gouvernementales (fédérale et provinciale)</b>	
Répondre immédiatement au rapport du Comité sénatorial permanent sur les droits de la personne au sujet de la stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada dont la première partie a été publiée en 2021 et la deuxième partie, en juillet 2022.	Sans suivi
Interpeller le Collège des médecins du Québec (CMQ) afin que cessent les pratiques de stérilisations imposées et d'avortement imposées ainsi que les pressions exercées sur les femmes des Premières Nations et Inuit pour qu'elles acceptent la procédure.	Réalisée
Mettre en place des sanctions et un retrait du permis de pratique si de tels actes sont perpétrés.	Sans suivi

Pour les instances gouvernementales (fédérale et provinciale) (suite)	
Imposer une formation obligatoire aux professionnelles et professionnels de la santé ainsi que leurs ordres professionnels sur les réalités et les droits des Premières Nations et Inuit, au-delà des efforts actuels d'implantation de la sécurisation culturelle.	En partie
Réclamer l'arrêt immédiat de la stérilisation imposée, comme stipulé dans la motion adoptée par l'Assemblée nationale en septembre 2021, ainsi que de toutes autres formes de violences obstétricales perpétrées sur les filles et les femmes des Premières Nations et Inuit au Québec. Par l'adoption à l'unanimité de cette motion, l'Assemblée nationale s'est engagée à condamner le recours à des procédures de stérilisation chez les filles et les femmes des Premières Nations et Inuit sans consentement préalable, libre et éclairé.	Sans suivi
Convoquer le CMQ afin que tous les moyens nécessaires soient pris pour faire cesser cette pratique :	Réalisée
<b>a.</b> Il est suggéré de faire un ajout à l'article 28 du <i>Code de déontologie des médecins</i> concernant la nécessité de porter une attention particulière aux femmes des Premières Nations et Inuit afin que l'obtention du consentement tienne compte des facteurs historiques, sociaux et culturels qui leur sont propres;	Réalisée
<b>b.</b> Il est suggéré de faire un ajout à l'article 11 du <i>Code civil du Québec</i> , qui spécifie que nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, traitements ou interventions, afin que les spécificités culturelles et linguistiques des femmes des Premières Nations et Inuit soient prises en compte.	En cours
Examiner comment le projet de loi 19 ( <i>Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives</i> ) du gouvernement du Québec pourrait permettre aux membres d'une famille d'avoir accès au dossier médical de leur mère afin de documenter les cas de stérilisations imposées survenus dans le passé.	Sans suivi
Mettre en œuvre les recommandations 23 et 24 de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVRC), les appels à l'action 3.1 à 3.7 de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA) ainsi que les appels à l'action 74 à 76 de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec (CERP), qui proposent l'intégration dans les soins de santé des savoirs autochtones et des pratiques qui y sont rattachées.	Sans suivi
Respecter l'article 24 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) qui stipule que les peuples autochtones ont aussi droit à des services de santé sans discrimination.	Sans suivi
Mettre en œuvre les dix appels à l'action du rapport de M <sup>me</sup> Yvonne Boyer et de la D <sup>re</sup> Bartlett (Boyer et Bartlett, 2017) qui portent sur l'éducation, la formation en compétence et en sécurisation culturelle, la création d'un comité-conseil sur le sujet avec l'implication des membres des communautés et la révision des formulaires en matière de ligature des trompes.	Sans suivi

<b>Pour les instances gouvernementales (fédérale et provinciale) (suite)</b>	
Financer adéquatement le déploiement de la formation de doulas au sein des communautés des Premières Nations et Inuit ainsi que des services de sages-femmes dans les communautés des Premières Nations et Inuit, en plus de ceux déjà existants dans certaines régions du Québec, afin que les femmes des Premières Nations et Inuit aient accès à ces services, et ce, d'une façon qui soit respectueuse pour elles.	En cours
Financer adéquatement la formation universitaire de sages-femmes, en français et en anglais, intégrer un volet culturel au curriculum de cours, et réserver des places aux étudiantes Premières Nations et Inuit.	En partie
Financer adéquatement les services d'interprètes pour les langues autochtones dans les hôpitaux du Québec.	En cours
Appuyer la mise en œuvre du Plan d'action contre le racisme et la discrimination – volet santé – de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL).	Sans suivi
Adopter le Principe de Joyce.	En partie
Reconnaître le racisme systémique au Québec.	Sans suivi
<b>Pour les femmes des Premières Nations et Inuit</b>	
Dans la mesure où elles le souhaitent, raconter leurs expériences de stérilisations imposées et de violence obstétricales, dénoncer le traitement reçu et éduquer leurs filles sur ces enjeux.	En partie
<b>Pour les ordres professionnels des corps médicaux</b>	
Revoir la formation offerte au corps médical en matière de consentement libre et éclairé, particulièrement en obstétrique et en gynécologie.	En partie
Demander au CMQ de prendre acte des recommandations de la présente recherche et de se doter d'un plan d'action rigoureux afin de s'attaquer à cet enjeu, de sensibiliser ses membres et de prévenir de tels gestes à l'avenir.	Réalisée



## MISSION

Accompagner les Premières Nations au Québec dans l'atteinte de leurs objectifs en matière de santé, de mieux-être, de culture et d'autodétermination.

## VISION

Les personnes, les familles et les communautés des Premières Nations sont en santé, ont un accès équitable à des soins et à des services de qualité, et exercent leur autodétermination et autonomie culturelle.



COMMISSION DE LA SANTÉ  
ET DES SERVICES SOCIAUX  
DES PREMIÈRES NATIONS  
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR