

Consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec

Rapport de recherche

Novembre 2022



Autrices

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)

Patricia Bouchard, étudiante au doctorat sur mesure à l'École d'études autochtones et rattachée au Laboratoire de recherche sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones – Mikwatisiw, UQAT

Collaborateurs

Nancy Gros-Louis McHugh, gestionnaire du secteur de la recherche, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

Patricia Montambault, agente de recherche, CSSSPNQL

Caroline Fiset, agente de recherche, CSSSPNQL

M^e Sébastien Brodeur-Girard, avocat et professeur, UQAT

Jane Gray, consultante

Comité régional

Alexandra Picard, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ)

Bertie Wapachee, Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CBHSSJB)

Debbie Delisle, aînée de la communauté de Kahnawake

Elena Labranche, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN)

M^e Sarah-Maude Belleville-Chénard et **M^e Léa Lemay-Langlois**, Cabinet d'avocats Dionne Schulze

Marjolaine Sioui, directrice générale, CSSSPNQL

Marjolaine Étienne, Femmes Autochtones du Québec (FAQ)

Nadia Robertson, Conseil des femmes élues de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL)

Sénatrice Yvonne Boyer, Sénat du Canada

Tiffany Sheshamush, Cree Women of Eeyou Istchee Association (CWEIA)

Tina Mark-Ottereyes, CWEIA

Veronica Carrozzì, Bureau de la sénatrice Yvonne Boyer

Graphisme

Karine Potvin

Le design de ce rapport est inspiré d'une oeuvre réalisée par madame Étienne Benjamin de Mashteuiatsh, offert à Suzy Basile par Puakuteu, le Comité de femmes de Mashteuiatsh.

Veillez noter que le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but d'alléger le texte.

Remerciements

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

Ce document est accessible en version électronique, en français et en anglais, à l'adresse 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 préalable 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). (2022). *Consentement libre et éclairé et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec* [rapport de recherche], CSSSPNQL, Wendake, 76 pages.

Toute demande doit être adressée à la CSSSPNQL par courrier ou par courriel aux coordonnées ci-dessous :

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
info@cssspnql.com

Tous droits réservés à la CSSSPNQL.

Dépôt légal – 2022

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN web : 978-1-77315-431-2

ISBN version imprimée : 978-1-77315-436-7

© CSSSPNQL, 2022

Table des matières

Liste des figures	5
Liste des tableaux	5
Liste des abréviations	6
Honorer	7
Note aux lecteurs	7
Faits saillants	8
1. Introduction	10
2. Contexte du consentement au Canada	12
3. Contexte du consentement au Québec	13
4. Fil des événements	14
5. Nécessité d'une recherche au Québec	16
6. Objectifs de la recherche	18
7. Mise en œuvre de la recherche	19
8. Démarche éthique	20
9. Stratégie de communication	21
10. Méthodologie	22
10.1 Contexte et limites	22
10.2 Collecte de données	22
10.2.1 Phase I	22
10.2.2 Phase II	23
11. Analyse des résultats	26
12. Résultats	27
12.1 Témoignages reçus et nation ou peuple d'appartenance	27
12.2 Codification des types d'intervention	28
12.2.1 Stérilisations imposées (SI)	28
12.2.2 Stérilisations imposées (SI) et violences obstétricales (VO)	28
12.2.3 Avortements imposés (AI)	28
12.2.4 Violences obstétricales (VO)	28
12.2.5 Témoins de divers actes (TE)	28
13. Trame temporelle des événements	30
13.1 Avant	30
13.1.1 Motifs et lieux de consultation	30
13.1.2 Risques et répercussions d'une ligature des trompes	31
13.1.3 Absence d'information ou informations inexactes sur le caractère permanent de la ligature des trompes	31

13.1.4	Pressions pour accepter une ligature des trompes	32
13.1.5	Absence d'alternative à la ligature des trompes	33
13.1.6	Absence d'information ou informations inexactes sur l'hystérectomie	34
13.1.7	Absence d'alternative à l'hystérectomie	34
13.1.8	Barrière de la langue	35
13.1.9	Absence d'un formulaire de consentement	36
13.1.10	Entrecroisement d'enjeux entourant la stérilisation	37
13.1.11	Présence d'un formulaire de consentement	38
13.1.12	Perceptions et ressentis face au cadre hospitalier et au personnel médical	38
13.2	Pendant	40
13.2.1	Stérilisations imposées	40
13.2.2	Stérilisations imposées et violences obstétricales	42
13.2.3	Violences obstétricales (sans stérilisation)	46
13.2.4	Avortements imposés	48
13.3	Après	50
13.3.1	Contexte lors duquel les participantes ont appris qu'elles avaient subi une procédure stérilisante	51
13.3.2	Répercussions sur leur santé physique	53
13.3.3	Répercussions sur leur santé psychologique	55
13.3.4	Impacts sur leur vie personnelle	55
13.3.5	Révélations dans le contexte de la recherche	56
14.	Principaux constats	58
14.1	Mise à mal du consentement libre et éclairé des patientes	58
14.2	Méfiance, craintes et évitement des services de santé	59
14.3	Traitement différentiel dans les hôpitaux	60
14.4	Âge des patientes et circonstances de la stérilisation	61
15.	Limites de la recherche	62
16.	Conclusion	63
17.	Recommandations	64
17.1	Recommandations formulées par des participantes à la recherche	64
17.2	Recommandations formulées par l'équipe de recherche	64
Références	68
Annexe A - Lexique	73

Liste des figures

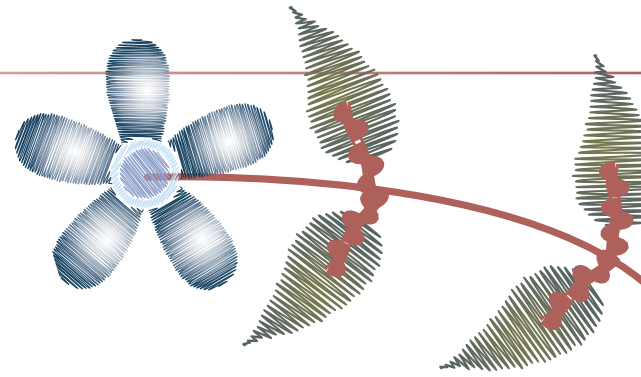
Figure 1. Étapes de la phase I	24
Figure 2. Étapes de la phase II	25

Liste des tableaux

Tableau 1. Témoignages reçus selon la nation ou peuple d'appartenance	27
Tableau 2. Âge et moment des interventions	27
Tableau 3. Types d'intervention et nombre de témoignages	29
Tableau 4. Nombre de cas en fonction de la ville où les événements se sont produits	29
Tableau 5. Caractéristiques des participantes ayant subi une stérilisation imposée	41
Tableau 6. Caractéristiques des participantes ayant subi une stérilisation imposée et des violences obstétricales .	43

Liste des abréviations

APNQL	Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador	CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
AI	Amnistie internationale	CWEIA	Cree Women of Eeyou Istchee Association
BQ	Barreau du Québec	DNUDPA	Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones
CCSSBJ	Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James	ENFFADA	Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones assassinées ou disparues
CCNSA	Centre de collaboration nationale de la santé autochtone	FAQ	Femmes Autochtones du Québec
CERP	Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès	FQPN	Fédération du Québec pour le planning des naissances
CER-UQAT	Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	RCAAQ	Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	RRSSN	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	RNR	Regroupement Naissance-Renaissance
CMQ	Collège des médecins du Québec	UQAT	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
CSPDP	Comité sénatorial permanent des droits de la personne		



Honorer

Pour l'ensemble des participantes sans qui cette démarche aurait été vaine, pour celles qui font preuve d'un courage indescriptible en racontant leur vérité, pour celles qui nous ont fait l'honneur de leur confiance : du plus profond de notre cœur, merci. Ce simple mot ne peut rendre compte de toute la gratitude et la profonde considération que nous avons envers chacune d'entre vous. Votre sincérité, votre voix et votre profonde humanité constituent les éléments essentiels à cette démarche et il est tout à fait nécessaire de le souligner. Vous êtes la raison d'être derrière chacune des étapes de cette démarche et nous espérons que ce rapport de recherche sera à la hauteur de la confiance que vous nous avez accordée.

Note aux lecteurs

Pour plusieurs, la stérilisation imposée est une réalité méconnue et incompréhensible en raison du degré de violence que ce geste implique. Toutefois, encore aujourd'hui, des femmes autochtones subissent d'importantes violations de leurs droits dans un contexte de soins en gynécologie et obstétrique. Les témoignages qui émanent de cette recherche, aussi sensibles et bouleversants soient-ils, viennent affirmer la nécessité d'aborder ce sujet de front. Nous avons dû avoir recours à l'usage de plusieurs termes médicaux complexes. Afin de faciliter leur compréhension, un lexique est disponible en annexe du rapport de recherche (Annexe A). L'expression « stérilisation imposée » a notamment fait l'objet de discussions avec le Comité régional, qui a chapeauté la recherche. Une des participantes a soulevé le fait que plusieurs femmes ont subi une procédure stérilisante à leur insu (elles ne savaient pas qu'elles avaient été stérilisées; la stérilisation leur a donc été imposée). L'expression « stérilisation forcée », plus couramment utilisée dans la littérature, reflétait moins précisément les circonstances lors desquelles ces gestes non consentis ont été posés, selon les témoignages recueillis dans le cadre de la présente recherche réalisée au Québec.

Faits saillants

Le sujet des stérilisations imposées est méconnu et très peu documenté au Québec. Par ailleurs, la complexité, la honte et la charge émotive qui lui sont associées, ainsi que le caractère formel et potentiellement intimidant des commissions d'enquête ont pu freiner certaines femmes des Premières Nations et Inuit à témoigner de leurs expériences. De plus, selon la tendance observée dans les nombreux témoignages reçus lors de différentes commissions d'enquête, il est plausible de penser que les stérilisations imposées n'ont pas ou très peu fait l'objet de plaintes auprès des autorités médicales.

L'absence de données n'est toutefois pas un indicateur fiable pour affirmer qu'une telle pratique n'ait pas lieu dans la province et ainsi légitimer le refus du gouvernement du Québec de prendre part aux travaux du groupe de travail sur la compétence culturelle en santé mis sur pied par le gouvernement fédéral.

Cette recherche vise à pallier le manque de données sur la stérilisation imposée de femmes des Premières Nations et Inuit et à brosser le portrait de cette réalité au Québec. La collecte de donnée, réalisée entre mai 2021 et janvier 2022, a permis de recueillir 35 témoignages de personnes issues de cinq nations ou peuples.

Plusieurs participantes ont réalisé qu'elles avaient été stérilisées plusieurs années après le moment de l'intervention, alors qu'elles allaient consulter pour leur fertilité.

Parmi les témoignages recueillis, neuf concernent une stérilisation imposée, treize concernent une stérilisation imposée et d'autres violences obstétricales, six se rapportent à des violences obstétricales sans stérilisation imposée, trois renvoient à un avortement imposé et quatre relatent des actes posés sur un membre de leur famille ou dans le contexte de leur travail.

Plusieurs participantes rapportent ne pas avoir signé de formulaire de consentement. Dans les cas où les formulaires de consentement ont été signés, les participantes expliquent que les informations fournies par le corps médical (dans une deuxième ou une troisième langue, pour plusieurs) ne leur ont pas fait comprendre les répercussions de l'intervention sur leur capacité à procréer. Des informations erronées à propos du caractère réversible de celle-ci ont été fournies à un certain nombre d'entre elles.

Au total, 22 participantes sur 35 (63 %) se sont vu proposer que la ligature des trompes comme méthode de contraception, et ce, peu importe leur âge et le nombre d'enfants qu'elles avaient.

Les stérilisations ont été réalisées de manière précipitée, souvent après un accouchement, alors que les participantes n'avaient jamais parlé de contraception avec leur médecin lors de leur suivi de grossesse et qu'aucune raison médicale ne justifiait l'empressement à réaliser cette intervention.

La majorité des participantes à la recherche étaient âgées de 17 à 33 ans lorsqu'elles ont été stérilisées alors que sur le plan biologique, la période la plus favorable pour porter des enfants se situe entre 20 et 35 ans. Le dernier cas de stérilisation imposée recensé au Québec date de 2019.

En plus d'avoir subi une violation de leur corps et de leurs droits, certaines participantes ont rapporté des effets secondaires ou des traumatismes liés à l'intervention, comme des problèmes biologiques non traités à la suite d'une hystérectomie ou encore une méfiance envers les services de santé et un refus de retourner consulter.

Plusieurs témoignages font état du traitement différentiel, des attitudes négatives et des propos dégradants de la part du personnel médical à l'égard des femmes des Premières Nations et Inuit.

Au moins une vingtaine d'autres femmes au Québec ayant vécu une stérilisation imposée ou une autre forme de violence obstétricale n'ont pas été en mesure, pour différentes raisons, de participer à cette recherche. Le nombre de cas documentés dans ce rapport offre donc une sous-estimation de la réalité.

Force est de constater que l'analyse des témoignages recueillis dans le cadre de la présente recherche, juxtaposée aux conclusions de récents travaux de recherche menés sur les enjeux auxquels font face les Premières Nations et les Inuit dans les services publics au Québec, converge vers un constat clair, soit la présence de racisme systémique.

1. Introduction

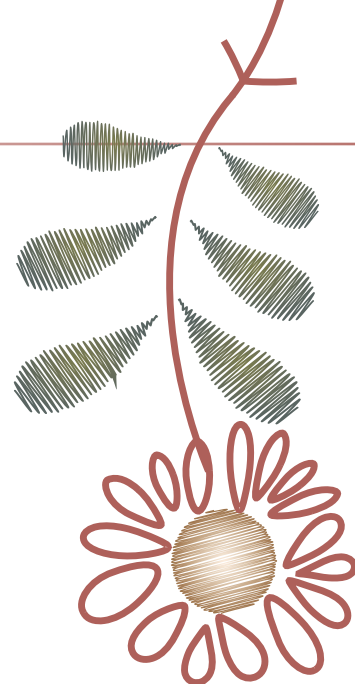
La stérilisation forcée n'est qu'une des nombreuses formes de violence subies par les femmes autochtones, mais c'est une forme de violence tellement intime – une violation de l'intégrité physique et un vol d'humanité – l'humanité de porter des enfants. Il n'y a pas moyen de surmonter cela. Surtout quand les raisons de cette violence perdurent (Stote, 2021 : 117, traduction libre).

Cette citation de la chercheuse Karen Stote nous rappelle que les peuples autochtones, et plus particulièrement les femmes, ont fait l'objet de nombreuses tentatives d'éradication et ont subi maintes formes de dépossession, dont celle du territoire (Stote, 2021, 2022). Le fait que les États coloniaux du monde entier aient tenté de rompre le lien entre les peuples autochtones et leur territoire, et par le fait même d'empêcher la transmission des savoirs liés à la grossesse et à l'accouchement, et qu'ils aient délibérément réduit leur nombre par différents moyens, s'insère dans un projet de génocide annoncé (Stote, 2015). Bien qu'il existe plusieurs outils internationaux qui stipulent que les stérilisations forcées sont : 1) une forme de violence envers les femmes (*Déclaration et Programme d'action de Beijing*, 1995), 2) un des éléments constitutifs du crime de génocide et des crimes contre l'humanité (*Statut de Rome de la Cour pénale internationale*, 2002), 3) des pratiques à supprimer et à condamner (*Déclaration inter-agences des Nations Unies sur l'élimination de la stérilisation forcée, contrainte et de toute autre forme de stérilisation non volontaire*, 2014), il a été démontré que les politiques de contrôle de la population de certains pays ont sciemment ciblé les femmes autochtones, par la mise en œuvre de campagnes de stérilisation sans consentement de plusieurs milliers d'entre elles (AI, 2019 ; WHO, 2014).

Au Canada, la stérilisation imposée s'inscrit dans un continuum de violences coloniales qui perdurent encore aujourd'hui. Il a été démontré que les politiques du gouvernement fédéral des années 1960-1970, telles que la décriminalisation de la contraception et la mise en place de programmes de planification familiale, ont été en partie vouées à réduire le taux de natalité chez les peuples autochtones (Stote, 2022). Ce contrôle de la fertilité est enraciné dans des préjugés tenaces et pernicieux, tels que celui de la *Welfare Queen* (que l'on peut traduire par « reine de l'aide sociale »), selon lesquels certaines femmes tombent enceintes à répétition pour recevoir le soutien financier de l'État, ou encore qui dépeignent des femmes comme étant insouciantes, négligentes et incapables de prendre soin d'un enfant (Sullivan, 2001). Ces stéréotypes sont fréquemment associés aux femmes autochtones et servent à légitimer le contrôle que l'État exerce sur elles, leur corps et leur famille (Smith, 2003). En effet, les travaux de Jana Grekul démontrent que les femmes autochtones étaient surreprésentées comparativement aux autres groupes de personnes pouvant être stérilisées en vertu du *Sexual Sterilization Act* (loi qui permettait la stérilisation de personnes jugées inaptes, notamment), en vigueur en Alberta de 1928 à 1972 (Grekul, 2002). Il est également démontré que des « formes temporaires de stérilisations », telles que les implants sous-cutanés, les injections de Depo-Provera et la pose d'un stérilet¹, sont plus souvent prescrites aux femmes autochtones, ces dernières étant considérées comme trop « paresseuses » pour utiliser d'autres types de contraceptifs nécessitant une manipulation, comme la pilule contraceptive (Clarke, 2021 ; Dyck et Lux, 2016). Ces moyens de contraception ont été prescrits aux femmes autochtones avant même d'être approuvés pour usage par toutes les Canadiennes (Stote, 2015).

¹ Au moment de rédiger ce rapport, le ministre de la Santé du Danemark annonçait la tenue d'une enquête sur le « scandale du stérilet (*spiral scandal*) » au Groenland. Dans les années 1960-1970, des femmes et des filles groenlandaises se sont fait insérer un stérilet sans leur consentement ni celui de leurs parents. Selon les estimations, cette campagne de régulation des naissances aurait permis la réduction de près de 50 % de la population du Groenland (Haahr Pedersen, 2022).

Dans l’imaginaire collectif, la représentation de la «squaw», dépeinte comme une femme facile et aux mœurs légères, a souvent teinté le discours politique et social entourant les femmes autochtones (Smith, 2003). Les femmes des Premières Nations et Inuit au Québec n’y échappent pas. Le rapport d’enquête de la coroner M^e Géhane Kamel sur le décès de Joyce Echaquan survenu le 28 septembre 2020, cette jeune femme atikamekw de la communauté de Manawan, mère de sept enfants, fait état des propos injurieux, sexistes et racistes que le personnel médical de l’hôpital de Joliette a tenu à son égard avant son décès (Kamel, 2021). Ici comme ailleurs, la colonisation et ses bouleversements ont grandement affecté la santé des femmes autochtones, leur lien avec le territoire, la transmission intergénérationnelle des savoirs et bien d’autres sphères de leur vie (Basile, 2017 ; Labra et al. (sous presse)). Encore aujourd’hui, bon nombre d’entre elles doivent se battre pour faire reconnaître les torts dont elles sont victimes et pour obtenir réparation (Ryan et al., 2021).



2. Contexte du consentement au Canada

Sur la scène canadienne, la stérilisation imposée des femmes autochtones est un enjeu qui soulève controverse, consternation et incompréhension. En 2013, des femmes autochtones de la Saskatchewan prennent la parole pour la première fois dans les médias afin de dénoncer le traitement qu’elles ont subi alors qu’elles donnaient naissance à l’hôpital Royal de Saskatoon (CCNSA, 2020 ; Crozier, 2017). Elles rapportent avoir été victimes de pressions et de menaces de la part du personnel médical afin qu’elles consentent à une ligature des trompes de Fallope². Alors qu’elles étaient sur le point d’accoucher, l’équipe médicale ne cessait d’insister pour qu’elles acceptent de subir cette procédure. La ligature consiste à lier, cautériser ou couper le tissu des trompes dans le but d’empêcher toute fécondation. Il s’agit d’une opération qui est permanente et dont les effets sont quasi irréversibles, de sorte qu’une femme n’est plus en mesure d’enfanter par la suite. Précisons que certaines chirurgies peuvent être tentées afin de restaurer le tissu des trompes de Fallope, mais il s’agit d’une « [...] intervention compliquée, coûteuse et qui ne réussit pas toujours » (FQPN, 2022).

Sans considération pour leur état physique, mental, émotionnel et spirituel, sans offrir toutes les informations nécessaires à l’exercice de leur consentement libre et éclairé et sans tenir compte de leurs refus répétés, ces patientes rapportent avoir accepté la ligature dans un contexte de coercition et sous l’influence de la peur. Elles étaient dans un contexte de vulnérabilité, habitées par des appréhensions liées à l’accouchement, à leur santé et à celle de leur enfant à naître. L’absence de considération, l’insistance, voire le harcèlement dont elles ont été victimes de la part du personnel médical a suscité chez elles une profonde crainte (Boyer et Bartlett, 2017).

Ces premières dénonciations en Saskatchewan ont eu l’effet d’une lame de fond, si bien que de nombreuses femmes autochtones de partout au pays ont ensuite rapporté avoir subi elles aussi une stérilisation imposée. Le dénominateur commun de leurs témoignages est la mise à mal, voire l’absence de consentement libre et éclairé. Ainsi, certaines patientes ont consenti à une ligature sur la base de fausses informations, notamment concernant le caractère réversible de cette procédure. D’autres ont subi une ligature à leur insu, le plus souvent lors d’une césarienne. Lorsque leurs tentatives pour concevoir un enfant se révélaient infructueuses, elles consultaient des mois, voire des années plus tard, et elles apprenaient alors que leurs trompes avaient été ligaturées (Crozier, 2017).

Devant le *Comité sénatorial permanent des droits de la personne* (CSPDP), chargé d’étudier la stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada, l’avocate Alisa Lombard souligne que le consentement libre et éclairé repose sur quatre piliers : la capacité, la divulgation complète des risques, des conséquences et des autres options possibles, le fait d’avoir du temps ainsi qu’un environnement approprié pour réfléchir et l’absence de coercition (CSPDP, 2021). En ce qui a trait aux témoignages de femmes autochtones ayant subi une stérilisation imposée, il est possible de constater que ces quatre piliers ont été mis à mal, voire non considérés, par l’équipe médicale (Crozier, 2017 ; Fournier, 2021). Rappelons également qu’au Canada, les droits de la femme sont encadrés par plusieurs textes de loi importants, tels que la Charte canadienne des droits et libertés. Le droit à l’intégrité, à la dignité, à l’autonomie, à la vie et à la sécurité est au cœur de celle-ci.

2 À partir de maintenant, nous utiliserons le terme « trompes » pour désigner les trompes de Fallope.

3. Contexte du consentement au Québec

Tout comme la Charte canadienne, la Charte des droits et libertés de la personne du Québec reconnaît le droit à l'intégrité de sa personne, soit l'assurance de ne pas subir de soins sans son consentement. Pierre angulaire du droit des patients, le consentement libre et éclairé est un concept qui module la relation, les interactions et la prise de décision entre un médecin et son patient (CMQ et BQ, 2018). Comme stipulé par le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'objectif du consentement est « [...] que les soins donnés respectent les volontés de la personne concernée et, en accord avec ce qui a été jugé comme médicalement requis, soient pour elle les plus appropriés possibles » (CMQ, 2021). Plus précisément, le patient est libre d'exprimer sa volonté, et son consentement doit être obtenu en l'absence de menaces, pressions ou contraintes (CMQ, 2021). Pour que le consentement du patient soit considéré comme éclairé, il doit être informé de manière objective et compréhensible des caractéristiques inhérentes à une intervention (p. ex. : diagnostic, risques, autres alternatives possibles). L'autodétermination de l'individu tout comme les notions d'inviolabilité et du droit à l'intégrité sont intrinsèquement liées au consentement (CMQ et BQ, 2018). Plus précisément, « [...] l'autonomie décisionnelle du patient en contexte médical s'exerce essentiellement dans son droit d'accepter ou de refuser les soins proposés par le médecin, c'est-à-dire les soins que celui-ci a identifiés comme médicalement pertinents » (CMQ et BQ, 2018 : 14).

Le *Code de déontologie des médecins* contient plusieurs articles qui abordent spécifiquement la question du consentement libre et éclairé et la nécessité de l'obtenir avant toute intervention (art. 4, 28, 29, 30, entre autres).

De plus, le *Code civil du Québec* contient des articles de loi qui viennent réaffirmer les droits des patients, tels que le droit à l'inviolabilité de la personne et la notion de consentement libre et éclairé (art. 10 et 11) (RNR, 2019). Malgré tous les dispositifs mis en place, il est essentiel d'examiner le droit en action, particulièrement dans un contexte hospitalier (Cadorette, 2006). À cet effet, il est possible d'examiner le *Code de déontologie des médecins* tout comme la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui balisent l'obligation de renseignement des professionnels d'informer les patients au Québec (art. 23 à 29).

Concrètement, plusieurs facteurs peuvent venir perturber, voire restreindre la pleine agentivité³ d'une patiente : compréhension, qualité de l'information transmise, contexte lors duquel la patiente se voit présenter différents choix, etc. Dans les cas liés à la stérilisation imposée, il existe une corrélation directe entre l'agentivité d'une patiente et sa capacité de consentir à un soin, d'apprécier l'information qui lui est transmise par l'équipe médicale et d'être en mesure de s'exprimer. Il importe aussi de considérer la vulnérabilité, le stress ainsi que le fait qu'une parturiente⁴ est « captive » de son état (Cadorette, 2006).

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.

3 L'agentivité fait référence à la capacité d'action d'une personne, à agir sur les autres et le monde.

4 Ce terme désigne une femme qui est en train d'accoucher.

4. Fil des événements

Au cours des dernières années, le sujet de la stérilisation imposée au Canada a fait couler beaucoup d'encre. En ce sens, les différents événements énoncés ci-dessous permettent de mieux saisir le contexte politique et social qui a donné lieu à la présente recherche. Il importe ici de souligner le courage ainsi que la détermination des femmes autochtones de la Saskatchewan qui ont choisi de briser le silence et de faire connaître leur vécu au monde entier. Leur prise de parole et leur militantisme ont pavé la voie pour des initiatives comme la présente recherche.

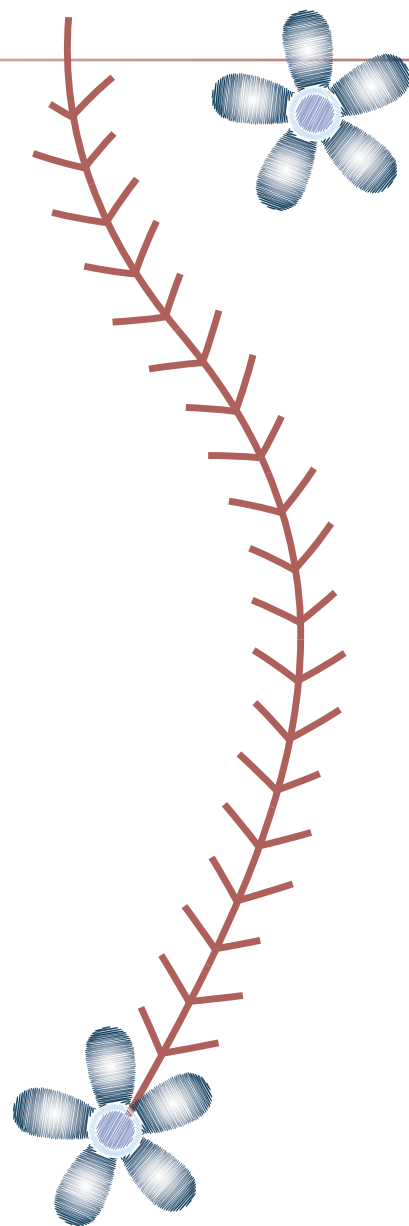
Les témoignages qui émanent de la Saskatchewan ont déclenché une vague d'indignation partout au pays et permettent de libérer la parole autour de cet enjeu (Barrera, 2019; Kirkup, 2018a; PC, 2019; Shield, 2017). De ce fait, plusieurs femmes autochtones rapportent avoir été stérilisées contre leur gré dans différentes circonstances et dans plusieurs provinces canadiennes. Leurs récits ont eu une incidence dans la sphère médiatique et politique. Tout d'abord, une enquête a été menée au Royal University Hospital de Saskatoon pour faire la lumière sur les pratiques en matière de stérilisation. Ces travaux ont été menés par la sénatrice métisse Yvonne Boyer et par la médecin Judith Bartlett. Leur rapport, intitulé *External Review: Tubal Ligation in the Saskatoon Health Region: The Lived Experience of Aboriginal Women*, est paru en 2017. Au total, sept femmes y témoignent de leurs expériences : elles relatent que les professionnels de la santé n'ont pas eu leur capacité à faire un choix et à exercer leurs droits, que les explications concernant les procédures étaient insuffisantes et que leurs refus répétés étaient sciemment ignorés. En ce qui a trait à la signature d'un formulaire de consentement pour l'intervention, deux cas de figure se dessinent : certaines d'entre elles n'ont aucun souvenir d'avoir signé le document et d'autres rapportent qu'elles l'ont signé pendant ou juste après leur accouchement, car elles étaient trop dépassées ou trop exténuées pour continuer de s'y opposer (Boyer et Bartlett, 2017). Dans leurs témoignages, ces patientes soulignent les répercussions multiples qu'elles ont vécues : sentiment d'avoir

perdu leur féminité, refoulement émotionnel et cognitif face à l'événement, fin d'une relation conjugale, etc. De plus, l'ensemble des femmes interrogées rapportent qu'elles évitent désormais à tout prix les services de santé, l'idée même de consulter un professionnel de la santé étant une source de peur et d'angoisse pour elles. Leur manque de confiance envers le personnel médical les rend très réticentes à aller chercher de l'aide, même pour des problèmes de santé aigus (Boyer et Bartlett, 2017).

En 2017, l'avocate Alisa Lombard dépose une demande de recours collectif en Saskatchewan et en date d'aujourd'hui, une centaine de femmes autochtones de partout au pays se sont jointes au recours (Fournier, 2021; Communication personnelle, 2021). Selon les plus récentes informations disponibles, le recours collectif est en attente d'autorisation par le tribunal, une étape judiciaire qui vise à s'assurer que les conditions prescrites par la loi sont remplies. En 2018, le *Comité des Nations Unies contre la torture* a fait part de ses « préoccupations » face aux cas répertoriés en Saskatchewan et souligne que « l'État [le Canada] doit prendre des mesures législatives et politiques pour empêcher les femmes d'être stérilisées contre leur gré » (Kirkup, 2018a). Ce même comité a soulevé de profondes préoccupations en matière de droit de la personne et demandé à ce que le Canada dépose un rapport provisoire sur l'avancement du dossier plutôt que d'attendre le prochain examen quinquennal. Par la suite, en 2019, le CSPDP a lancé des audiences sur cette question et a rencontré plusieurs experts dans le cadre de son mandat.

Cette même année, le gouvernement fédéral a créé un groupe de travail sur la compétence culturelle en matière de santé. L'enjeu des stérilisations forcées était au cœur des travaux de ce groupe (Kirkup, 2018b). Selon les plus récentes informations disponibles, aucun engagement ni action n'ont été officiellement annoncés.

Sur le plan juridique, ce sont des femmes atikamekw de la communauté de Manawan au Québec qui ont choisi de déposer une demande d'action collective (Josselin, 2021). Selon les informations disponibles, deux femmes agissent « à titre de représentantes pour toutes les femmes d'origine atikamekw qui ont subi une intervention chirurgicale ayant porté atteinte à leur fertilité sans avoir donné leur consentement libre et éclairé, au CISSS de Lanaudière, depuis décembre 1971 » (Josselin, 2021; Dionne Schulze, 2022). Déposé en octobre 2021, le recours n'est pas encore autorisé par la Cour, mais les femmes concernées peuvent s'inscrire pour en faire partie (Dionne Schulze, 2022).



5. Nécessité d'une recherche au Québec

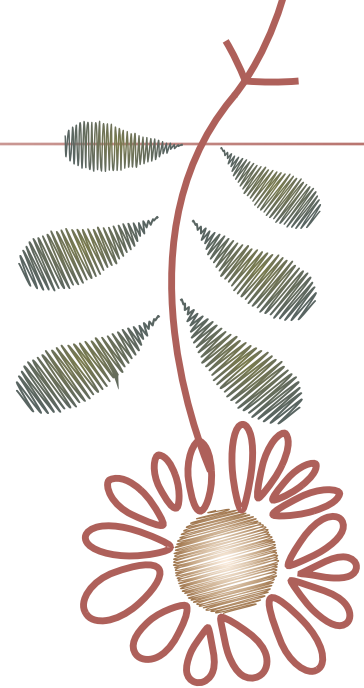
En 2019, le gouvernement du Québec a refusé de prendre part aux travaux du groupe de travail sur la compétence culturelle en santé mis sur pied par le gouvernement fédéral. Les représentants de la ministre de la Santé ont soutenu qu'ils étaient déjà « sensibilisés » à la question (Shaheen-Hussain, 2021). Ils indiquaient également qu'aucun cas de stérilisation imposée n'a été recensé dans la province et que la santé est un domaine de compétence exclusivement provinciale (PC, 2019). Précisons que la santé est plutôt une compétence partagée entre le gouvernement provincial et fédéral pour les Premières Nations au Canada, comme le rappelle le Rapport de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès (CERP, 2019). Cette prise de position a été vivement critiquée par la classe politique canadienne (politiciens et sénateurs autochtones et allochtones) ainsi que par plusieurs chercheurs et organismes autochtones au Québec. Malgré le dévoilement (lors d'entrevues avec certains médias, notamment) de plusieurs femmes des Premières Nations et Inuit au Québec qui ont été victimes de cette pratique, le gouvernement québécois a maintenu son refus de participer aux travaux du comité et reste campé sur sa position⁵ (Basile et al., 2019 ; Fournier, 2021 ; Lombard et Shaheen-Hussain, 2021 ; Nadeau et Sioui, 2021b).

Le sujet des stérilisations imposées chez les femmes des Premières Nations et Inuit est méconnu et très peu documenté au Québec. Aucune donnée scientifique n'était disponible pour évaluer l'étendue du phénomène et pour mieux comprendre les circonstances lors desquelles le consentement libre et éclairé des patientes autochtones n'est pas respecté. À l'été 2019, une revue de littérature sur le sujet des stérilisations de femmes autochtones dans le monde a été menée par le Laboratoire de recherche sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones – Mikwatisiw de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). Il appert que la quantité de l'information disponible sur la situation dans les provinces canadiennes varie considérablement. Alors que plusieurs articles scientifiques et thèses portent sur les provinces de l'ouest du Canada, il y avait très peu de données et de témoignages qui émanent des provinces de l'est du pays, dont le Québec.

En lien avec les objectifs de cette recherche, nous souhaitons documenter la situation dans la province du Québec et répertorier des cas de stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit. Nous croyons que l'absence de données n'a pas été un indicateur fiable pour affirmer qu'une telle pratique n'a pas eu lieu au Québec. Ce n'est que tout récemment que des femmes des Premières Nations ont pris la parole dans les médias et ont révélé avoir été victimes d'une telle pratique au Québec (Fournier, 2021 ; Nadeau et Sioui, 2021b). De plus, des participantes ont mentionné aux membres de l'équipe de recherche avoir une grande réticence à parler de leurs expériences douloureuses, mais en ressentir le devoir afin que ces pratiques cessent.

⁵ Le 21 mai 2021, le premier ministre Legault fait une sortie publique concernant cette série d'articles parus dans *Le Devoir* concernant des mauvais traitements envers les Autochtones dans le milieu de la santé : « Le premier ministre du Québec, François Legault, trouve « préoccupant » et « triste » de voir que de nombreux Autochtones sont mal traités lorsqu'ils sollicitent des soins dans des établissements de santé québécois [...] « Maintenant, c'est tolérance zéro », a-t-il répondu lors de la conférence de presse [...] » (Nadeau et Sioui, 2021a). Le 29 septembre de la même année, une motion adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale du Québec réclame l'arrêt immédiat de la stérilisation imposée ainsi que de toutes autres formes de violences obstétricales perpétrées sur les filles et les femmes des Premières Nations et Inuit au Québec (ANQ, 2021).

Nous émettons l'hypothèse que des stérilisations imposées n'ont pas fait l'objet de plaintes auprès des autorités médicales (p. ex. : CISSS/CIUSSS, CMQ). C'est une tendance qui a été observée dans les nombreux témoignages reçus lors des travaux de la Commission Viens (CERP). Tous services publics confondus, il a été révélé que «les systèmes et les façons de faire en place ne permettent pas non plus de savoir avec précision combien de personnes d'origine autochtone ont déposé une plainte pour signifier leur insatisfaction à l'égard des services obtenus» (CERP, 2019 : 238). Le commissaire Viens souligne aussi la méconnaissance, le manque d'informations ainsi que la méfiance des Autochtones vis-à-vis les différents processus de plainte. Cela dit, aucun cas de stérilisation imposée n'a été entendu lors des audiences de la CERP. Nous croyons que la complexité du sujet, la honte et la charge émotive, ainsi que le caractère somme toute officiel et potentiellement intimidant d'une commission d'enquête ont pu freiner la volonté de certaines femmes à témoigner.



6. Objectifs de la recherche

La présente recherche vise à pallier le manque de données sur la stérilisation imposée de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec. Il s'agit d'une occasion unique pour les femmes des Premières Nations et Inuit au Québec de faire connaître leur histoire et de témoigner dans un cadre respectueux des principes de recherche avec les peuples autochtones (Asselin et Basile, 2012). À notre connaissance, aucune étude n'a encore été menée sur le sujet au Québec, si bien que ce projet semble tout à fait inédit et permet de répondre à un réel besoin de faire avancer la recherche sur cette problématique. Dans cette intention, la recherche sur la stérilisation imposée des femmes des Premières Nations et Inuit permet de mettre en lumière les enjeux sous-jacents de cette problématique. Ainsi, la notion de consentement libre et éclairé est au cœur de la recherche, tout comme l'étude du racisme et de la discrimination systémique vécue par les femmes autochtones au sein du système de santé.

Cette recherche permet également d'en savoir plus sur les circonstances, la qualité des informations transmises aux patientes et les perceptions des femmes des Premières Nations et Inuit vis-à-vis la procédure de stérilisation qu'elles ont subie. En fonction de leurs expériences personnelles, il a été possible de déceler des enjeux liés à la communication, à une compréhension adéquate des termes médicaux, aux facteurs cognitifs, émotionnels et physiques qui ont eu une incidence sur l'aptitude à consentir. En plus de documenter le vécu des femmes des Premières Nations et Inuit sur le sujet, cette recherche veut lever le voile sur les pratiques médicales qui ont une incidence sur les soins de santé qu'elles reçoivent et sur leur autonomie décisionnelle en tant que patientes.

7. Mise en œuvre de la recherche

Les différents constats énoncés ci-haut, ainsi que la participation à un forum national sur le choix et le consentement éclairé dans les services de santé organisé par le CCNSA tenu en janvier 2020, ont mené la professeure Suzy Basile, de l'UQAT, et Marjolaine Sioui, directrice générale de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), à unir leurs forces et à jeter les bases d'un projet de recherche sur les stérilisations imposées. Une entente de collaboration a été signée entre les deux parties afin de définir les paramètres et les responsabilités des organismes et des personnes concernées.

Une des premières étapes de la mise en œuvre de la recherche a été la création d'un comité régional pour la région du Québec, composé de plusieurs organismes autochtones. Le 6 novembre 2020 avait lieu la première rencontre du comité. Ce dernier était composé de représentant(e)s des organisations suivantes :

- Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT);
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL);
- Conseil des femmes élues de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL);
- Femmes Autochtones du Québec (FAQ);
- Cree Women of Eeyou Istchee Association (CWEIA);
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ);
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN);

- Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSBJ);
- Bureau de la sénatrice Yvonne Boyer;
- Cabinet d'avocats Dionne Schulze.

Un énoncé de mandat a été rédigé afin de déterminer les rôles et responsabilités de chacun, ainsi que le fonctionnement et les règles éthiques qui allaient guider les travaux de ce comité. En plus d'avoir pu bénéficier de l'accompagnement d'une Aînée de la communauté de Kahnawake, le comité régional a pu compter sur la participation d'une infirmière autochtone à la retraite ayant travaillé pendant de nombreuses années dans le secteur de la recherche en contexte autochtone.

8. Démarche éthique

Une attention particulière a été portée au développement d'une démarche éthique qui respecte les protocoles et les lignes directrices de recherche des peuples autochtones, tels que le *Protocole de recherche de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador* (APNQL, 2014), les *Lignes directrices en matière de recherche avec les femmes autochtones* (FAQ, 2012) et l'*Énoncé de politique des trois conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2* (CRSH et al., 2018). L'ensemble des instruments de recherche développés (appel à tous, guide d'entrevue, formulaire de consentement, etc.) ont été rédigés en français, traduits en anglais et validés par les membres du comité régional. Une liste des ressources d'aide disponibles en contexte autochtone pour un soutien psychologique, un document présentant la démarche à entreprendre pour avoir accès à son propre dossier médical, un autre qui explique les démarches juridiques possibles s'il y a lieu, ainsi qu'un formulaire d'engagement à la confidentialité accompagnaient également la demande d'évaluation éthique.

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (CER-UQAT) a approuvé la recherche le 3 mars 2021. La démarche a été présentée à la Table du réseau des directeurs à la santé des communautés des Premières Nations au Québec. Les directions de santé ont été invitées à demeurer vigilantes envers les membres de leur communauté qui auraient pu nécessiter un soutien ou un accompagnement de la part d'intervenants de leur centre de santé. Cette démarche, en plus de la liste des ressources disponibles, a fait partie du filet de sécurité mis en place pour les participantes à la recherche.

9. Stratégie de communication

Le lancement de la recherche, par voie de communiqué de presse, a eu lieu le 17 mai 2021. Afin de faire connaître la recherche partout au Québec, une stratégie de communication a été élaborée. Différents outils promotionnels bilingues ont été créés : un appel à tous, une page Internet, une adresse courriel, une ligne sans frais (avec une boîte vocale sécurisée), une carte postale envoyée dans chaque communauté des Premières Nations et village inuit au Québec, une affiche et des capsules vidéo (en français, anglais et eeyou). De plus, chaque membre du comité régional avait la responsabilité de relayer l'information et de faire circuler ces différents outils dans ses canaux de communication respectifs. L'association Femmes Autochtones du Québec (FAQ) a fait une place à la diffusion de l'information sur cette recherche à chacun de leurs Conseils de nation (chez les 10 Premières Nations et en milieu urbain) tenus au cours de l'automne 2021. La radio communautaire de plusieurs communautés des Premières Nations a diffusé le contenu de l'appel à tous et certaines ont reçu en studio la directrice de la recherche pour une entrevue. D'autres entrevues médiatiques ont été réalisées par la professeure Suzy Basile et Marjolaine Sioui. Ces entrevues ont permis de faire connaître la recherche afin d'inciter des participantes potentielles à partager leurs expériences avec l'équipe de recherche. Elles ont notamment pris part au balado «Ça s'explique», au reportage de l'émission *Enquête* intitulé «On m'a volé ma fertilité» de Radio-Canada, au bulletin de nouvelles d'APTN ainsi qu'à un reportage diffusé sur les ondes de CTV (Ambroise, 2021 ; De Lancer, 2021 ; Dunham, 2021 ; Fournier, 2021).

10. Méthodologie

La collecte de données a été réalisée de mai 2021 à janvier 2022. Les personnes qui ont participé à la recherche se sont manifestées par elles-mêmes. Plusieurs l'ont fait à la suite d'un encouragement de leur entourage, après avoir entendu l'appel à tous diffusé dans les médias ou lors d'une présentation sur le sujet. Elles ont été invitées à raconter leurs expériences, à les situer dans le temps et dans l'espace, et à en relater les circonstances. Elles ont ensuite été interrogées sur leur compréhension de la procédure qu'elles ont subie, sur la présence ou l'absence d'un formulaire de consentement, sur la qualité des informations reçues quant aux risques, aux conséquences d'une procédure stérilisante et aux autres alternatives possibles, ainsi que sur leur ressenti dans ce contexte.

10.1 Contexte et limites

Tout d'abord, le plein déploiement de la stratégie de communication a pris plus de temps que prévu. Le lancement officiel de la recherche a donc eu lieu le 15 mai 2021. La situation liée à la pandémie de COVID-19 a apporté son lot d'incertitudes et de remaniements. Plusieurs communautés ont dû fermer l'accès aux non-résidents et plusieurs des déplacements prévus ont été reportés ou annulés. Aussi, le 3 juin 2021, il y a eu l'adoption de la *Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement*. Celle-ci est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2021 et permet finalement à des familles d'entreprendre des recherches pour obtenir de l'information sur leurs enfants disparus ou décédés dans le système de santé au Québec. Il est possible que plusieurs personnes et familles susceptibles de faire part de leurs expériences dans le cadre de la présente recherche aient plutôt décidé de consacrer leur énergie au dossier de leurs enfants disparus. Ensuite, la découverte de tombes anonymes sur les sites d'anciens pensionnats autochtones à travers le Canada, à l'été 2021 et jusqu'à

tout récemment, a ravivé des souvenirs douloureux et difficiles pour bon nombre de membres des Premières Nations et Inuit. Dans ce contexte, il est possible que la sensibilité de notre sujet de recherche ait été un frein pour des participantes qui étaient déjà affectées par l'actualité sur les pensionnats. Enfin, nous ne pouvons passer sous silence le 1^{er} anniversaire du décès de madame Joyce Echaquan en date du 28 septembre 2021. Cet événement tragique est venu rappeler que les peuples autochtones, plus précisément les femmes dans le cas qui nous intéresse, ont vécu un lot de violence dans les établissements de santé du pays. Cet événement a probablement eu une influence sur la décision de certaines personnes de participer ou non à la recherche. Finalement, la collecte de données a officiellement pris fin le 31 janvier 2022.

10.2 Collecte de données

La collecte des données s'est déroulée en deux phases distinctes.

10.2.1 Phase I

Lors de la phase I, les participantes appelaient le numéro de la ligne sans frais sécurisée et bilingue créée aux fins de la recherche. La personne-ressource responsable de la ligne téléphonique possédait également sa propre adresse courriel afin que les participantes puissent la joindre en toute confidentialité.

- Premier contact avec les participantes : réponses aux questions et planification d'une entrevue via téléphone ou plateforme de vidéoconférence ;

- Entrevue: lecture du formulaire de consentement en premier lieu et guide d'entrevue axé sur le contexte lors duquel une femme a été stérilisée ou a vécu une forme de violence obstétricale ou gynécologique (année, type d'intervention subie, motifs de l'hospitalisation, obtention ou non du consentement, informations reçues quant aux répercussions, aux alternatives possibles et aux risques associés à la procédure, etc.);
- Une semaine après l'entrevue: un appel était fait afin de s'enquérir de l'état de la participante et pour clarifier certaines informations au besoin. Cette démarche a fait partie du filet de sécurité mis en place pour la présente recherche.

10.2.2 Phase II

La phase II consistait en une entrevue plus en profondeur qui était menée par l'étudiante au doctorat attitrée à la recherche. Les mêmes étapes qu'à la phase I ont été appliquées. Il est à noter que les participantes avaient l'entière discrétion de participer ou non à la phase II. L'objectif de cette phase était différent, soit de laisser plus amplement la parole aux femmes qui ont vécu une stérilisation imposée ou une forme de violence obstétricale, et d'examiner les répercussions de cette procédure sur les différentes facettes de leur vie.

Bien qu'un guide d'entrevue semi-dirigée ait été créé, il n'était pas utilisé de manière rigide et prévisible. Selon le récit des participantes, certaines questions de précision ont été posées et d'autres avenues ont été explorées. Le sujet des différentes formes de violences obstétricales a été abordé plus en profondeur, en discutant des expériences d'accouchement des femmes et de leur ressenti lors de ce moment important de leur vie.

En ce qui a trait aux paramètres techniques de la collecte de données pour les deux phases:

- tous les entretiens ont été enregistrés (audio ou vidéo) et une prise de notes manuscrites avait aussi lieu au même moment. Les données ont été conservées dans une base de données sécurisée et n'étaient accessibles que par un nombre très restreint de collaboratrices de l'équipe de recherche;
- un tableau des suivis des entrevues avec codification anonymisant l'identité des participantes a été élaboré dès le début de la collecte des témoignages;
- un filet de sécurité a été mis en place, une liste exhaustive des ressources d'aide disponibles dans chacune des communautés a été proposée aux participantes. Elle comportait les coordonnées des centres de santé, des organismes autochtones, des lignes téléphoniques, des organismes communautaires et d'autres types de ressources;
- un dossier sécurisé a été créé sur le serveur de la CSSSPNQL et un autre (gestionnaire de données de recherche) sur le serveur de l'UQAT pour le stockage des informations recueillies. Le transfert de données a été fait par un accès mutuel sécurisé à une plateforme de partage de documents SharePoint. Les données ont été anonymisées dès leur collecte par l'attribution d'un code. Les données brutes seront éventuellement détruites selon le protocole élaboré pour la présente recherche.

Les deux phases de la recherche sont illustrées aux figures 1 et 2 :

Figure 1. Étapes de la phase I

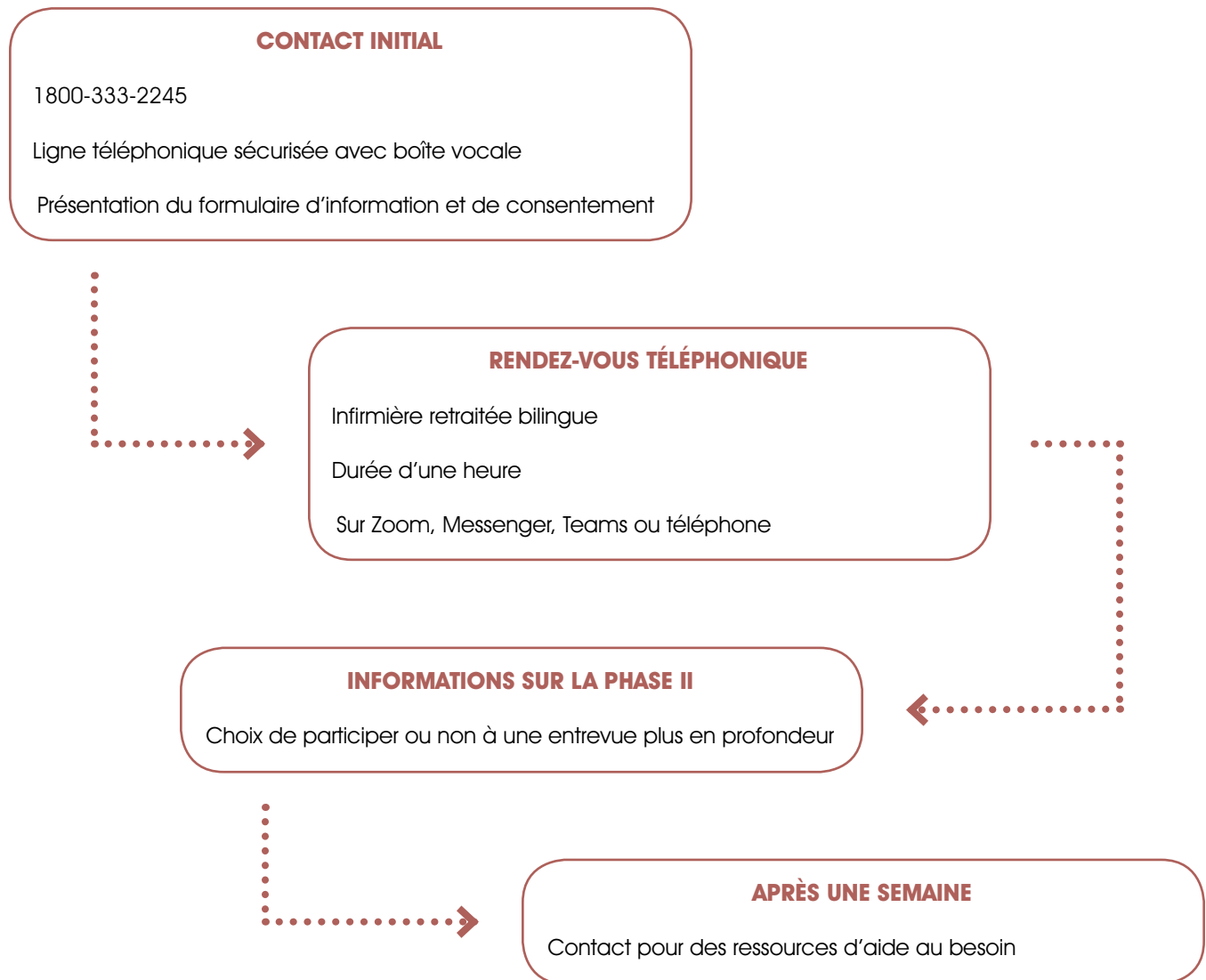
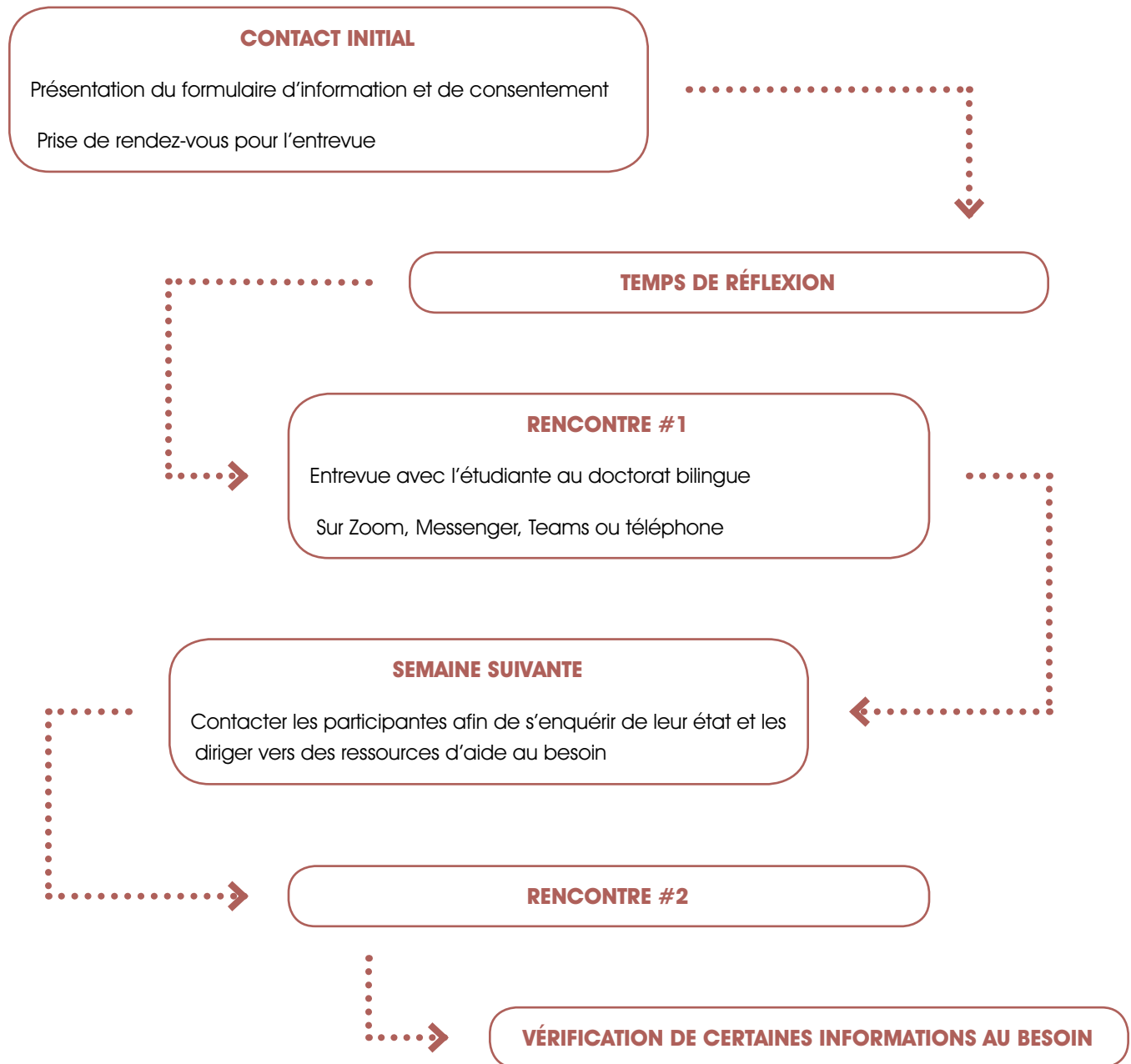


Figure 2. Étapes de la phase II



11. Analyse des résultats

Le contenu des entretiens de la phase I a été transcrit dans le guide d'entrevue dans lequel des espaces étaient prévus à cette fin. Le contenu des entretiens réalisés dans le cadre de la phase II a été entièrement transcrit sous forme de verbatim. Les informations recueillies lors des deux phases ont été transcrites en français ou en anglais, selon la langue d'usage lors de l'entretien. L'équipe de recherche a procédé à la validation de certaines transcriptions, lorsque la participante en manifestait l'intérêt.

Une stratégie d'analyse a été élaborée afin de procéder au découpage thématique des transcriptions. Les thèmes abordés dans les guides d'entrevue ont été repris et ont servi à bâtir la codification, qui a dû à son tour être révisée au fur et à mesure de l'analyse, en raison de l'émergence de nouveaux thèmes ayant émané des témoignages.

Afin de faciliter l'analyse des témoignages, le logiciel d'analyse de données qualitatives NVivo (QSR International) a été utilisé pour traiter l'ensemble des données recueillies lors des phases I et II. La codification en découlant a fait l'objet de plusieurs vérifications et discussions entre les membres de l'équipe de recherche afin de s'assurer de sa pertinence et de sa validité. De ce fait, il a été possible de dégager plusieurs thématiques clés des témoignages des participantes. En parallèle, une grille d'analyse a été créée en fonction de trois moments charnières qui ont émané des récits des participantes, soit « avant », « pendant » et « après » l'opération stérilisante et/ou les épisodes de violences obstétricales. Ces repères temporels sont mis en lien avec le consentement libre et éclairé et la manière dont il s'articule dans la relation entre la patiente autochtone et le personnel soignant. Une attention toute particulière a été portée au contexte, aux ressentis et aux perceptions de la participante. Cette méthode analytique a fait l'objet d'une validation auprès du secteur de la recherche de la CSSSPNQL.

12. Résultats

Au total, 35 témoignages ont été recueillis. De ce nombre, 26 personnes ont participé à la phase I et neuf personnes ont participé à la phase II uniquement. En tout, 19 personnes ont accepté de participer aux deux phases.

En plus des 35 participantes, six personnes se sont désistées (elles se sont ravisées ou n'ont pas donné suite aux communications entamées) et 14 témoignages potentiels n'ont pu être recueillis faute de pouvoir se déplacer dans quatre communautés ayant manifesté le désir de recevoir l'équipe de recherche durant l'automne 2021 et l'hiver 2022. Malgré la demande de tenir ces entretiens en personne, le contexte entourant la pandémie de COVID-19 n'a pas permis à l'équipe de recherche de se déplacer physiquement pour recueillir des témoignages. Approximativement 20 témoignages supplémentaires auraient donc pu s'ajouter, ce qui permet d'avancer que plus de 55 personnes des Premières Nations et Inuit au Québec ont, selon notre connaissance actuelle, vécu une expérience de stérilisation imposée ou de violence obstétricale.

12.1 Témoignages reçus et nation ou peuple d'appartenance

Les participantes étaient principalement des personnes des Premières Nations et Inuit qui vivent au Québec. Deux hommes ont tenu à témoigner au nom d'une femme de leur famille immédiate. Une seule personne non autochtone a participé en tant que témoin (TE) d'actes ayant eu lieu dans un contexte autochtone⁶. Voici le nombre et la répartition des témoignages selon la nation ou le peuple d'appartenance concernés (tableau 1).

⁶ Dans le cadre de cette étude et à l'instar des récents travaux menés dans le cadre d'enquêtes (Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA)) et commissions (Commission de vérité et réconciliation du Canada - CRVC, CERP), nous avons permis à une personne de témoigner au nom d'une personne de sa famille ou pour une personne qui a demandé que l'on témoigne en son nom. Comme il s'agit d'un sujet très sensible et qu'il a parfois été nécessaire de recourir aux services d'une interprète pour que les participantes puissent s'exprimer adéquatement, nous souhaitions offrir autant de latitude que possible pour leur permettre de raconter leur expérience dans un contexte respectueux.

Tableau 1. Témoignages reçus selon la nation ou peuple d'appartenance

Nation ou peuple autochtone	Nombre de témoignages reçus
Atikamekw	14
Innue	10
Anishnabe	5
Eeyou	4
Inuit	2
TOTAL	35

Les personnes concernées rencontrées étaient âgées de 15 à 46 ans au moment des interventions et leurs expériences de stérilisations imposées et/ou de violences obstétricales ont eu lieu entre 1980 et 2019. La femme la plus jeune à avoir subi une stérilisation imposée était âgée de 17 ans au moment des faits (tableau 2). À l'opposé, la femme qui a subi une « grande opération » (hystérectomie⁷) le plus tardivement de manière non consentie était âgée de 46 ans. En ce qui a trait aux incidents de violence obstétricale, la participante la plus jeune était âgée de 15 ans au moment des faits. Selon les témoignages, le cas le plus récent de stérilisation imposée, sans égard à l'âge de la personne, a eu lieu en 2019.

Tableau 2. Âge et moment des interventions

Âge au moment des interventions	Moment des interventions
Âge le plus jeune 17 ans	La plus ancienne 1980
Âge le plus avancé 46 ans	La plus récente 2019

⁷ Cette chirurgie vise à enlever l'utérus et, parfois, l'ablation des ovaires et des trompes est réalisée en même temps. Cela fait en sorte que la patiente devient stérile et que des bouleversements hormonaux importants peuvent survenir. En somme, il s'agit d'une opération qui a des effets majeurs sur la santé d'une femme et qui altère irrévocablement ses facultés reproductives.

12.2 Codification des types d'intervention

Pour l'analyse des 35 témoignages recueillis, la codification suivante a été utilisée :

- stérilisations imposées (SI) et un numéro séquentiel ;
- stérilisations imposées et violences obstétricales (SI-VO) et un numéro séquentiel ;
- avortements imposés (AI) et un numéro séquentiel ;
- violences obstétricales (VO) et un numéro séquentiel ;
- témoins de divers actes (TE) et un numéro séquentiel.

12.2.1 Stérilisations imposées (SI)

Neuf participantes ont rapporté avoir subi une stérilisation imposée (SI), soit une ligature des trompes ou une hystérectomie.

12.2.2 Stérilisations imposées (SI) et violences obstétricales (VO)

De surcroît, 13 participantes ont rapporté avoir subi une stérilisation imposée (ligature ou hystérectomie), en plus d'avoir été victimes d'autres formes de violences obstétricales (VO). Ces deux types d'intervention se superposent dans le vécu des femmes autochtones qui ont témoigné pour cette étude.

Sur les 22 cas de ces deux catégories, une ligature des trompes a été pratiquée à 13 participantes à la suite de leur accouchement. Huit participantes ont quant à elles subi une hystérectomie, une intervention aussi connue sous l'expression « grande opération ». Dans un cas, le type d'intervention n'est pas connu.

12.2.3 Avortements imposés (AI)

Le thème inattendu de l'avortement imposé (AI) a émergé des témoignages recueillis. Dans l'échantillon, trois témoignages font référence à des avortements imposés. Une femme a rapporté avoir été victime d'un avortement imposé à la suite d'une procédure réalisée dans un centre de santé et une autre raconte le lot de pressions qu'elle a reçu avant d'accepter de se soumettre à un avortement qu'elle regrette depuis. Un troisième témoignage, celui du conjoint d'une femme autochtone aujourd'hui décédée, relate qu'elle a subi deux avortements imposés et qu'elle a été victime de plusieurs formes de violences obstétricales. Enfin, une autre participante a échappé de près à un avortement imposé. La lettre P pour « potentiel » a été ajoutée à son code, mais elle n'a pas été comptabilisée dans la catégorie des avortements imposés.

12.2.4 Violences obstétricales (VO)

Dans notre échantillon, six témoignages au total sont relatifs à des violences obstétricales (VO) sans stérilisation. Ces femmes rapportent avoir été victimes de gestes, d'attitudes et de propos discriminatoires de la part du personnel de la santé dans des cliniques ou des hôpitaux au Québec. Leurs récits mettent en lumière le traitement différentiel qui est réservé à certaines patientes autochtones, ainsi que la crainte qui les habite lorsqu'elles doivent consulter.

12.2.5 Témoins de divers actes (TE)

Dans cette catégorie, on retrouve quatre témoignages de personnes qui ont été témoins de gestes ou dont l'occupation professionnelle fait en sorte qu'elles ont été informées de pratiques discriminatoires envers les femmes des Premières Nations ou Inuit. Deux des personnes participantes avaient déjà travaillé dans le milieu de la santé et deux autres étaient des membres de la famille immédiate de femmes ayant subi une stérilisation imposée.

Le tableau 3 résume les types d'intervention et leur répartition.

Tableau 3. Types d'intervention et nombre de témoignages

Types d'intervention	Nombre de témoignages	Information complémentaire
Stérilisations imposées (SI)	9	Ligature des trompes ou hystérectomie
Stérilisations imposées et violences obstétricales (SI-VO)	13	Ligature des trompes ou hystérectomie et violences obstétricales
Avortements imposés (AI)	3	Trois situations distinctes (plus un témoignage avec la lettre P pour « potentiel », mais non comptabilisé)
Violences obstétricales (VO)	6	Gestes, attitudes, propos, traitement différentiel
Témoins (TE)	4	Individus qui ont été témoins de divers actes soit dans le cadre de leur profession ou dans leur contexte familial
Total	35	31 témoignages de femmes 4 témoignages de témoins

Les villes mentionnées lors des témoignages correspondent aux points de service à proximité de plusieurs communautés de Premières Nations concernées (tableau 4). Plusieurs autres villes au Québec ont été mentionnées lors des entretiens, cependant celles mentionnées ici regroupent le plus grand nombre de cas répertoriés.

Tableau 4. Nombre de cas en fonction de la ville où les événements se sont produits

Roberval	4 témoignages de stérilisations imposées; 1 témoignage de violences obstétricales; 1 témoin de divers actes en lien avec l'absence de consentement et la stérilisation imposée.
La Tuque	4 témoignages de stérilisations imposées.
Val-d'Or	1 témoignage de stérilisation imposée; 2 témoignages de stérilisations imposées et violences obstétricales; 1 témoignage de violences obstétricales.
Joliette	4 témoignages de stérilisations imposées et violences obstétricales; 3 cas d'avortements imposés; 1 cas de violences obstétricales.
Sept-Îles	1 témoignage de stérilisation imposée et violences obstétricales; 3 cas de violences obstétricales.

13. Trame temporelle des événements

Afin de mettre en lumière les circonstances entourant les stérilisations imposées (SI), les violences obstétricales (VO) ainsi que les avortements imposés (AI), la trame temporelle des événements rapportés par les participantes est présentée selon le découpage suivant : 1) avant, 2) pendant et 3) après les événements subis. Ce découpage permet de mieux saisir le fil des événements, de déterminer les moments charnières et d'examiner la trajectoire des patientes dans les cliniques et hôpitaux au Québec.

Avant : Cette section met en lumière les motifs de consultation d'une patiente et permet de comprendre la condition pour laquelle elle requiert une attention médicale et des soins (p. ex. : accouchement, opération), les informations qui lui ont été transmises relativement à son état de santé, les sentiments qu'elle ressentait au moment des événements, ainsi que le contexte global de son hospitalisation, le cas échéant.

Pendant : Cette section expose les circonstances entourant la stérilisation imposée, les avortements imposés ainsi que les violences obstétricales, le cas échéant. En s'appuyant sur le récit des participantes, il est possible d'examiner les atteintes à l'agentivité des patientes et à l'exercice de droit au consentement libre et éclairé.

Après : Cette section démontre les répercussions de la stérilisation imposée, d'un avortement imposé ou des violences obstétricales sur la trajectoire de soins d'une patiente. Il s'agit de considérer les conséquences psychologiques, physiques, spirituelles et relationnelles de tels événements.

L'analyse qui suit est fondée sur leurs paroles, leurs récits ainsi que sur le regard qu'elles portent sur leur vécu. À cet effet, le contenu de cette section s'appuie sur de nombreuses citations tirées des verbatim des témoignages.

13.1 Avant

13.1.1 Motifs et lieux de consultation

La grande majorité des participantes étaient à l'hôpital afin de donner naissance. D'autres s'y trouvaient afin de consulter pour des opérations qui n'avaient aucun lien avec la fertilité ou leurs organes reproducteurs (p. ex. : descente de vessie, opération aux intestins). À titre d'exemple, une participante a raconté les circonstances lors desquelles sa sœur, aujourd'hui décédée, avait subi une ligature des trompes sans son consentement. Initialement, elle avait été hospitalisée pour une opération aux amygdales.

Je sais que ma sœur est passée par là; elle est décédée d'un cancer de l'utérus en 2014. On nous a dit qu'elle allait subir une amygdaléctomie, et après l'opération, on a découvert qu'elle avait subi une ligature des trompes. Elle n'en a jamais parlé. Nous avons parlé juste après, et j'essayais de lui remonter le moral et de la faire rire. J'ai dit: «Tu es tombée sur un mauvais médecin. Tes amygdales sont ici et tes trompes de Fallope sont là.» [traduction] (11-SI-VO-2).

Certaines participantes rapportent avoir consulté pour des douleurs menstruelles importantes qui étaient récurrentes. L'une d'elles mentionne avoir reçu un diagnostic d'endométriose. Une autre s'est retrouvée à l'hôpital à la suite d'une fausse couche. Certaines participantes ont consulté dans une clinique médicale ou un centre de santé.

J'avais un gros problème de règles abondantes, et on m'a envoyée à Montréal pour voir un médecin. J'avais des fibromes, et, pendant que le médecin m'examinait, il m'a demandé si j'avais des problèmes d'incontinence. Il a dit: « Quand vous êtes-nuez, avez-vous des fuites urinaires? », ce à quoi j'ai répondu: « non ». Il m'a alors dit: « Les muscles de votre vessie sont très faibles, et vous aurez des problèmes en vieillissant. Je vous recommande de régler cela maintenant. » J'ai pris rendez-vous et je suis retournée le voir [traduction] (11-SI-VO-2).

13.1.2 Risques et répercussions d'une ligature des trompes

Au sujet des risques et répercussions d'une ligature des trompes, plusieurs témoignages confirment que le médecin n'a donné aucune information minimale: « Non, il ne m'a rien dit. Il m'a juste dit "Ça serait bien mieux [que tes trompes soient] ligaturées. Fini les enfants, tu en as eu assez [de] deux." C'est ça qu'il m'a dit » (26-VO-1).

Une autre femme ajoute :

Puis, pour ma dernière, quand j'ai accouché de [nom], le médecin m'avait dit à ce moment-là: « On va te ligaturer. »

– « C'est quoi ça ligaturer? »

– « Bien, on va juste attacher tes trompes pis tu n'auras plus d'enfant après. »

– « Plus d'enfants après? Non, non, non, non, vous ne me faites pas ça. » Donc, ils m'ont laissée, je n'ai pas eu de ligature. Puis là, ils n'arrêtaient pas de m'appeler [par téléphone], ils disaient: « On va te prendre un rendez-vous pour faire votre ligature des trompes. » (13-SI-VO-4)

13.1.3 Absence d'information ou informations inexactes sur le caractère permanent de la ligature des trompes

Lors de leurs consultations préalables, notamment pendant leurs suivis de grossesse, les participantes rapportent que le sujet de la ligature des trompes n'a pas été soulevé avec leur médecin. À ce sujet, les participantes sont unanimes: à aucun moment lors de leurs consultations entourant leur grossesse et la planification de leur accouchement il n'a été question de ligature des trompes ou d'hystérectomie. De ce fait, elles n'ont pas reçu d'informations, de documentation ou de conseils médicaux en lien avec ce type de procédure.

De plus, il apparaît dans les témoignages qu'il y a une méconnaissance généralisée quant au caractère permanent de cette opération. Ainsi, en l'absence d'informations concernant les risques, les alternatives possibles et les répercussions de la ligature des trompes, les participantes croyaient qu'il s'agissait d'une méthode de contraception dont les effets étaient réversibles et qu'à cet effet, il était possible de « dé-ligaturer » ou de « dé-clipper » les trompes lorsqu'elles souhaiteraient avoir un enfant. En somme, il semble que les femmes étaient laissées à elles-mêmes dans ce processus sans avoir reçu toute l'information pertinente quant à la nature véritable de cette procédure. Une participante nous a rapporté les propos de son médecin à ce sujet :

Avant qu'il me fasse la ligature, il m'avait juré que si je voulais avoir d'autres enfants que c'est faisable de se faire dé-ligaturer (en parlant du médecin qui pratiquait son opération aux intestins et qui voulait qu'elle subisse une ligature en même temps). Donc c'est à ce moment-là que j'ai dit « Ok » (13-SI-VO-4).

Une autre participante (7-SI-7) a été effrayée par les pronostics de son médecin quant aux risques que pouvait représenter une future grossesse et a accepté de subir une ligature en étant assurée du fait qu'il serait possible de « reconnecter » ses trompes.

De surcroît, quatre des participantes ont consenti à la ligature des trompes sur la base d'informations erronées et inexactes (notamment sur la possible réversibilité de cette intervention), qui leur ont été communiquées par leur médecin. Il est à tout le moins troublant que les participantes qui avaient manifesté le désir d'enfanter à nouveau se soient vu proposer la ligature des trompes alors que cette procédure compromet durablement leur fertilité⁸. Voici quelques extraits des témoignages qui illustrent le peu d'information qui leur avait été transmis sur la nature des interventions qu'elles ont subies: «Est-ce qu'on vous a informée des risques et des répercussions sur votre santé hormonale, votre santé physique, de l'hystérectomie?» - «Jamais, jamais, jamais.» (2-SI-2) Une autre participante témoigne à ce sujet: «Donc, dans le contexte où il y a eu la ligature des trompes, vous croyez que c'était juste une méthode de contraception? C'est ça qu'on vous avait dit?» - «Bien oui.» (2-SI-2) Une autre participante confirme qu'elle n'avait reçu aucune explication sur la procédure et qu'elle ne croyait pas que cette dernière serait permanente (22-SI-VO-13). Elle croit que la décision a été prise à sa place parce qu'elle avait déjà cinq enfants et qu'elle avait fait une fausse couche.

13.1.4 Pressions pour accepter une ligature des trompes

La pression du personnel médical concernant la ligature des trompes est un élément qui a été soulevé dans plusieurs témoignages. Comme l'indique l'extrait ci-dessous, recueilli avec l'aide d'une interprète, les refus répétés d'une participante de subir une ligature des trompes ne semblent avoir eu aucune incidence sur le comportement de son médecin:

Pendant son séjour d'un mois à [nom de la ville], elle a consulté un médecin en prévision de son accouchement. À chaque visite, on lui a demandé si elle voulait se faire ligaturer les trompes. C'est devenu une question hebdomadaire qui revenait à chaque visite. Elle a dit qu'elle ne voulait pas. À l'approche de la date de son accouchement, elle voyait le médecin deux ou trois fois par semaine, et on lui posait toujours la même question à chacune de ses visites [traduction] (19-SI-VO-10).

C'est quand cette participante donne naissance par césarienne et qu'elle est en hémorragie que le personnel médical lui propose à nouveau la ligature des trompes. De plus, le médecin dit à son mari que leurs enfants pourraient ne plus avoir de mère si elle tombait à nouveau enceinte. Cédant à la pression et à la peur créée par les propos du médecin, elle finit par consentir à la procédure.

Après avoir vécu dans la peur d'aller voir le médecin depuis sa troisième grossesse que ce dernier jugeait à risque, une autre femme raconte avoir eu une quatrième césarienne à huit mois de grossesse et, qu'à nouveau, on lui a recommandé une ligature des trompes. Elle n'a pas de souvenir d'un consentement écrit confirmant son consentement à la ligature qu'elle croyait réversible. On lui a dit qu'elle n'aurait plus d'autre enfant, que c'était «fini» (18-SI-VO-9).

⁸ Le fait de lier, cautériser ou couper le tissu des trompes peut entraîner une obstruction permanente de celles-ci: il n'est plus possible pour les ovules de se rendre à l'utérus, donc la fécondation ne peut avoir lieu. La littérature médicale à ce sujet est sans équivoque: la ligature des trompes est une méthode difficilement réversible et bien que certaines opérations puissent être tentées pour qu'une femme retrouve sa fertilité, elles sont risquées et très rarement couronnées de succès (FQPN, 2022). La fonction des trompes est invariablement altérée par la ligature, leur tissu est endommagé de manière significative, si bien qu'il n'est plus possible pour une femme de devenir enceinte.

En outre, un père a tenu à témoigner pour sa fille, qui a subi une ligature des trompes sans son consentement (35-TE-4). Il relate que ce fut un choc pour lui de recevoir cette confidence et que depuis, plusieurs personnes de son entourage lui ont fait part de situations similaires. Il dénonce les pressions exercées par les équipes médicales à l'endroit des femmes de sa nation pour qu'elles subissent une ligature des trompes.

13.15 Absence d'alternative à la ligature des trompes

Au total, 22 participantes sur 35 (63 %) se sont vu proposer uniquement la ligature des trompes comme méthode de contraception, et ce, peu importe leur âge et le nombre d'enfants qu'elles avaient. Des alternatives non permanentes, telles que la contraception hormonale (pilule, anneau vaginal, etc.), le stérilet, entre autres, ne leur étaient pas proposées ni expliquées. Il importe également de souligner que plusieurs des participantes ont clairement exprimé à leur médecin qu'elles voulaient avoir d'autres enfants. Pourtant, la seule option contraceptive qui leur a été présentée était la ligature des trompes.

J'ai pris la pilule puis il m'avait dit : « Prend la pilule, mais pas longtemps parce que ce n'est pas bon pour toi. » C'est ce qu'il m'avait dit. « Le meilleur, ça serait la ligature », ça, c'est ce qu'il m'avait dit. « Ça ne coûtera pas cher », c'est ce qu'il m'avait dit. Parce que les pilules coûtent cher (13-SI-VO-4).

Dans la citation suivante, une participante est questionnée quant au fait que son médecin ne lui a proposé aucune option de contraception autre que la ligature des trompes :

Lors de votre deuxième accouchement, il n'y a personne dans l'équipe soignante ou un médecin qui vous a proposé d'autres méthodes de contraception qui ne sont pas la ligature? Ils vous ont juste proposé la ligature comme ça, comme une évidence?

« Oui. C'est juste ça qu'il m'a dit. Il ne m'a pas demandé si je voulais la pilule. » (26-VO-1)

Dans l'extrait suivant, une participante relate, avec l'aide d'une interprète, qu'elle a reçu une prescription pour la pilule contraceptive alors qu'elle avait subi une ligature à son insu : « Mais ils vous avaient ligaturée puis ils vous offraient la pilule quand même? » – « Oui. Comme pour cacher qu'elle a eu la ligature. » (21-SI-VO-12)

En ce qui a trait à d'autres méthodes contraceptives, le Dépo-Provera a été mentionné à quelques reprises dans les témoignages. Il s'agit d'un contraceptif qui est injecté dans le bras et qui prévient la grossesse pour une période de deux à trois mois. Toutefois, l'absence d'informations sur les risques (pour la densité osseuse notamment) et les avantages associés à cette méthode contraceptive est problématique. Les propos de cette participante y font référence :

Il y a des études qui démontrent que si l'on donne du Dépo-Provera avant l'âge de 23 ans, [...] ça pourrait nuire à la densité osseuse des femmes, puis que ce n'est pas une molécule à prioriser pour les femmes en bas de 23 ans, alors qu'au Nunavik, c'est la norme. Dès que tu as 15 ans ou que tu as 14 ans, les médecins vont prescrire du Dépo-Provera aux jeunes femmes en bas de 23 ans. J'avais déjà soulevé le point à un médecin pour savoir pourquoi ça se faisait alors que les études disaient ça, puis les médecins m'ont dit : « Oui, on est au courant. On comprend, mais il y a un moindre mal à ce qu'il n'y ait pas de grossesses imprévues d'adolescentes [...] ». (32-TE-1)

13.16 Absence d'information ou informations inexactes sur l'hystérectomie

Dans un témoignage relatif à une hystérectomie, une participante affirme qu'elle n'a pas reçu d'information adéquate quant à cette procédure et aux répercussions possibles sur sa fertilité. Alors qu'elle consultait un gynécologue pour des menstruations douloureuses, ce dernier lui a présenté l'hystérectomie dans ces termes :

Il m'a dit : « Je vais régler ton problème une bonne fois pour toutes. De toute façon, tu as déjà trois enfants, je vais te réopérer, je vais te nettoyer dans ton ventre. Je vais nettoyer dans ton ventre. » Puis, je n'ai jamais compris ce que c'était, il ne m'a pas dit « hystérectomie », il n'a pas prononcé ce mot-là et je ne savais pas c'était quoi. C'est juste plus tard que j'ai compris c'est quoi [que] ça voulait dire, « hystérectomie ». Il ne m'a jamais dit que je n'aurais plus jamais d'enfants, qu'il avait enlevé mon utérus et que je n'aurais plus d'enfants (14-SI-VO-5).

Dans un autre cas de stérilisation imposée, le terme « hystérectomie » n'a pas été employé par le personnel médical, mais plutôt le terme « guérison permanente » [traduction]. Selon la compréhension de la patiente, l'opération avait pour but de la soulager de douleurs menstruelles importantes. Il n'a pas été question des impacts sur sa fertilité :

« Vous ont-ils clairement expliqué que cette opération vous rendrait incapable d'avoir d'autres enfants ?

– Pas à mon souvenir. [...] ils m'ont uniquement dit que les saignements allaient s'arrêter définitivement, que ça m'aiderait de façon permanente et que je n'aurais plus de règles, et tout ce qui s'y rattache. » [traduction] (15-SI-VO-6)

13.17 Absence d'alternative à l'hystérectomie

L'âge auquel les participantes ont été soumises à une hystérectomie et les circonstances de celle-ci constituent un élément particulièrement préoccupant. Les propos suivants tenus à l'égard d'une des participantes ayant reçu un diagnostic de cellules précancéreuses dans le col de l'utérus et d'endométriose sont préoccupants. Selon son médecin, il n'est pas possible de procéder à d'autres prélèvements parce son utérus est trop « enflé » et la seule option thérapeutique qui s'offre à elle est une hystérectomie. À ce sujet, elle précise lors de son témoignage que : « [...] la seule option, c'était d'avoir une hystérectomie pour ne pas avoir d'autres maladies plus tard. [...] je n'ai jamais eu d'échographie, de scan ou quelque chose pour aller chercher, pour aller voir s'il y avait quelque chose » (20-SI-VO-11).

Elle ajoute qu'elle n'avait pas l'impression que son médecin lui donnait d'autres choix :

Parce que j'avais tellement eu des cellules précancéreuses pis elle me faisait peur. Elle disait..., on dirait qu'elle me faisait des peurs, pour me pousser à accepter. Parce qu'elle parlait de cellules cancéreuses, précancéreuses, on dirait qu'elle ne me donnait pas le choix (20-SI-VO-11).

Elle renchérit plus loin dans l'entrevue :

« Elle ne voulait pas m'aider plus que ça. Parce que tu sais, à l'âge que j'ai, que j'avais quand j'ai eu l'hystérectomie, je me trouvais jeune. Je trouvais que c'était un peu jeune pour me donner cette option-là seulement. » (20-SI-VO-11).

De plus, son médecin fait souvent référence au mari de la participante qui était alors atteint d'une maladie grave :

Puis c'est comme si elle disait : « M^{me} [nom], votre mari est en phase terminale, vous n'auriez plus à avoir d'enfants ». [...] Puis c'est comme si, à cause que (sic) mon mari était en phase terminale, il fallait que je le fasse. [...] Elle était même en train de me dire que le temps que ça prendrait pour guérir, que plus tard, mon mari [allait] avoir besoin de moi pour des soins (20-SI-VO-11).

Devant les arguments avancés par son médecin concernant l'absence de recours thérapeutiques pour sa situation, elle accepte de subir une hystérectomie :

Finalement, j'ai eu une hystérectomie le [date] 2019 [...]. Puis, [...] comme je disais, elle ne me donnait pas le choix ou elle ne voulait pas me traiter. Elle ne voulait pas m'aider plus que ça parce que moi, dans le fond, je ne voulais pas... Je ne voulais pas avoir cette intervention-là. Puis c'est ça, depuis ce temps-là, je ne l'ai jamais revue, même. Elle ne m'a pas donné de rendez-vous par la suite. Pour un suivi, là. C'est ça que je disais, c'est comme si elle disait: « On va faire cette intervention-là, ça finit là, pis c'est tout ». Puis depuis ce temps-là, je n'ai jamais revu cette médecin-là (20-SI-VO-11).

Une participante rapporte qu'elle a appris, lors d'une discussion avec son médecin, que d'autres femmes de sa communauté avaient aussi subi une hystérectomie dans des circonstances troublantes :

Il a dit: « Nous avons découvert que toutes les femmes que nous avons envoyées là-bas ont, pour une raison ou une autre, subi une hystérectomie. » J'ai répondu: « Maintenant, je suis en colère parce que j'ai l'impression qu'il nous a utilisées pour perfectionner ses compétences chirurgicales. » Il a ajouté: « Nous n'envoyons plus les femmes chez ce médecin. » Le médecin était à Montréal – je ne me souviens plus si c'était à [nom de l'hôpital] qu'on m'a fait cela. Je ne suis pas certaine. [...] Et c'était dans les années 1980. » [traduction] (11-SI-VO-2)

13.1.8 Barrière de la langue

Pour plusieurs des participantes, la barrière de la langue est un enjeu réel et important dans un contexte de consultation médicale⁹. La terminologie utilisée par l'équipe médicale et la langue de rédaction des formulaires qui leur sont présentés constituent des obstacles à leur compréhension. Une d'entre elles suggère :

Qu'on explique clairement c'est quoi. Il faut s'assurer qu'elles [les femmes] comprennent [ce que] ça veut dire les mots. Parce que moi, « hystérectomie », ça ne me disait rien. En même temps, je ne connaissais pas ces mots-là. Il ne m'a jamais expliqué non plus [ce] qu'il [le médecin] allait me faire. [...] Il faut bien s'assurer que les femmes comprennent bien ce que le médecin dit. Puis il faut aussi qu'elles posent des questions, parce que moi je ne posais pas de questions. Je faisais confiance. Je pensais que je pouvais me fier sur eux (sic) (14-SI-VO-5).

En examinant l'ensemble des témoignages, il est possible d'affirmer qu'aucune participante n'a reçu les services d'une interprète. La majorité d'entre elles parlent une langue autochtone au quotidien et doivent donc échanger dans une langue seconde lors des consultations médicales. Une participante confirme: « Vous me disiez tantôt que parfois, ce n'était pas toujours évident de comprendre le français. Est-ce que ce docteur-là vous a déjà proposé d'être accompagnée, d'avoir une interprète? » « Non, pas du tout. » (14-SI-VO-5)

⁹ Pour les Premières Nations et Inuit au Québec, le français et l'anglais sont parfois une seconde ou une troisième langue, leur langue maternelle étant autochtone.

Une autre participante souligne les défis liés à la barrière de la langue et à la compréhension adéquate des patientes autochtones :

[...] C'est la barrière de la langue, parce que certaines femmes ne comprennent pas. Il y en a des femmes qui ne comprendront pas, qui n'oseront pas poser des questions. Parce qu'il y en a des médecins qui peuvent faire n'importe quoi puis qui n'expliquent pas à la patiente comme il faut de quoi il s'agit ou bien [qui n'essaient pas] de les aider pour (sic) avoir un deuxième avis (20-SI-VO-11).

Une professionnelle de la santé aujourd'hui à la retraite s'est remémoré les circonstances et le traitement réservé à certaines patientes innues dans les années 1960-1970 (33-TE-2). La barrière de la langue ainsi que l'absence d'interprètes sont des enjeux qui ont eu un effet sur l'exercice du consentement libre et éclairé de ces patientes. Elle relate aussi que des ligatures des trompes ont été pratiquées à l'insu des patientes et que le médecin en place avait un grand pouvoir de décision qu'il n'était pas possible de contester. Elle explique : « Peut-être que tu signes même si ça ne te tente pas. Tout le monde avait très peur. C'est comme si on était... une affaire militaire. C'était : Ça, ça, ça. » Et elle ajoute :

Mais je sais qu'il en faisait (en référence à la ligature des trompes) comme il était le seul chirurgien. Ce sont les infirmières qui en parlaient. Elles trouvaient ça de valeur. Mais comme on avait toutes peur, on n'avait personne à [qui] déclarer, ou je ne sais pas, [pour] se défendre aussi. Le chirurgien, tu ne l'accuses pas comme ça (33-TE-2).

13.1.9 Absence d'un formulaire de consentement

Au total, 16 témoignages sur 35 (46 %) nous indiquent qu'aucun formulaire de consentement n'a été ni présenté aux patientes ou signé par celles-ci. Dans certaines des situations ci-dessous, le contexte lors duquel la ligature des trompes a été pratiquée soulève plusieurs questionnements sur le plan éthique. Une des participantes ayant eu une intervention à la vessie a appris qu'elle avait subi une hystérectomie trois jours après les faits. Sans diagnostic ni discussion préalable avec son médecin, cette dernière décrit comment elle en a été informée.

J'ai développé une infection et le chirurgien est venu me voir environ trois jours après l'opération pour me dire : « eh bien, pendant que j'y étais, j'ai décidé d'enlever votre utérus ». C'était la première fois qu'on m'en parlait. Les infirmières ne voulaient pas me dire ce qui se passait, et me disaient seulement que j'avais une infection quelconque [traduction] (11-SI-VO-2).

La ligature d'autres participantes a été réalisée à leur insu, alors qu'elles subissaient une césarienne. Des mois, voire des années, se sont écoulés avant qu'elles consultent en fertilité et apprennent avec consternation qu'elles ont été ligaturées lors de leur plus récent accouchement. Voici quelques réponses des participantes qui ont été questionnées à ce sujet :

- Est-ce que l'on vous a fait signer un formulaire de consentement ?
- Il me semble que non, je n'ai pas signé de formulaire. Non.
- Est-ce que l'on vous avait présenté de la documentation avant, à l'hôpital ?
- Non, jamais de la vie. On ne m'a rien présenté (2-SI-2).

– *Lorsque vous avez eu la procédure trois jours après votre accouchement, est-ce qu'on vous a fait signer un formulaire de consentement?*

– *Non, non, je n'ai jamais signé ça.*

– *Ça ne vous dit rien?*

– *Non (3-SI-3).*

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).

Dans un autre témoignage, une participante nous apprend que son médecin l'a convaincu qu'elle était trop jeune pour avoir des enfants, qu'il était dangereux pour sa santé d'avoir d'autres enfants, et que ceux-ci pourraient avoir des problèmes de santé (7-SI-7). Elle n'a pas signé de formulaire de consentement.

13.1.10 Entrecroisement d'enjeux entourant la stérilisation

Une autre participante relate l'expérience vécue par ses cinq tantes qui ont consulté pour des problèmes liés à leurs menstruations. Elles ont subi une ligature des trompes alors qu'elles étaient âgées de 14 à 18 ans. Elle souligne plusieurs enjeux liés à la situation de ses tantes, dont la barrière de la langue, l'incompréhension de la terminologie médicale ainsi que l'absence de consentement. Elle croit aussi que les parents de ses tantes n'étaient pas au courant de ce qui se passait et qu'ils n'ont pas nécessairement remis en question les décisions de l'équipe médicale. Lorsqu'elle est questionnée sur les motifs pour lesquels ses tantes ont été stérilisées, elle dit croire que ces interventions ont été réalisées dans le but de réduire le nombre d'autochtones en les empêchant d'avoir des enfants. (34-TE-3)

Le contexte entourant les consultations gynécologiques au Nunavik a été mis en lumière dans l'un des témoignages (32-TE-1). La participante explique qu'une fois par année, des gynécologues se rendent dans les villages afin de procéder à des interventions, notamment des ligatures des trompes. Les patientes leur sont recommandées par le médecin généraliste et les gynécologues en question ont la responsabilité de leur expliquer les tenants et aboutissants de la procédure. Cependant, cette participante est habitée par des doutes et des questionnements quant au caractère éclairé de la prise de décision des patientes Inuit. Elle indique que la barrière de la langue, les jugements de valeur de certains professionnels de la santé à l'égard des femmes inuit ainsi que le jeune âge des patientes sont des enjeux ayant eu une influence sur le plein exercice du consentement de ces patientes. En ce sens, elle rapporte que trois cas l'ont particulièrement marquée, soit des femmes inuit âgées de 22, 25 et 28 ans qui ont subi une ligature des trompes.

Lors de son témoignage, elle fait un comparatif entre la situation de jeunes femmes du Nunavik et celles du sud du Québec en lien avec la ligature des trompes :

Parce que c'est aussi deux poids, deux mesures, avec qu'est-ce qui est dit au sud. Chez une jeune femme, c'est ça qui m'avait marquée quand j'avais vu que les filles qui avaient en bas de 30 ans étaient sur cette liste, c'est qu'au sud, si tu veux aller te faire faire une ligature, puis que tu as en bas de 30 ans, tu as besoin de l'avis de deux gynécologues [...] puis il faut vraiment que tu aies une raison médicale spéciale pour que ce soit accepté. Tandis qu'au Nunavik, ça peut être juste le médecin généraliste qui t'en parle, puis qui décide avec toi, puis ça y est, tu te retrouves sur cette liste-là. Puis, le gynécologue procède à l'intervention. Tu subis l'intervention et on n'en parle plus (32-TE-1).

13.1.11 Présence d'un formulaire de consentement

Dans six témoignages, les participantes rapportent avoir signé un formulaire de consentement. Cependant, deux participantes soulignent que l'intervention qu'elles allaient subir n'était pas explicitement mentionnée ni expliquée :

[Ça m'a été présenté] comme un formulaire de consentement pour me faire opérer tout de suite. Je l'ai donc signé. Je suppose que c'était écrit quelque part, mais je ne me souviens pas de l'avoir vu. Alors, je ne sais pas. Je ne me souviens pas avoir vu le mot « hystérectomie » où que ce soit quand j'ai signé. C'était peut-être écrit, mais je n'en sais rien. Ce n'est qu'après l'intervention qu'ils m'ont dit que j'avais subi une hystérectomie, et qu'ils avaient enlevé mes ovaires et tout le reste [traduction] (15-SI-VO-6).

Mais il n'y avait rien d'inscrit là-dessus (en référence au formulaire de consentement pour ses opérations). Le personnel de l'hôpital m'avait dit : « tu dois signer un papier de consentement pour l'opération », mais ce n'était pas écrit [ce] que j'allais [avoir]. C'était juste un papier. J'ai signé le papier. [...] Il n'y avait rien d'écrit [indiquant] que j'allais subir une hystérectomie (14-SI-VO-5).

Une participante mentionne qu'elle a signé le formulaire après avoir reçu des informations de manière expéditive quant à son contenu :

Oui, mais le document en tant que tel, c'est comme signer au bas et c'est tout. On ne nous faisait même pas lire ces documents-là. Elle expliquait très brièvement ce que le formulaire voulait dire sans nous le lire comme il faut (20-SI-VO-11).

Une autre participante raconte qu'elle a elle-même demandé une ligature au moment de son accouchement et qu'elle n'a pas eu toutes les informations pertinentes et nécessaires pour donner un consentement pleinement éclairé.

- *C'est moi qui ai demandé après l'accouchement. Je voulais une ligature des trompes là. Ils m'ont dit : « On va vous faire ça tout de suite, pendant que c'est là ». Ils m'ont coupée au niveau du nombril.*
- *Toujours sans vous parler de conséquences, de répercussions, convalescence, de choses comme ça ?*
- *Non. Il [le médecin] m'a dit : « Ça va être fini les enfants ». Il m'a dit ça de même, là. J'ai dit : « Ah oui ? ». Je ne pensais pas que c'était plus que ça là. Je me disais que [j'allais] avoir d'autres enfants, un moment donné, plus tard.*
- *Donc il n'a pas pris le temps de vous expliquer ce qu'il avait fait ?*
- *Non.*
- *Et les conséquences permanentes que ça allait avoir non plus ?*
- *Non (3-SI-3).*

13.1.12 Perceptions et ressentis face au cadre hospitalier et au personnel médical

Plusieurs participantes nous ont fait part de leurs perceptions et de leurs ressentis relativement au cadre hospitalier et au personnel médical. Trois thématiques se dégagent de leurs propos, soit : l'hostilité du personnel médical, la peur ressentie et le traitement différentiel qu'elles ont subi.

En ce qui a trait à l'hostilité du personnel médical, ce sont des attitudes, des regards et des gestes qui traduisent un inconfort, voire une exaspération à l'égard des femmes des Premières Nations ou Inuit qui consultent. D'ailleurs, une participante décrit dans ces mots l'approche et l'attitude de son médecin à son égard :

« Mais quand je suis venue pour accoucher là, il était là, lui, D' [nom]. Puis c'est ça, il était... ah, le regard! Le regard qu'il me faisait, la manière qu'il (sic) me regardait tu sais, c'est ouf... C'était comme... ah, je ne sais pas comment le décrire ce regard-là. On dirait qu'il s'en foutait. » (13-SI-VO-4)

Par ailleurs, les participantes rapportent que la peur qu'elles ressentent est alimentée par le vécu de membres de leurs familles et de leurs communautés qui ont eu des expériences négatives en contexte hospitalier. Ainsi, lorsqu'elles franchissent les portes des hôpitaux, elles sont déjà habitées par des appréhensions et des craintes. Parfois, ce sont leurs propres expériences antérieures qu'elles se remémorent. Une participante a mentionné qu'elle accompagnait systématiquement sa fille à chacun de ses suivis de grossesse ainsi qu'à ses accouchements de peur qu'elle subisse une stérilisation imposée ou des violences obstétricales, comme elle a elle-même subi.

Puis elle, elle a tout le temps accouché par césarienne. Fallait que j'aille. Elle non plus, elle ne le sait pas pourquoi je voulais assister [...]. Fallait que je sois là. Tu sais, j'étais inquiète, moi-là, je ne sais pas qu'est-ce qu'ils vont [lui] faire. Malgré que ça a changé aujourd'hui là, mais c'est inquiétant pareil (5-SI-5).

Ensuite, la notion de traitement différentiel qu'elles ont subi a été soulevée à plusieurs reprises dans les entrevues. Les participantes décèlent qu'elles sont traitées avec moins d'égards et de considération en raison de leurs origines. À cet effet, elles rapportent avoir expérimenté des consultations très expéditives lors desquelles elles ne reçoivent pas de réponses à leurs questions. Elles sont également sous l'impression que leurs maux et la douleur qu'elles ressentent ne sont pas pris au sérieux. Voici l'extrait d'un témoignage qui illustre cette situation :

Admettons que je posais des questions sur des malaises ou des choses de même, tu sais, elle ne répondait pas à mes questions clairement. Puis je me disais : « À quoi bon, je veux juste qu'elle m'accouche et c'est tout. » Le reste, on va arrêter de... Parce que j'avais l'impression vraiment de la déranger. Puis même quand j'essayais d'avoir des rendez-vous avec, avant l'intervention, elle me disait elle-même que je n'avais pas besoin de l'appeler, que quand ça allait être le temps, elle allait m'appeler. C'est comme si je dérangeais quand j'essayais d'avoir des informations plus poussées (20-SI-VO-11).

Plusieurs participantes ont souligné qu'elles avaient hâte de quitter l'hôpital afin de se soustraire à cet environnement qu'elles jugeaient nocif. De plus, elles ont constaté qu'elles n'étaient pas traitées de la même manière que les autres patientes à plusieurs égards :

- Des participantes remarquent que le temps de consultation offert aux patientes issues des Premières Nations et Inuit est nettement plus limité que celui offert aux patientes qui ne le sont pas (10-SI-VO-1, 14-SI-VO-5, 29-VO-4);
- Une participante voit la patiente à côté d'elle se faire offrir l'épidurale pour la douleur alors qu'elle ne se voit jamais offrir cette option par le personnel médical (15-SI-VO-6);
- Une participante constate que des cadeaux sont offerts aux nouvelles mères, mais pas à celles issues des Premières Nations et Inuit (17-SI-VO-8);

- Des participantes entendent des propos au sujet des nouvelles mères à l'hôpital, comme : « encore elle », « elle devrait se faire ligaturer », « elle devrait se faire retirer tous les enfants qu'elle a eus », etc. (13-SI-VO-4, 15-SI-VO-6, 26-VO-1).

Dans cette optique, une participante a fait part de sa perception du racisme et du traitement différentiel réservé aux patientes issues des Premières Nations et Inuit :

J'aurais aimé être traitée de la même façon que les autres patientes non autochtones, parce que je voyais déjà quand j'étais dans la salle d'attente, je voyais déjà du racisme. Ils parlaient des Autochtones puis quand mon médecin de famille a pris sa retraite, je suis allée le voir [...] pour le remercier aussi pour toutes les années qu'il m'a suivie. J'ai dit : « même si tu n'as pas – même si je n'ai jamais eu de diagnostic, je vous remercie quand même d'avoir pris le temps de me voir ». Puis il m'a dit : « j'ai fait mon possible, c'est moi qui ai pris toutes les femmes autochtones de (nom de la communauté) parce que personne, aucun médecin à [nom de la ville] ne voulait prendre ces patientes, des femmes autochtones. C'est moi qui les ai toutes prises, c'est moi qui les ai toutes suivies, j'ai accouché beaucoup de femmes autochtones de (nom de la communauté) [...] ». J'ai dit : « est-ce que vous pourriez me dire pourquoi les médecins n'acceptaient pas les femmes autochtones ? ». Il m'a dit : « ah ça, je ne peux rien vous dire là-dessus. Moi ce que j'ai fait, c'est accepter toutes les femmes » (14-SI-VO-5).

Une autre participante ajoute : « Si vous croyez ce que dit une femme blanche, vous devriez [...] aussi croire une femme autochtone qui dit présenter les mêmes problèmes. Une femme ne devrait pas être jugée pour la couleur de sa peau ou la langue [...] dans laquelle elle s'exprime. » [traduction] (10-SI-VO-1)

13.2 Pendant

Cette section expose les circonstances entourant le moment de la stérilisation imposée, des gestes de violences obstétricales ainsi que des avortements imposés. Les propos des participantes nous renseignent sur leur état psychologique, physique, émotionnel et spirituel au moment des faits. Il sera ensuite possible d'examiner la trajectoire de soins des participantes et de recenser les gestes, les propos, les attitudes ainsi que les interventions qui ont une incidence sur cette dernière.

13.2.1 Stérilisations imposées

Neuf témoignages portent spécifiquement et uniquement sur des stérilisations imposées (tableau 5). Toutes les femmes avaient moins de 35 ans au moment de la procédure, soit l'âge idéal pour procréer.

Tableau 5. Caractéristiques des participantes ayant subi une stérilisation imposée

Identifiant	Motif d'hospitalisation	Âge au moment des événements	Procédure subie	Signature d'un formulaire de consentement
1-SI-1	Abdominoplastie et « clips » aux trompes	Environ 30 ans	Hystérectomie	Oui
2-SI-2	Menstruations abondantes, situation pour laquelle elle se fait proposer hystérectomie pour prévenir un cancer	25 ans	Hystérectomie	Non
3-SI-3	Accouchement	28 ans	Ligature des trompes	Non
4-SI-4	Accouchement	22 ans	Ligature des trompes	Non
5-SI-5	Accouchement	33 ans	Suspicion de ligature des trompes	Information inconnue
6-SI-6	Accouchement	28 ans	Ligature des trompes	Oui, mais elle croyait que c'était pour la pose d'un stérilet
7-SI-7	Accouchement	17 ans	Ligature des trompes	Non
8-SI-8	Ligature (« clips » aux trompes)	25 ans	Ligature des trompes	Non
9-SI-9	Accouchement	26 ans	Ligature des trompes	Non

Pour appuyer les informations présentées dans le tableau ci-haut, voici quelques extraits des témoignages qui reflètent le contexte lors duquel ces interventions ont été pratiquées.

Lors d'un entretien, une participante a rapporté qu'elle avait subi une ligature des trompes ainsi qu'une hystérectomie. Elle était particulièrement préoccupée par cette dernière procédure puisqu'elle estimait qu'elle avait été réalisée sans son consentement. De plus, lorsqu'elle a été questionnée au sujet de la ligature des trompes, il s'est avéré qu'elle ne savait pas que cette intervention avait altéré sa fertilité. Elle l'a appris lors de l'entretien :

- Bien je ne le savais pas moi que c'était définitif. Permanent, je ne savais rien moi là.

- Ils vous ont juste proposé ça comme ça sans plus d'informations sans rien?

- Non. Bien non. Je ne savais pas. Ils ne m'ont rien dit, ils ne m'ont rien dit. Je viens de le savoir là là que c'est définitif, permanent (2-SI-2).

Alors que le sujet de la ligature des trompes n'a pas été soulevé lors de son suivi de grossesse, une participante se fait proposer cette intervention alors qu'elle est sur le point d'accoucher :

- Je me souviens que je l'ai signé [le formulaire de consentement] quand j'étais sur mon lit.

- Sur ton lit pour aller accoucher?

- Mmm (oui). J'étais capable de m'asseoir.

- Mais je veux dire, tu étais en travail?

- Oui (6-SI-6).

Dans le cas d'une autre participante (1-SI-1), c'est lors de son hospitalisation pour un problème aux intestins qu'elle apprend que son utérus est « malade ». Son médecin décrit son utérus comme étant « pourri » et il lui recommande de subir une hystérectomie. Plusieurs années plus tard, lorsqu'elle révise son dossier médical avec un autre médecin, ce dernier lui apprend que son utérus était en bon état et qu'il n'avait pas à être retiré.

L'insistance et les pressions exercées par le personnel médical sont aussi des thèmes récurrents qui émanent des témoignages relatifs à la stérilisation imposée. Voici un extrait concernant les propos échangés entre une participante et son médecin : « Puis, il m'a demandé si je voulais enlever mon utérus. J'ai dit : « Non. » Je voulais avoir d'autres bébés. Puis pendant peut-être 45 minutes, une heure, il n'arrêtait pas de s'obstiner un peu avec moi. Puis j'ai dit : « Non » (6-SI-6).

Une autre participante a consulté un gynécologue deux ans après une fausse couche. À ce stade, ses menstruations sont excessivement douloureuses et elle se demande si l'absence de curetage après sa fausse couche peut avoir un lien avec sa condition. À la suite de tests effectués par son médecin, elle apprend que sa fertilité est compromise :

« Vous avez 10 % de chances de tomber enceinte : il y a 5 % des chances que ce soit une grossesse ectopique et 5 % des chances que cela vous tue », m'a-t-il dit, avant d'ajouter : « Ne tombez pas enceinte. » Mes trompes étaient cancéreuses, et je ne le savais pas jusqu'à il y a environ un an. [...] Ils m'ont juste dit : « le cancer s'est répandu dans votre utérus, parce que quelque chose est resté à l'intérieur de vous, et a formé un cancer. » [traduction] (10-SI-VO-1)

13.2.2 Stérilisations imposées et violences obstétricales

Au total, 13 participantes (37 %) ont subi des violences obstétricales en plus d'une stérilisation imposée. Deux cas de figure se dégagent de ces témoignages. Pour certaines, la violence obstétricale est à l'image d'un continuum de violences vécues lors de plusieurs accouchements, et culminant avec une stérilisation imposée. Pour d'autres, c'est lors de leur première grossesse ou accouchement qu'elles ont été victimes de violences obstétricales et d'une stérilisation.

Les témoignages recueillis font état de différentes manifestations de violences obstétricales (tableau 6) de la part du personnel médical, que l'on peut regrouper en cinq catégories :

- Douleur qui n'est pas prise au sérieux ;
- Violence dans le non-fait : ne pas porter assistance, ne pas investiguer un problème de santé, ne pas croire la personne lorsqu'elle fait part de ses symptômes, ne pas répondre à ses questions ;
- Violence physique : poser des gestes brusques, fermer les jambes de la patiente alors qu'elle est sur le point de donner naissance, réaliser une rachi (retrait du placenta à la main) sans aucun avertissement ni aucune explication, toucher de manière non appropriée lors d'un examen vaginal ;

- Violence psychologique : déposer un regard exaspéré, avoir une attitude de dédain, d'indifférence, des expressions faciales négatives (colère, condescendance, agacement), placer de la pression sur une patiente pour qu'elle consente, lui faire peur avec des pronostics alarmants (« ton enfant va être difforme, lourdement handicapé ») ;
- Violence verbale : tenir des propos et commentaires empreints de jugements et de mépris ; des paroles inconvenantes sur le corps des patientes, leurs habiletés parentales, le nombre d'enfants qu'elles ont et leur mode de vie, leurs origines autochtones, etc.

Voici quelques informations clés concernant les témoignages de stérilisations imposées et de violences obstétricales :

Tableau 6. Caractéristiques des participantes ayant subi une stérilisation imposée et des violences obstétricales

Identifiant	Motif d'hospitalisation	Procédure subie	Âge au moment de la procédure	Signature d'un formulaire de consentement	Types de violences obstétricales subies
10-SI-VO-1	Douleurs menstruelles importantes en raison d'une fausse couche	Hystérectomie	26 ans	Non	Douleur pas prise au sérieux Violence dans le non-fait Violences verbales et psychologiques
11-SI-VO-2	Opération à la vessie	Hystérectomie	Dans la trentaine	Non	Violence physique
12-SI-VO-AI-3	Avortement	Suspicion de ligature des trompes après un avortement imposé	31 ans	Non	Violences verbales
13-SI-VO-4	Opération aux intestins	Ligature des trompes	Dans la trentaine	Non	Violences physiques, sexuelles, psychologiques et verbales
14-SI-VO-5	Menstruations douloureuses	Hystérectomie	33 ans	Oui	Violences verbales

Identifiant	Motif d'hospitalisation	Procédure subie	Âge au moment de la procédure	Signature d'un formulaire de consentement	Types de violences obstétricales subies
15-SI-VO-6	Menstruations douloureuses et abondantes	Hystérectomie	17 ans	Non	Douleur pas prise au sérieux Violences verbales et psychologiques
16-SI-VO-7	Intervention d'urgence à la suite d'une grossesse ectopique	Domage aux trompes	33 ans	Non	Violence dans le non-fait Violences verbales et psychologiques
17-SI-VO-8	Accouchement et hémorragie à la suite du retrait du placenta	Hystérectomie	23 ans	Non	Violences psychologiques
18-SI-VO-9	Accouchement	Ligature des trompes	28 ans	Ne s'en souvient pas	Violences psychologiques
19-SI-VO-10	Accouchement	Ligature des trompes	28 ans	Oui	Violences psychologiques
20-SI-VO-11	Douleurs liées à une endométriose	Hystérectomie	46 ans	Oui	Douleur pas prise au sérieux Violences psychologiques
21-SI-VO-12	Accouchement et hémorragie	Ligature des trompes	27 ans	Oui	Violences physiques
22-SI-VO-13	Opération aux intestins et « utérus pourri »	Ligature des trompes	32 ans	Oui	Violences verbales

Voici quelques extraits des témoignages qui illustrent les différentes formes de violences obstétricales vécues par les participantes :

Tu n'es pas traitée comme une personne, un être humain. Tu as été traitée comme une sauvage, là, tu sais, une « sale indienne » qui va faire du dégât. Ah! Ce sont les commentaires (que) j'entendais, tu sais (lors de ses accouchements). Ce n'était pas évident (13-SI-VO-4).

Cette même participante ajoute que lors d'un de ses accouchements, le médecin a tenu les propos suivants à son égard :

Il m'a dit : « on va te faire la ligature des trompes ». J'ai dit : « non, je n'en veux pas! Je ne veux pas avoir cette ligature-là, je veux avoir d'autres enfants moi plus tard! » – « Vous ne trouvez pas que vous en avez assez là? C'est assez, faut que ça arrête ça. Tous les enfants que vous avez mis au monde vont tous vivre dans la misère. » Câline... (13-SI-VO-4).

Ces propos violents, qui sous-entendent qu'elle est une mère négligente, que ses enfants vont vivre des difficultés plus tard, qu'elle est trop jeune et qu'elle a trop d'enfants couvrent un large spectre de préjugés. Sans détour, la participante souligne dans son témoignage qu'elle a vécu du racisme à de multiples reprises et que ces expériences négatives ont eu une incidence sur son estime d'elle-même en tant que mère.

Je suis partie toute croche avec mon premier (en faisant référence à tous les incidents de violence verbale qu'elle a subis avant, pendant et après son accouchement). [Ils m'ont rentré] ça dans la tête, que je ne serais pas une bonne mère, pis que [j'allais] abandonner mon enfant. Je suis partie avec ça! Oui, j'étais jeune, j'avais 17 ans quand j'ai eu mon premier, mais ce n'était pas une raison de me parler de même (13-SI-VO-4).

Voici quelques exemples de propos qui lui ont été adressés ou qu'elle a entendus en contexte hospitalier. Ces paroles ont été tenues à son sujet par différents membres des équipes médicales.

Elle a reçu des commentaires sur son physique : « Vous puez, vous n'êtes pas propre ». Elle a été la cible de préjugés en raison de son âge : « Toi, tu ne devrais pas avoir des enfants à ton âge, ce n'est pas le temps d'avoir des enfants, tu es trop jeune. » et « Qu'est-ce que vous allez faire avec cet enfant-là? Avec ce bébé-là? Vous allez le donner à votre mère puis vous, vous allez trotter? » (13-SI-VO-4) Le nombre d'enfants qu'elle avait suscitait des commentaires désobligeants : « Vous n'êtes pas tannée? Vous n'êtes pas tannée de faire des bébés? La prochaine fois, croisez-vous les jambes! » (13-SI-VO-4) À une autre occasion, elle a entendu des propos similaires sur d'autres femmes autochtones :

Puis j'ai entendu des infirmières, puis j'ai entendu de jeunes femmes autochtones, des filles autochtones qui venaient accoucher là [dans un contexte d'hospitalisation d'une de ses petites-filles] : « Bon! Encore elle! Quand est-ce qu'elle va comprendre? » J'étais là, moi, j'écoutais ça puis je regardais... Mon Dieu, en quelle année que je suis pour entendre des affaires de même là! « Elle devrait se faire ligaturer, elle devrait – ils devraient lui enlever tous les enfants qu'elle a eus. » Bien, c'est ça qui est arrivé en fin du compte. Bien my God, qu'est-ce que c'est que ça? Puis j'en ai vu des femmes non-autochtones aussi. Elles n'avaient pas des commentaires de même! (13-SI-VO-4).

Elle a également entendu un lot de préjugés sur l'avenir de sa fille qui venait de naître :

« Elle va se faire battre, elle va se faire violer, [...] pauvre fille, elle va avoir une vie très dure, très difficile, elle va se faire abuser. » Ah! J'ai dit : « Voyons donc! » Là, je m'en allais dans mon lit, puis là je pleurais (13-SI-VO-4).

Voici la réaction du médecin d'une autre participante, lorsqu'elle lui fait part de son souhait d'être mère plusieurs fois :

- *Quand il vous a dit : « vous avez déjà trois enfants », est-ce qu'il vous a posé la question si vous vouliez en avoir plus ?*
- *Bien, il m'avait dit : « tu veux avoir combien d'enfants ? ». J'avais dit : « cinq, six ». Il m'a dit : « de toute façon, tu as déjà trois enfants » (14-SI-VO-5).*

Une autre participante se remémore les circonstances de son accouchement dans ces termes : « Bien, par exemple, j'aimerais être traitée comme un être humain. Je n'ai pas été très bien traitée quand j'ai accouché de ma fille. » [traduction] (15-SI-VO-6)

Les manifestations de violences obstétricales peuvent concerner des gestes médicaux qui ont été réalisés d'une manière inadéquate. Le médecin d'une participante, par exemple, a retiré son placenta sans faire de massage, ce qui a causé une inversion utérine et une hémorragie majeure. L'équipe médicale a annoncé au mari de la dame qu'elle avait 24 heures à vivre et qu'une hystérectomie avait dû être faite. Elle était âgée de 23 ans au moment des faits (17-SI-VO-8).

Des participantes ont également dénoncé des gestes à caractère sexuel inappropriés qui se sont produits lors d'examen ou de suivis de grossesses. Par exemple, lors d'un examen gynécologique, une participante mentionne que son médecin a eu des gestes inconvenants à son égard :

Je suis allée faire un examen vaginal. Le médecin me faisait mal, et je me suis plainte. Il n'y avait pas d'infirmière dans la pièce, et il a commencé à me frotter de manière inappropriée en me disant : « Et ça, est-ce que ça fait du bien ? » C'était très inconfortable, et je ne suis jamais retournée voir ce médecin. [...] Je n'avais jamais eu un examen vaginal avant. Je ne savais donc pas qu'il était censé y avoir une infirmière dans la salle... C'était un moment embarrassant. Inconfortable. [traduction] (11-SI-VO-2)

Une autre participante mentionne qu'elle a totalement évité les services de santé lors de sa grossesse parce qu'elle craignait de consulter :

J'ai toujours craint d'aller à la clinique. La première fois que j'ai eu un enfant, il n'y avait pas de dossier. Comment dire. Ma grossesse ne figurait aux dossiers d'aucune clinique. J'avais peur parce qu'une amie plus vieille avait eu un bébé, qui est décédé quelques mois après sa naissance. Je ne sais pas ce qui s'est passé. C'était elle qui m'avait parlé de la clinique, et c'est pourquoi j'avais peur d'y aller. J'avais peur, alors je n'y suis jamais allée pendant ma grossesse [traduction] (15-SI-VO-6).

Pour une autre participante, la prise en charge inadéquate et le manque de sérieux accordé à ses symptômes ont fait en sorte que sa grossesse ectopique s'est soldée par une fausse couche, une hémorragie ainsi qu'une rupture des trompes (16-SI-VO-7). Par la suite, malgré une opération pour réparer les dommages causés à ses trompes, elle n'a pas été en mesure de devenir enceinte à nouveau. À ses yeux, la négligence de l'infirmière a mené à des conséquences irréparables sur sa fertilité. De plus, elle rapporte qu'elle n'a pas consulté de gynécologue depuis 1997 (16-SI-VO-7).

13.2.3 Violences obstétricales (sans stérilisation)

En ce qui a trait aux violences obstétricales sans stérilisation, six témoignages font état de gestes, de propos, d'attitudes et de pratiques qui ont une incidence négative sur la trajectoire de soins des participantes.

Le témoignage suivant fait état d'événements survenus en 1980. Une des participantes rapporte qu'elle a été hospitalisée avec plusieurs femmes de sa communauté dans un établissement très loin de chez elles. Elles étaient toutes enceintes et elles ont été provoquées pour accoucher l'une à la suite de l'autre. Cet épisode l'a profondément « dérangée » et elle se questionne encore aujourd'hui sur les motifs derrière ce type d'interventions à la chaîne.

C'était vraiment risqué ce qu'ils faisaient. C'était dangereux. De déclencher les femmes pour qu'elles accouchent. Je trouvais ça vraiment désagréable. Elles m'ont amené l'aiguille. Je me demandais ce qu'elles s'apprêtaient à me faire. Il y avait une femme qui était à veille, je ne me souviens plus qui. Ça n'a pas pris de temps, elle a accouché [...]. On était plusieurs à prendre l'avion pour aller accoucher. Je n'en reviens pas encore ce qu'on a vécu. Je n'en ai encore jamais parlé de ce qui m'est arrivé. De ce que les autres femmes ont subi. Personne ne parle. Les femmes ont commencé à accoucher. Je ne sais pas ce qu'ils ont fait. Je ne sais pas quel médicament ils nous ont donné. J' imagine que c'était un médicament (29-VO-4).

Une autre participante se trouvait à l'hôpital pour remplir de la documentation en lien avec sa césarienne planifiée. Lorsqu'elle a examiné de plus près les informations colligées par son médecin (dans une langue qui n'est pas la sienne), elle a remarqué un élément surprenant :

[...] Mais là, je tourne la page, puis je vois : « Veut se faire ligaturer ». Puis je me retourne de bord. Je m'en vais voir mon médecin. Je lui dis : « C'est quoi cette affaire-là ? Je n'ai pas envie de me faire ligaturer. Je veux avoir un autre bébé, moi, plus tard », j'ai dit. « Ah, non, non, non. C'est l'autre patiente qui était venue tantôt », elle me dit. Pourtant, j'étais la seule patiente qui était là durant tout l'après-midi. J'étais là pendant quasiment deux heures à l'hôpital. Je lui dis : « Je n'ai pas envie de me faire ligaturer ». Ça fait qu'elle me dit : « OK, c'est beau. Je vais tout effacer ». J'étais vraiment surprise. Si je n'avais pas tourné la page, puis [si je n'étais pas retournée voir] la chirurgienne, je n'aurais pas su que [l'on allait me] ligaturer durant ma césarienne » (30-VO-5).

Pour une autre participante, les violences obstétricales ont pris la forme de touchers non consentis et de références à peine voilées quant à la ligature des trompes. Dans l'extrait ci-dessous, elle décrit les circonstances de son suivi de grossesse :

Tu sais, [j'avais] 15 ans, puis je me présentais toute seule à mes rendez-vous, là. Puis, il me taponnait souvent les seins. À chaque rendez-vous, quasiment. Puis, à un moment donné, à force d'y aller, tu sais, il me disait : « Tu es bien donc jeune. », puis : « Tu n'as jamais pensé à te faire... ». Il n'a pas utilisé le mot « ligaturer », mais c'était comme si, pour ne pas avoir d'enfant après. Il dit : « Tu es jeune. Il faut que tu penses à ton avenir. ». Puis j'ai dit : « C'est quoi tu veux dire ? ». Bien, il a dit : « C'est parce que tu n'auras plus d'enfant après ». Mais, il n'a jamais sorti le mot « ligature », par exemple, à cette époque-là. Mais, il me faisait comprendre que c'était vraiment la ligature qu'il voulait me faire après (31-VO-6).

Les témoignages font état à maintes reprises de propos discriminatoires liés à l'identité autochtone. À ce sujet, une participante rapporte les propos d'un médecin, qui sous-entendait qu'elle avait de la chance de se faire ligaturer les trompes :

C'était mon deuxième enfant, j'étais jeune, je devais avoir 20 ans. Pis, c'est sûr, je n'ai pas eu une vie stable et tout, mais tu sais, j'ai gardé mes enfants. Là, quand j'ai accouché, le médecin m'a dit : « bon là, tu sais là, les enfants, tu devrais arrêter d'en faire parce qu'ils vont se retrouver en famille d'accueil. C'est comme ça pour les Indiennes, là. Puis là, tu devrais arrêter ça, là ». Puis là il m'a dit : « Ah, après-midi, il y a de la place là. Tu vas être chanceuse ! ». Chanceuse, euh, chanceuse pour me faire ligaturer ! (26-VO-1).

Plus tard dans son témoignage, elle souligne la crainte qui l'habitait alors qu'elle était encore à l'hôpital après son accouchement. « J'avais peur, j'avais hâte de partir de là. Je n'en ai jamais parlé parce que je me suis dit que personne [n'allait] me croire. Qui voudrait me croire ? » (26-VO-1).

Une autre participante se remémore une deuxième grossesse difficile et se souvient que des pressions avaient été exercées afin qu'elle donne son enfant en adoption.

Puis, il y avait une travailleuse sociale qui me suivait, puis elle était plus pour ça [l'adoption]. Elle voyait bien que j'avais de la misère. Elle m'a mis comme un petit peu de pression pour... Elle disait que peut-être ce serait mieux que je la donne, qu'elle avait déjà une famille où elle serait bien (27-VO-2).

En plus d'avoir subi des pressions, cette même participante ajoute qu'une infirmière lui avait dit au début de sa grossesse : « Ce serait peut-être mieux [que tu te fasses] avorter » (27-VO-2).

13.2.4 Avortements imposés

De manière inattendue, le thème des avortements imposés a émergé dans plusieurs témoignages. Au total, ce sont trois participantes qui décrivent avoir subi des avortements sans leur consentement. Le dénominateur commun de ces témoignages est l'insistance ainsi que les pressions du personnel médical à leur égard pour qu'elles subissent cette procédure. L'ensemble des participantes soulignent qu'elles étaient très ambivalentes et craintives à l'idée d'interrompre leurs grossesses. Le facteur temporel a aussi été soulevé : elles ont eu peu de temps pour prendre une décision et pour réellement comprendre les motifs médicaux invoqués afin qu'elles acceptent de mettre fin à leur grossesse.

Dans une des situations rapportées, une participante consulte au dispensaire de sa communauté en raison de maux de ventre. Elle pense qu'elle est enceinte, mais l'équipe médicale n'est pas du même avis. Elle rencontre une infirmière ainsi qu'un médecin et ils l'installent sur une table d'examen. Subitement, sans lui donner d'explications, l'infirmière lui insère un instrument dans le vagin. Ce geste déclenche une vive douleur ainsi qu'une perte sanguine abondante. Par la suite, elle retourne chez elle, mais la douleur est si intense qu'une ambulance vient la chercher pour la ramener au dispensaire. C'est à cet endroit qu'elle fait une fausse couche et lorsque l'infirmière l'examine, elle lui dit : « Tu aurais fait pareil de toute façon. » [traduction] La participante mentionne que cette infirmière portait des jugements à son égard par rapport au fait qu'elle était une mère monoparentale, qu'elle avait trop d'enfants et qu'elle ne devrait plus en avoir (23-AI-1).

Dans la citation ci-dessous, une participante (qui agit comme interprète pour une autre participante) relate l'histoire d'une jeune femme de sa communauté qui, elle aussi, a subi un avortement imposé. Précisons ici que cette dernière n'a pas participé à la présente étude, mais sa situation a émergé lors de l'entrevue.

Elle s'est laissé faire. Mais elle ne voulait pas. Il n'y avait pas personne [avec elle], la peur l'a fait figer. Puis quand qu'elle est revenue, elle l'a dit à son chum. Puis lui il lui a dit : « je suis sûr que tu le savais puis que t'es allée là ». Puis il l'a dit à sa mère. [...] C'est comme si elle s'était fait exorciser (sic) par la famille parce qu'elle s'était fait avorter. Elle ne s'est pas fait avorter, son corps a été violé. Parce que comment ces femmes-là, ces jeunes filles-là, j'avais dit à mon chum : « elle se décrit comme une jeune femme qui s'est fait violer ». C'est la même, même, même chose (24-AI-VO-2).

C'est le mari de cette participante qui rapporte les propos ainsi que le contexte de pressions qui a entouré les avortements imposés qu'elle a subis. Au total, deux interruptions de grossesse n'étaient pas consenties.

- Oui, elle ne voulait pas (en référence à des avortements imposés).

- Dans quelles circonstances ça s'est fait ?

- Bien c'est souvent quand elle était malade qu'on lui disait, vu qu'elle était reconnue malade au niveau cardiaque (sic). On utilisait ça, on utilisait sa maladie cardiaque, [on lui disait] qu'elle ne pouvait pas avoir d'enfant, qu'ils allaient être handicapés ou (en référence aux propos des médecins pour la convaincre de mettre fin à ses grossesses) malformés. [Des] malformations [comme] que le cerveau [ne serait] pas là, des trucs [comme] ça. Puis [ces événements survenaient] souvent quand elle était toute seule. Quand j'étais avec elle, je n'ai pas vu cette forme de violence là » (24-AI-VO-2).

Il décrit la manière dont le personnel médical exerçait des pressions pour la convaincre de subir un avortement.

Ils ont incité à avorter, à ne pas mener [le bébé] à terme [sous prétexte] qu'il était difforme. Puis elle le partageait (sic) dans ses vidéos de son vivant, avant qu'elle aille à [nom de la ville], qu'elle avait peur d'être à [nom de la ville], qu'elle avait peur qu'on lui enlève [son enfant]. [Elle disait] qu'elle voulait le garder puis eux disaient qu'il n'allait pas survivre, qu'il était handicapé lourdement. Il fallait qu'elle choisisse entre elle ou lui parce qu'il y en a un des deux qui n'allait pas.

[...] Ils nous avaient montré des sites Internet [sur] des maladies [comme] le manque de cerveau, [qui pourraient toucher] [nom de l'enfant], puis j'étais si content de retourner à l'hôpital de [nom de la ville] quand il est né (en référence à leur enfant qui est né en santé, sans qu'aucun des pronostics des médecins se concrétise) (24-AI-VO-2).

De plus, lorsque cette même femme est tombée enceinte de son septième enfant, elle a appris lors d'une consultation médicale qu'un stérilet lui avait été installé à son insu.

Le vécu d'une autre participante reflète l'ensemble du spectre des violences examinées dans le cadre de la présente recherche : elle a subi des violences obstétricales, un avortement imposé ainsi qu'une stérilisation imposée (12-SI-VO-AI). C'est lors de son cinquième accouchement qu'elle apprend que sa grossesse est à risque. Plutôt que d'axer leurs propos sur sa condition de santé physique ou des risques physiologiques, les interventions du personnel médical portent sur sa situation conjugale et familiale :

- Est-ce qu'ils ont pris le temps de vous expliquer ce qu'étaient ces problématiques? Pourquoi est-ce que c'était si à risque?

- Non, ils ne m'ont jamais expliqué. C'est sûr qu'ils me disaient: «vous avez des enfants toute seule, vous avez des enfants encore jeunes, admettons que vous tombiez encore enceinte, qui va s'en occuper, qui va l'aider à l'occuper de ton enfant vu que ton conjoint a un problème de consommation puis toi aussi tu as un problème». Donc, ils m'ont tellement, tellement dit des choses. Ces choses-là, sur la consommation, sur la maltraitance, tout ça. Négligence. [...] Ils «focussaient» sur ces problématiques. Consommation, toutes les problématiques de drogue. [...] Je n'avais pas pris aucun test de sang ni d'échographie. Pas d'intervention. Juste de l'intervention verbale (12-SI-VO-AI-3).

Dans les circonstances, elle et son conjoint étaient très ambivalents à l'idée qu'elle subisse une interruption de grossesse. Lors de ses rendez-vous médicaux, des propos comme ceux-ci viennent peser sur sa décision : « donc moi, j'avais comme hésité, puis un moment donné une des infirmières m'a dit : "soit que tu meurs toi ou [c'est] ton enfant [qui meurt]. Si toi tu meurs, qui va s'occuper de tes autres enfants?" » (12-SI-VO-AI-3). Plus tard dans l'entrevue, elle décrit les sentiments contradictoires qui l'habitent ainsi que l'insistance du personnel médical à son égard :

Je dirais, une rencontre tellement difficile pour moi et il fallait que je dise oui là là, puis je n'étais pas capable de dire oui. Puis là je disais « laissez-moi le temps encore, je vais y réfléchir ». Puis là c'était « non, non, il ne faut pas que tu penses trop, tu as juste à nous dire oui ». [...] Donc c'était comme exigeant, exigeant que je me fasse avorter. [...] Puis moi j'ai été tellement convaincue de faire cette interruption. Des fois, je regrette d'avoir signé, d'avoir dit oui. Puis je ne voudrais pas que ça arrive à d'autres personnes (12-SI-VO-AI-3).

À la suite à cette interruption de grossesse, ses tentatives de concevoir un autre enfant ont été infructueuses alors qu'elle n'avait pas eu de soucis relatifs à sa fertilité auparavant. Elle se questionne à savoir si une ligature des trompes a été pratiquée sur elle à son insu :

Je n'ai jamais eu d'enfant par la suite, puis je me suis toujours posé la question. Pourquoi je ne suis pas capable? Pourquoi, qu'est-ce qu'ils m'ont fait? Est-ce qu'ils m'ont coupée? Est-ce qu'ils m'ont attachée? Je ne sais pas. Je n'ai aucune idée de ce qu'ils m'ont fait. Ils ont peut-être fait quelque chose là-dedans que je ne le sais pas. C'est tout ce que j'ai à dire, c'est tout ce que j'ai comme vécu. Ça a été très dur (12-SI-VO-AI-3).

Pour une autre participante, c'est son insistance à subir des examens plus poussés et son refus de subir un curetage qui l'ont empêchée de subir un avortement imposé (25-AI-3-P). Lorsqu'elle était enceinte pour la quatrième fois, elle a consulté pour une échographie de clarté nucale. Son gynécologue lui apprend alors que son fœtus est trop petit et qu'elle doit subir des examens sanguins. Selon son avis professionnel, le fœtus est décédé. Toutefois, lors de l'échographie, une étudiante en soins infirmiers est présente et celle-ci décèle un battement cardiaque sur l'écran. En dépit de ce facteur, le gynécologue insiste et lui dit qu'elle doit subir un curetage dans la ville où elle allait déménager sous peu. Lorsqu'elle se rend à ses rendez-vous dans ce nouvel hôpital, les professionnels qui examinent son dossier lui rapportent que le fœtus se porte bien et qu'elle peut mener sa grossesse à terme sans soucis. À ses yeux, elle aurait subi un curetage sans aucune raison valable si elle avait suivi le conseil de son gynécologue. En réalité, son quatrième enfant est né en pleine santé (25-AI-3-P).

13.3 Après

Certaines participantes ont expliqué le contexte dans lequel elles ont appris qu'elles avaient été stérilisées. D'autres ont parlé des répercussions sur leur santé ainsi que des impacts sur leur vie personnelle. Plusieurs d'entre elles ont rapporté que ce sujet était très peu abordé dans leur entourage et qu'elles étaient intimement convaincues d'être les seules à avoir subi ce type de violences.

13.3.1 Contexte lors duquel les participantes ont appris qu'elles avaient subi une procédure stérilisante

Selon la situation, il s'écoule parfois quelques jours, sinon plusieurs années avant que les participantes apprennent qu'elles ont subi une ligature des trompes et que, de ce fait, elles ne sont plus en mesure d'enfanter. Dans la majeure partie des cas, c'est à la suite de tentatives infructueuses pour devenir enceintes qu'elles décident d'aller consulter en fertilité et qu'elles sont alors informées de l'opération qu'elles ont subie. Le fait d'apprendre qu'elles ne pourront plus avoir d'enfant constitue un choc ainsi qu'une surprise des plus totales. Voici différents extraits de témoignages qui illustrent ces circonstances :

Bien c'est que j'ai accouché en 1989. Trois jours après l'accouchement, ils m'ont fait – j'avais demandé – une ligature des trompes. Moi, dans mon temps, je comprends juste « attaché ». J'ai su plus tard, en 1997-1998, que c'était... Ils m'ont coupé les trompes de Fallope. [...] Parce que j'ai demandé pour avoir un autre bébé, ils m'ont dit « tu ne peux pas, madame ». J'ai dit : « comment ça ? ». « Bien tes trompes de Fallope sont coupées ». J'ai dit : « Hein ouin ? ». Ça m'a comme... Je suis restée surprise de ça (3-SI-3).

Pour cette autre participante, ce sont des problèmes de fertilité avec un nouveau conjoint qui l'amènent à consulter :

C'est là que je suis retournée voir le médecin, je ne tombe pas enceinte, c'est quoi le problème là. C'est là qu'il m'avait dit : « on ne pourra pas te dé-ligaturer ». Puis moi dans ce temps-là, j'étais comme... Je n'étais plus là. Je ne sais pas si on peut dire que je n'étais plus là, mais c'était comme... J'ai eu un choc, comme un choc qu'il me dise ça puis à part ça, je me suis dit : « oh puis de la marde, je vais arrêter tout ça, je vais arrêter de poser des questions, je vais arrêter » (13-SI-VO-4).

C'est lors d'une présentation publique sur la présente recherche que cette participante comprend ce qu'elle a subi : « C'est quand tu es venue pour la présentation, c'est là que j'ai compris. Que ce n'était pas..., que c'était irréversible, que ce n'était pas faisable et que plus jamais je n'aurais d'enfants » (13-SI-VO-4).

Une seconde participante (4-SI-4) apprend qu'elle a été stérilisée alors qu'elle consultait en fertilité, deux ans après la naissance de son dernier enfant. Son médecin lui annonce que ses trompes ont été « clippées », alors que cette procédure ne lui a jamais été expliquée par le gynécologue qui l'avait suivie pendant ses trois grossesses. De plus, elle avait reçu une prescription pour la pilule contraceptive après son dernier accouchement, donc rien ne lui laissait présager que sa fertilité était compromise. Elle était âgée de 22 ans lorsqu'elle a subi une ligature des trompes et à ce jour, elle n'a aucune idée pourquoi cette intervention a été réalisée à son insu.

Alors qu'elle consulte pour faire retirer son stérilet, environ 4 ou 5 ans après son dernier accouchement, une autre participante est consternée d'apprendre que le tissu de ses trompes a été coupé :

Je voulais déjà avoir un autre bébé. [...] Mais j'ai su que je n'avais plus de trompes. Je suis allée chercher une infirmière pour être sûre. J'étais comme en choc. Puis l'infirmière me connaissait. Elle le savait que j'en voulais d'autres bébés, puis j'aime beaucoup mes enfants. Ça a été dur pour moi en tout cas (6-SI-6).

Pour une autre participante, ce sont des pertes de sensation au niveau du ventre qui l'amènent à consulter pour obtenir des réponses sur sa condition :

J'avais été (sic) voir un médecin pour ça, pour voir ce qui m'arrivait. C'est là qu'il m'a dit, c'est là qu'il m'a expliqué que... « C'est sûr que ce n'est pas un cancer parce que tu n'as plus d'utérus. » Je suis restée figée, je ne pouvais pas dire aucun mot, j'étais comme sous le choc. Je commençais à comprendre pourquoi je n'avais pas mes règles. J'ai demandé pourquoi et il m'a dit : « Tu as signé un consentement [pour te faire opérer] ». J'ai dit que je ne comprenais pas, que je ne comprenais pas ce que j'avais subi. Puis j'ai dit : « Comment tu peux dire que je n'ai pas de cancer? Alors, est-ce que tu vois à travers? ». Il ne m'avait même pas fait d'examen encore. Il m'a dit : « Tu ne peux pas avoir de cancer parce que tu n'as plus rien dans ton ventre qui peut causer un cancer. Si tu n'as plus d'utérus, tu n'as plus tes ovaires non plus ». J'avais peur d'informer mon mari que je pouvais plus avoir d'enfants. Ça a été long avant que je lui dise. C'est ça que j'ai vécu (14-SI-VO-5).

Dans ce témoignage, c'est à la suite d'un curetage que cette participante a subi une ligature des trompes à son insu :

- *Mais là, je ne sais pas ce qu'ils m'ont fait après [avoir subi un curetage]. Quand ils ont fait mon... Dans la salle d'opération. Peut-être la ligature ou je ne sais pas... La grande opération.*
- *Vous n'avez pas eu d'autres enfants après ça?*
- *Non, non.*
- *Puis est-ce que vous avez eu d'autres examens gynécologiques dans les années qui ont suivi?*
- *Euh, oui, j'avais été (sic) voir un gynécologue. Il m'avait dit que j'avais été ligaturée. Mais, je ne le savais pas moi que... Que j'avais été ligaturée. Je lui avais dit que je voulais avoir un autre enfant (21-SI-VO-12).*

Deux participantes ont quant à elles consenti à ce que leurs trompes soient « clippées », croyant que ce n'était pas une opération permanente. La première se trouve à la salle de réveil quand son médecin lui rapporte : « Je t'ai coupée. Tu as été cautérisée et il ne reste rien. » (22-SI-VO-13) La seconde participante l'apprend après avoir fait des démarches en fertilité après l'arrivée d'un nouveau conjoint dans sa vie. Lors d'une consultation médicale, elle est informée que ses trompes ont été cautérisées et non pas « clippées », comme elle le croyait (8-SI-8). De plus, elle ne se souvient pas avoir été informée qu'il s'agissait d'une forme de contraception permanente et elle ne croit pas avoir signé de formulaire de consentement.

C'est aussi lors d'une consultation en fertilité qu'une autre participante apprend qu'elle a subi une ligature des trompes à son insu et qu'elle ne pourra plus enfanter :

Nous avons été rencontrés, mon mari et moi, pour nous annoncer qu'on ne pouvait plus jamais avoir d'enfants. Ligaturée à vie! J'ai été déçue. Mon mari aussi était déçu. Ils nous l'ont dit que six mois après la naissance de [nom]. Je n'étais même pas au courant [que j'avais] été ligaturée (9-SI-9).

Pour une autre participante, c'est à la suite de la naissance de son premier enfant qu'elle subit des pressions pour consentir à la pose d'un stérilet : « [...] Mais je n'ai jamais vraiment voulu en avoir un. Ils m'arrêtaient pas de me demander si je voulais un dispositif intra-utérin (stérilet), alors j'ai dit oui. Chaque fois que ça faisait mal, je saignais tellement, je retournais et ils m'en remettaient un autre. » [traduction] (15-SI-VO-6) Alors qu'un stérilet a une durée d'efficacité de plusieurs années, il est difficile de comprendre pourquoi cette participante s'est fait retirer et insérer ce dispositif à de nombreuses reprises. Malgré les douleurs importantes causées par cette méthode de contraception, elle souligne que le personnel soignant ne lui proposait aucune autre option.

Plus tard, les saignements abondants liés à ses menstruations mènent à une anémie. Il lui est alors recommandé de subir une chirurgie qui soulagerait durablement ses douleurs. On l'informe également d'un possible cancer de l'utérus. Le contenu du formulaire de consentement ne spécifiait pas que la participante allait subir une hystérectomie (15-SI-VO-6). Lorsqu'elle se réveille après l'opération, elle est stupéfaite d'apprendre ce qu'elle a subi :

Dans notre chambre, à moi et à mon mari, j'ai commencé à pleurer et je ne pouvais plus respirer. Il n'arrêtait pas de me dire : « respire, respire, respire » et je pleurais. J'ai dit à mon mari : « Est-ce que ça veut dire que je ne peux pas avoir d'enfants ? » Il m'a dit... pour me reconforter... je ne suis pas certaine qu'il ait utilisé les bons mots, mais il a essayé de me reconforter en me disant : « c'est peut-être mieux, car tu es un peu plus âgée. Il y a plus de risque de complications et c'est peut-être une bonne chose de ne pas avoir d'autres enfants, d'en avoir eu juste un [...] ». » [traduction] (15-SI-VO-6)

Après son opération, des tests ont démontré qu'elle n'était pas atteinte d'un cancer, mais qu'il y avait « quelque chose » sur sa paroi utérine que les chirurgiens étaient incapables de retirer. Selon les informations qui lui ont été transmises, ce « quelque chose » n'était ni une tumeur ni un kyste, mais, encore à ce jour, elle n'a aucune idée de ce que c'était (15-SI-VO-6).

13.3.2 Répercussions sur leur santé physique

Lors de leurs témoignages, sept participantes (20 %) mentionnent qu'elles ont vécu des complications ainsi que des symptômes incommodes à la suite des interventions qu'elles ont subies.

Des complications et des répercussions hormonales liées à l'hystérectomie ont été soulevées à maintes reprises, notamment des douleurs importantes qui perdurent pendant plusieurs mois après l'intervention, le déclenchement d'une ménopause précoce et les manifestations physiques qui l'accompagnent, ainsi que l'absence d'hormonothérapie menant ainsi à des problèmes osseux et dentaires.

Une participante en particulier a vécu des bouleversements hormonaux majeurs en raison d'une prescription d'œstrogène trop élevée. Des années après l'hystérectomie qu'elle a subie, elle est toujours aux prises avec les conséquences de cette médication.

Quand il a procédé à l'hystérectomie, il m'a donné des œstrogènes. Plutôt que de commencer par la plus petite dose, il m'a donné 1,25 mg. C'est impossible de revenir en arrière. Depuis 1994, on a essayé sept fois d'arrêter pour laisser mon corps évoluer naturellement. Ce n'est pas possible, parce que chaque fois que j'arrête l'œstrogène, la ménopause survient, et les symptômes sont 10 fois pires que ceux d'une femme qui vit une ménopause normale. Donc, en plus d'avoir subi ce qu'ils m'ont fait subir, je dois prendre de l'œstrogène pour le restant de mes jours. [traduction] (10-SI-VO-1)

À l'opposé, une participante n'a pas eu d'information, de médication, ni de suivi après son hystérectomie. Cette procédure déclenche une ménopause précoce et s'accompagne de symptômes incommodes.

Je n'ai jamais eu de – comment je pourrais dire... c'est comme s'ils ont fermé mon dossier. Parce que quand j'ai rappelé un moment donné pour avoir... Parce que j'ai eu des problèmes hormonaux, comme on dit. J'ai comme eu un choc, une ménopause, comme on dit. On ne m'a pas – la secrétaire m'avait seulement dit : « on va vous rappeler, je vais en parler avec Dr [nom] ». Ils ne m'ont jamais rappelée. Parce qu'elle m'avait dit : « peut-être qu'on va devoir te prescrire des hormones », quelque chose de même, plus tard, si jamais. Mais, je n'ai jamais eu de ce genre de médicaments là (20-SI-VO-11).

Le témoignage d'une seconde participante fait état d'un manque d'information et de suivi après l'hystérectomie qu'elle a subie en prévention du cancer. Elle était âgée de 25 ans au moment de l'intervention. Aujourd'hui, elle rapporte que ses dents sont « fragiles comme du cristal » et elle a l'impression que ce problème de santé est causé par le fait qu'elle n'a pas reçu d'hormonothérapie. Elle souligne également qu'elle a été « laissée à elle-même » et qu'il a été très ardu de se rétablir de cette opération (2-SI-2). L'équipe médicale lui avait mentionné que sa convalescence serait d'une durée de trois mois, sans plus. Alors qu'elle était aux prises avec de vives douleurs qui l'empêchaient de marcher et de réaliser des tâches de la vie quotidienne, elle n'avait pas reçu d'information sur ces maux ni de médication pour les atténuer.

Une participante a indiqué avoir eu des douleurs, fait une hémorragie, eu une transfusion et fait une infection à la suite à l'hystérectomie qui a été pratiquée à son insu alors qu'elle subissait une opération pour la vessie (11-SI-VO-2). Une autre participante souffre de problèmes osseux à la suite d'une hystérectomie subie et à l'absence d'hormonothérapie (14-SI-VO-5), et une autre a subi une hystérectomie qui a déclenché une ménopause précoce, phénomène qui ne lui a jamais été expliqué par son médecin (15-SI-VO-6).

Dans le cas d'une autre participante, les douleurs ressenties à la suite d'un avortement ont eu des impacts sur sa santé. Elle mentionne des difficultés à marcher ainsi que des menstruations qui duraient 15 jours. Elle consulte à de multiples reprises afin de comprendre et de soulager les maux qui l'affligeaient. Cependant, ses rencontres avec le gynécologue ne mènent ni à des explications ni à des solutions durables pour contrôler la douleur qu'elle éprouve.

Quand moi j'avais des douleurs, j'allais voir le médecin, le gynécologue, parce que j'avais tellement mal, des douleurs au ventre puis ils ne m'ont jamais dit c'était quoi que j'avais, cette douleur-là. Mais j'allais souvent voir le gynécologue. Pendant un an de temps, ça a été souvent comme ça, j'allais voir le gynécologue. Puis là j'expliquais que j'avais eu une interruption de grossesse puis que j'avais eu des complications avec mon avant-dernier [enfant]. C'était souvent : « vous n'avez rien Mme [nom], pas de plaie dans votre césarienne, je ne vois rien d'anormal ». C'était tellement douloureux que j'avais de la misère à marcher. Puis j'attendais, puis je prenais beaucoup de Tylenol dans ce temps-là. Je faisais juste prendre des Tylenol parce que les infirmières me donnaient juste ça, recommandaient juste de prendre ça. J'en prenais quasiment tous les jours. [...] Quasiment un an et demi que j'ai pris des Tylenol. Puis un moment donné, j'ai vraiment eu une nausée. C'est vraiment devenu dégueulasse pour moi les Tylenol (12-SI-VO-AI-3).

Lors de son dernier accouchement, une autre participante se présente à l'hôpital de manière précipitée parce le travail a débuté plus tôt que prévu. Elle était sur le point d'accoucher, mais comme il n'y avait pas de médecin sur place à ce moment-là, une infirmière tente de ralentir le processus, ce qui a une incidence sur l'état de santé de son bébé :

L'infirmière est arrivée, elle a fermé mes deux jambes, elle a fermé mes deux jambes pis elle dit : « Il faut attendre le médecin ». J'ai dit : « Non, je ne suis pas capable d'attendre, il va sortir le bébé! Mon bébé va sortir!!! ». Elle ferme encore mes jambes. Mais quand elle est venue au monde, mon bébé, [nom], elle a manqué d'air. Elle était comme bleue un peu, bleutée. J'ai dit : « Comment ça qu'elle est bleue elle? ». Puis les autres, c'était des couleurs normales. « Parce que votre bébé a manqué d'air » (13-SI-VO-4).

13.3.3 Répercussions sur leur santé psychologique

D'autre part, les maux physiques ressentis par les participantes ont également eu une incidence sur leur santé psychologique. L'incompréhension de leurs symptômes ainsi que l'absence de moyens thérapeutiques pour traiter durablement leur douleur contribuent à la détérioration de leur état mental et émotionnel. Une participante en particulier a souffert d'une dépression à la suite de l'hystérectomie qu'elle a subie en raison des complications liées à son accouchement. Plus tard, lorsque ses filles ont fondé leur propre famille, elle est devenue jalouse de leur capacité à porter la vie (17-SI-VO-8).

Une autre participante relate que son désir d'enfanter est toujours présent, que c'est encore aujourd'hui la source d'une vive douleur et que l'hystérectomie qu'elle a subie a eu des contrecoups sur sa féminité, son rapport avec son corps et avec son intimité :

On stérilise un chien, un chat, un animal que l'on ne veut pas [voir se reproduire]. On ne fait pas ça à une femme, en espérant qu'elle vive [avec cela]. [...] Si je pouvais avoir le choix, je sais qu'on ne pourra jamais me redonner mon utérus, mais j'aimerais simplement que mes cicatrices disparaissent. Je ne veux plus les voir. Je ne veux pas... Je dis parfois : « Vous pouvez me considérer comme une femme trans ! » On me répond : « Mais pourquoi ? Tu es une femme ! » Je suis comme une femme, mais je n'en suis pas une, à la fois. Je n'ai plus mes organes reproducteurs. Parce qu'un homme blanc a décidé que ce n'était pas nécessaire. C'est l'aspect le plus difficile. [traduction] (10-SI-VO-1)

Elle ajoute : « Chaque enfant compte, comme ils disent. Ils portent leurs chandails [orange]. Chaque enfant compte. Et pourtant, qui fait les enfants ? Les femmes. Nous comptons. » [traduction] (10-SI-VO-1)

Une femme raconte avoir été laissée à elle-même après son hystérectomie, malgré les douleurs incapacitantes qu'elle ressentait :

J'étais complètement toute seule [avec] moi-même, puis je me relevais toute seule. Puis, toutes les conséquences qu'il y a eu après, parce qu'on est laissée à nous-mêmes après cette chirurgie-là, pis c'est difficile à surmonter (2-SI-2).

Une autre participante relate le contexte difficile dans lequel plusieurs personnes autochtones se retrouvent, entre leurs expériences du passage obligé dans les pensionnats, les récentes découvertes de tombes anonymes d'enfants autochtones autour de certains pensionnats, et les stérilisations imposées, pour ne donner que quelques exemples. Elle dit : « En plus, les affaires de pensionnats là, le monde ne voit pas comment mon peuple est brisé puis c'est dur, ils [les Blancs] ne le ressentent pas eux autres qu'on [est] à terre, là » (26-VO-1).

13.3.4 Impacts sur leur vie personnelle

Les répercussions sur les relations conjugales ont été soulevées à quelques reprises dans les témoignages. Alors que des couples souhaitaient fonder une famille ou avoir des enfants à nouveau, ils apprennent qu'il n'est plus possible pour eux de réaliser ce projet. Cela entraîne plusieurs conséquences sur le couple, comme en font état les extraits de témoignages suivants.

Pour le conjoint de cette participante, ce sont les avortements imposés qu'elle a subis qui ont été source de regrets et de reproches :

- Ça l'a tellement affectée (sic), on s'en est voulu. L'un et l'autre, on s'en est voulu. Je m'en voulais de ne pas être là (en référence aux impacts des avortements imposés sur leur relation de couple).

- Des fois je disais : « tu t'es laissé faire » (24-AI-VO-2).

Pour cette autre participante, la réception de la nouvelle d'une ligature des trompes réalisée à son insu crée une onde de choc dans sa relation avec son mari :

Pendant longtemps, nous ne nous sommes pas parlé, mon mari et moi. Nous n'étions plus intéressés de l'un à l'autre. De nous aimer [...]. Nous avons été très déçus. On s'est rejetés longtemps à cause de cela. [...] Je me suis sentie rejetée par mon mari après. C'est là qu'il a commencé à partir tout le temps. Il était tout le temps parti. Parfois quatre jours, cinq jours. Il a été déçu... On a été déçus d'avoir été mis au courant six mois après. Sans mon consentement, sans signature. [...] Lorsqu'on nous a fait venir au dispensaire pour nous l'annoncer. Cette journée-là, nous avons été déçus. J'ignore pendant combien de jours nous ne nous sommes pas parlé. Mon mari m'accusait aussi d'avoir signé quelque chose ou d'avoir dit quelque chose (9-SI-9).

Les jugements ainsi que la stigmatisation envers les femmes autochtones ayant été stérilisées sans leur consentement peuvent aussi émaner de leur entourage. Une participante rapporte par exemple que certains hommes de sa communauté entretiennent la croyance qu'une femme ayant été stérilisée peut avoir de multiples partenaires sexuels et être ainsi qualifiée de « femme facile » (7-SI-7). Parfois, ce type de violence vient des membres de la famille qui estiment que la vie du conjoint est « détruite » puisqu'il ne peut plus avoir d'enfant.

13.35 Révélations dans le contexte de la recherche

Pour les participantes, le fait de prendre part à la présente recherche et de nous relater ce qu'elles ont vécu a soulevé plusieurs émotions et réflexions. Plusieurs d'entre elles demeurent intimement convaincues que personne ne va les croire et que leurs expériences ne seront pas prises au sérieux. Même des années plus tard, la crainte du jugement est toujours ancrée en elles. Le silence, le tabou, le déni ainsi que la solitude ont fait en sorte que ce pan de leur vie a longtemps été enfoui. Pour certaines, c'était la première fois qu'elles verbalisaient ce qu'elles avaient vécu. Comme le souligne une participante : « Parce que je ne pensais pas que quelqu'un s'en souciait vraiment. Quoi que vous fassiez, j'espère qu'un jour la stérilisation des femmes autochtones cessera. » [traduction] (10-SI-VO-1)

Une autre participante rapporte quant à elle que sa réaction initiale en apprenant qu'elle avait été ligaturée était le déni.

Je l'avais tellement écrasée, cette partie-là de ma vie, que je ne voulais pas aller voir, que je ne voulais pas en parler. Puis, moi, bof, la ligature des trompes, ce n'était rien, ça. Mais c'est quelque chose pareil, il y a une partie de moi qui a été coupée. Coupée [de la possibilité de] donner la vie! Que je ne [puisse] plus – en tout cas, dans ce temps-là – que je ne [puisse] pas donner la vie [et] avoir de beaux enfants (13-SI-VO-4).

Le silence autour de ce qu'elles ont vécu est entretenu par la crainte d'être stigmatisées et jugées. Les propos de cette participante illustrent tout à fait cette peur.

Je n'ai jamais vraiment osé aborder ça ouvertement, de peur qu'on me dise, qu'on sache que moi, je me suis fait avorter, puis de me faire juger, parce que les personnes peuvent être très méchantes quand elles... tu sais, des fois, je vois des choses sur les médias sociaux, comme quelqu'un qui se fait avorter. C'est vraiment... les méchancetés que les gens écrivent, c'est assez pour démolir quelqu'un psychologiquement. Donc, je n'ai jamais vraiment osé aborder ce sujet-là parce que c'est trop dur, c'est trop dur. Puis en même temps, c'est trop stressant, aussi. Mais je sais que probablement certaines femmes dans mon entourage qui ont vécu des choses, mais qu'elles non plus n'osent pas en parler parce que, justement, il y a trop de bagages en arrière de toutes ces histoires-là de femmes qui vivent des violences de ce type (28-VO-3).

Une participante souligne que d'autres femmes ayant vécu une situation semblable à la sienne demeurent plongées dans le silence : « Mais tu sais, il y en a beaucoup qui ont lâché prise, ça fait qu'elles n'en parlent plus [...] Ça fait longtemps que j'attends ça. Qu'il y ait un chemin pour moi, justement pour en parler. Je me sentais seule dans ça » (6-SI-6).

Une autre participante se questionne sur les répercussions que son témoignage pourrait avoir dans la sphère publique : « Parce que si j'ai parlé, ce n'est pas pour rien. J'aimerais ça savoir qu'est-ce qu'ils vont faire avec ça. Ils vont-tu dire : "bien oui ça a existé le racisme systémique". Ce n'est pas juste dans l'Ouest [du pays] » (26-VO-1).

Une autre participante exprime sa colère face aux circonstances qui l'ont incité à contacter l'équipe de recherche en affirmant que c'est le décès de Joyce Echaquan qui l'a motivé à parler, afin que cet événement ne se répète plus :

Je suis vraiment choquée de ce qu'elles ont fait. Quand je repense à ce qu'elles ont fait à cette femme (en référence au décès de Joyce Echaquan). Elles ont tué cette femme. Puis, ce qu'on a subi [nous] aussi. C'était vraiment raciste là-bas [nom de l'hôpital]. Je n'étais vraiment pas bien (29-VO-4).

Une femme contextualise sa participation à la recherche en soulignant que :

Justement, ça permettrait [aux] gens de se reconstruire une estime d'eux-mêmes, puis de voir que quand on a des droits, on a aussi la responsabilité de les connaître puis de nommer les choses qu'on ne trouve pas acceptables (28-VO-3).

Enfin, pendant son entrevue, une participante affirme qu'elle serait prête à se joindre à un recours collectif éventuel : « Si nous sommes assez nombreuses, je crois que je serais prête à témoigner. Avec un peu de chance, à mon âge, je serais prise au sérieux. » [traduction] (11-SI-VO-2)

14. Principaux constats

Quatre constats se dégagent de l'analyse des témoignages, soit : la mise à mal du consentement libre et éclairé des patientes ; la méfiance, les craintes et l'évitement des services de santé ; le traitement différentiel dans les hôpitaux et l'âge des patientes et les circonstances de la stérilisation.

14.1 Mise à mal du consentement libre et éclairé des patientes

Au sein des témoignages recueillis dans le cadre de la présente recherche, il appert que le consentement des patientes des Premières Nations et Inuit a été mis à mal de maintes façons, lorsqu'il n'a pas été délibérément omis. Dans les cas où la barrière de la langue complexifiait les discussions entre une patiente et son médecin, aucune des participantes concernées ne s'est vu proposer les services d'une interprète. Plusieurs d'entre elles rapportent ne pas avoir signé de formulaire de consentement relatif à une procédure altérant leurs capacités reproductives de manière permanente (p. ex. : ligature des trompes ou hystérectomie). Dans les cas où les formulaires de consentement ont été signés par les participantes, ces dernières soulignent que peu d'informations leur ont été transmises quant à leur contenu et aux répercussions d'une opération sur leur capacité à avoir des enfants. Ce document ne suffit donc pas pour assurer un consentement libre et éclairé. La signature à elle seule ne suffit pas, et ne peut se substituer à une discussion avec un médecin. Ce dernier a également la responsabilité de valider la compréhension réelle de la patiente et d'échanger avec elle sur les répercussions, les risques associés à la procédure et les autres alternatives possibles.

Ensuite, il importe d'examiner les circonstances ainsi que l'état général des patientes lorsque leur médecin leur a parlé de la ligature des trompes pour la première fois. Pour plusieurs d'entre elles, cette procédure leur a été présentée alors qu'elles étaient en plein travail. L'ensemble des processus physiques et psychologiques liés à l'accouchement ont une incidence sur la capacité d'analyse, de

réflexion et de prise de décision des femmes qui donnent naissance. La fatigue, la peur, la douleur ainsi que les effets de la médication ne sont que quelques-uns des facteurs qui influencent l'état cognitif d'une patiente (Cadorette, 2006). En conséquence, l'accouchement n'est pas un contexte favorable à l'exercice du consentement libre et éclairé. De plus, bon nombre des participantes ont rapporté que le personnel médical était insistant et qu'il revenait souvent à la charge même si elles exprimaient clairement leur refus face à cette intervention. La ligature des trompes est une procédure non requise par l'état de santé et n'est pas considérée comme une intervention urgente, alors il est difficile de comprendre pourquoi le personnel médical exerçait des pressions pour qu'elles y consentent. De surcroît, un tel comportement vis-à-vis d'un patient va à l'encontre des fondements du consentement libre et éclairé, soit que le consentement « doit être obtenu sans pression, menace, contrainte, ni promesse de la part du médecin, de la famille ou de l'entourage » (CMQ, 2021). De même, donner son consentement sur la base d'informations erronées, notamment sur le caractère réversible de la ligature, est tout aussi problématique. Il est vrai que différentes interventions peuvent être tentées pour qu'une femme retrouve sa fertilité, mais elles n'offrent aucune garantie. Les participantes n'ont donc pas reçu toutes les informations pertinentes quant à la nature de cette procédure et son impact réel sur leur fertilité.

En somme, plusieurs enjeux importants se superposent, soit l'absence d'informations transmises aux participantes, les pressions exercées à leur endroit ainsi que le contexte inadéquat lors duquel elles sont amenées à prendre une décision qui aura une incidence majeure et durable sur leur fertilité. Les situations décrites ci-haut sont pour le moins préoccupantes et soulèvent d'importants enjeux sur le plan éthique. Rappelons que « le consentement est basé sur le principe éthique d'autonomie de la personne et son fondement juridique réside dans l'inviolabilité des droits de la personne » (CMQ, 2021 :1).

Dans plusieurs témoignages, l'absence complète de consentement nous laisse croire qu'il y a eu des manquements ainsi qu'une atteinte importante aux droits fondamentaux des patientes. Lorsqu'une procédure chirurgicale altère une fonction biologique de manière permanente, il est du devoir du médecin d'informer sa patiente de façon objective et compréhensible et de présenter les risques, les répercussions ainsi que les autres alternatives à considérer (MTESS, 2022). Il est difficile de comprendre pourquoi certains médecins ont passé outre l'exigence du consentement (bien qu'ils puissent intervenir sans celui-ci en situation d'urgence), alors que la situation ne l'exigeait pas.

Enfin, le facteur temporel a aussi eu une incidence sur le consentement des participantes, puisqu'elles ne se voyaient pas offrir un moment de réflexion ou encore suffisamment de temps pour obtenir un deuxième avis. L'exercice du consentement est un processus; il ne s'agit pas d'une case à cocher dans un formulaire après une discussion succincte avec un patient (Cadorette, 2006).

14.2 Méfiance, craintes et évitement des services de santé

Pour bon nombre de participantes à la présente recherche, il y a eu des incidents de violence à chacun de leurs accouchements, s'ajoutant à toute la détresse que cela peut créer chez une personne en situation de vulnérabilité. Ces expériences négatives s'accumulent et laissent une impression durable chez les participantes. Qu'il s'agisse de propos, de gestes ou d'attitudes envers des femmes issues des Premières Nations ou Inuit, l'ensemble contribue à créer un climat d'insécurité et a une incidence négative sur la relation entre les patientes et l'équipe médicale.

Il va sans dire que les expériences traumatiques vécues par les participantes ont une incidence sur leur état de santé global, ainsi que sur la confiance qu'elles portent envers les institutions de soins. Comme rapporté par certaines participantes, plusieurs années se sont écoulées avant qu'elles n'apprennent qu'elles avaient été stérilisées. Cette annonce est un véritable choc et déclenche une foule de questionnements quant à la qualité des

soins qu'elles ont reçus et sur la manière dont elles ont été traitées. Elles se demandent pourquoi et comment une décision aussi importante a pu être prise sans leur consentement. Elles s'interrogent quant aux intentions et au raisonnement du personnel médical qui les a traitées de la sorte. Pour certaines, les conséquences durables d'une hystérectomie sur leur santé constituent un rappel constant de ce qu'elles ont vécu.

Le manque d'accompagnement et de considération de la part du personnel médical est aussi ressorti des témoignages à plusieurs reprises. Dans la littérature sur les violences obstétricales, ce type précis de violence se caractérise par la non-assistance, et par le fait de détourner le regard face à la douleur et les autres symptômes que présente un patient (Bohren et al., 2015). Il s'agit d'une attitude d'ignorance délibérée qui peut être basée sur des préjugés et des a priori sur la condition d'un groupe en particulier. Il semble par exemple y avoir une croyance populaire selon laquelle les personnes issues des Premières Nations et Inuit ont une plus grande tolérance à la douleur. Donc, ils sont moins susceptibles de recevoir une médication contre la douleur parce que le personnel médical suppose qu'elles en ressentent moins les effets (Heino, 2018). D'un autre côté, certains professionnels hésitent 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, 2022).

Ensuite, des participantes nous ont rapporté avoir la peur au ventre dès qu'elles franchissaient les portes d'un hôpital, car elles connaissaient d'autres femmes qui avaient vécu des situations similaires (stérilisation imposée et violences obstétricales). Tous ces éléments font en sorte qu'il y a beaucoup d'appréhension, de méfiance et de craintes à l'idée de consulter pour des soins en obstétrique, entre autres. À la suite de leurs expériences négatives, bon nombre de participantes ont donc tenté de réduire et de moduler leurs contacts avec le réseau de la santé. Pour ce faire, elles ont utilisé différentes stratégies, comme l'évitement d'un suivi de grossesse et/ou l'accouchement dans un hôpital situé dans une autre région du Québec, dans l'espoir d'être mieux accueillies. D'autres ont tenté de modifier les paramètres de leurs soins, en changeant de médecin traitant, par exemple.

D'autres participantes soulignent également qu'il est ardu d'établir un dialogue ainsi qu'un lien de confiance avec leur médecin dans un tel contexte. Avec le recul, plusieurs participantes sont envahies d'un doute quant aux diagnostics qu'elles ont reçus et face aux investigations qui ont été menées sur leur état de santé. À leurs yeux, les symptômes et les douleurs dont elles souffraient n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge adéquate. Encore à ce jour, elles sont d'avis que leur médecin n'était pas suffisamment investi dans la recherche de solutions à leurs maux et qu'elles n'ont pas eu accès à toutes les options thérapeutiques qui auraient pu les aider. Certaines participantes à la recherche n'ont pas consulté de gynécologue depuis plus d'une vingtaine d'années.

14.3 Traitement différentiel dans les hôpitaux

Thématique prédominante dans les témoignages recueillis, le traitement différentiel se rapporte au fait que les femmes des Premières Nations et Inuit ont le sentiment d'être traitées comme des patientes de seconde zone¹⁰. Cela s'exprime par des propos, des gestes, des attitudes et des pratiques qui apparaissent comme étant réservés aux femmes autochtones¹¹. Par exemple, la grande majorité des participantes se sont vu proposer la ligature des trompes alors qu'elles étaient dans la vingtaine, sans qu'on leur explique adéquatement en quoi consistait cette procédure ni qu'on leur demande clairement si elles voulaient avoir d'autres enfants. Les demandes insistantes adressées à une nouvelle maman issue des Premières Nations ou Inuit, pour savoir si elle désire une ligature après son premier accouchement, semblent être une pratique existante au Québec.

Le traitement différentiel se manifeste également par les préjugés, les stéréotypes ainsi que les propos dégradants qui ont été tenus à l'égard des participantes. Ces propos inappropriés du personnel médical couvrent un large spectre et semblent se fonder sur des préjugés selon lesquels les femmes autochtones sont des patientes problématiques, ainsi que des mères négligentes¹². L'équipe médicale a tenu des propos empreints de jugements à l'égard de la situation familiale et conjugale de certaines patientes (problèmes de consommation, le fait d'avoir déjà plusieurs enfants, d'être jeune, d'être une mère monoparentale, etc.). Tous ces motifs étaient invoqués et souvent accolés aux femmes des Premières Nations et Inuit afin de les convaincre de subir une ligature des trompes.

Souvent, leur état de santé semble être analysé à la lumière de ces préjugés. Fait notable, plusieurs des participantes ont clairement nommé ne pas avoir été traitées comme des êtres humains lors de leur passage à l'hôpital pour accoucher. Elles ont souligné avoir vécu une rémission difficile et ne pas avoir reçu le soutien médical escompté pour traverser cette épreuve. Qu'il s'agisse de douleurs, d'infections à la plaie ou de symptômes hormonaux, elles auraient souhaité recevoir de l'information de la part de leur médecin, mais celui-ci n'a pas donné suite à leurs demandes.

10 Le rapport de la Commission Viens illustre bien ce « mur d'incompréhension mutuelle qui sépare aujourd'hui les peuples autochtones des principaux prestataires de services publics au Québec » (CERP, 2019: 220). Plus important encore au regard du mandat de cette Commission, la multiplicité de témoignages entendus illustre comment cette incompréhension peut avoir pour effet de limiter l'accès aux soins [de santé], voire de mettre la sécurité ou la vie de certains individus en jeu.

11 Il semble aussi exister un traitement similaire pour certaines femmes racisées au Québec. Ainsi, l'attitude du corps médical peut avoir des effets sur d'autres groupes en situation de vulnérabilité, comme démontré dans un reportage de l'émission *Enquête* (Fournier, 2021).

12 Le rapport de la Commission Viens fait état d'un traitement différentiel envers les femmes des Premières Nations et Inuit : « Des pratiques non éthiques ciblant les femmes, et basées sur les préjugés liés aux dépendances, telles que des tests de dépistage de drogues effectués sans consentement auprès de femmes autochtones venues accoucher ont aussi été portées à mon attention » (CERP, 2019: 391).

Il importe également de souligner le caractère récurrent et persistant de ces formes de violence. Leurs manifestations s'inscrivent dans le temps lorsqu'on examine les témoignages recueillis dans le cadre de la présente recherche de manière longitudinale, soit de 1980 à 2019. En lien avec les constats tirés de plusieurs enquêtes ou commissions, il semblerait que la situation ne se soit pas améliorée (CERP, 2019; ENFFADA, 2019; CWA et CAO, 2022) et aurait des manifestations plus lointaines que ce qui est documenté jusqu'à présent. En effet, le récent rapport sur la mise en œuvre de la *Loi autorisant la communication de renseignements personnels aux familles d'enfants autochtones disparus ou décédés à la suite d'une admission en établissement* (Loi 79), publié par le Secrétariat aux affaires autochtones du gouvernement du Québec (2022), mentionne que dès les années 1950, des enfants sont disparus dans le système de santé au Québec. Le même constat a été fait dans le rapport de l'ENFFADA (2019) : « Dans le cadre de ses travaux, plusieurs familles sont venues témoigner, au Québec, du décès ou de la disparition d'enfants dans des circonstances inconnues de leur famille, à la suite de leur évacuation de la communauté pour des fins médicales ou, plus largement, d'une admission en établissement de santé et services sociaux (établissement) » (SAA, 2022:1). Il est à noter que 70 % des demandeuses de recherche (35 dossiers pour 55 enfants) répertoriées à ce jour dans le cadre de la mise en œuvre de la Loi 79 sont des femmes (SAA, 2022).

14.4 Âge des patientes et circonstances de la stérilisation

Selon les témoignages recueillis, les femmes autochtones ont subi une ligature des trompes ou une hystérectomie alors qu'elles étaient entre le début de l'âge adulte et la mi-trentaine. Seules quatre participantes avaient des conditions médicales susceptibles d'altérer leur fertilité : lésions sur la paroi utérine, négligence dans un cas de grossesse ectopique qui mène à des dommages importants aux trompes, ligature réalisée en même temps qu'une opération aux intestins et hystérectomie avec ablation d'une partie des intestins. Autrement dit, la grande majorité des participantes n'étaient pas aux prises avec des conditions de santé suffisamment sévères pour nécessiter une procédure qui altère leurs capacités reproductives. Elles étaient jeunes, en bonne santé et semblaient tout à fait en mesure de mener une grossesse à terme en toute sécurité. De surcroît, aucune participante n'avait des antécédents familiaux particuliers ou des diagnostics relatifs à une grossesse à risque. Bon nombre d'entre elles ont explicitement mentionné à leur médecin et/ou à d'autres membres du personnel médical qu'elles souhaitaient avoir d'autres enfants dans le futur. Deux participantes ayant subi une hystérectomie alors qu'elles étaient dans la vingtaine sont aujourd'hui aux prises avec des problèmes osseux et dentaires importants. Elles n'ont pas eu de suivi ni de prescriptions hormonales à la suite de cette intervention.

En regard de toutes ces informations, il est difficile de comprendre pourquoi des participantes si jeunes ont été astreintes à une ligature des trompes ou à une hystérectomie alors que des méthodes moins risquées et moins invasives étaient envisageables et ne leur ont pas été communiquées (p. ex. : pilule contraceptive, stérilet).

15. Limites de la recherche

Tout d'abord, la présente recherche est la première, à notre connaissance, qui se penche sur la stérilisation imposée de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec. Étant donné l'absence de données, de littérature et d'analyses sur ce sujet dans cette province, il n'est pas possible de faire des comparatifs ou des parallèles avec d'autres travaux empiriques réalisés en contexte québécois. La littérature disponible porte essentiellement sur les stérilisations forcées des femmes autochtones dans l'ouest du Canada, aux États-Unis et ailleurs dans le monde.

Même si cette étude a été réalisée à l'échelle de la province du Québec, une campagne de communication d'envergure a été déployée et divers médiums de diffusion ont été utilisés, il est possible que certaines personnes n'aient pas été informées de son déploiement et n'aient pas joint leurs voix à ce corpus. La barrière de la langue a pu constituer un frein au recrutement de participantes qui ne peuvent s'exprimer aisément en français ou en anglais. Il a cependant été possible dans certains cas de réaliser des entrevues avec l'aide d'une interprète dans la langue autochtone concernée.

De plus, le contexte de la pandémie de COVID-19 a grandement complexifié le déroulement de la recherche. Pendant plusieurs mois, seules les entrevues par téléphone ou sur une plateforme de vidéoconférence étaient possibles. Malgré les invitations reçues pour s'y rendre, bon nombre de communautés autochtones étaient totalement inaccessibles aux visiteurs, de sorte que les membres de l'équipe de recherche n'étaient pas en mesure d'aller à la rencontre des participantes potentielles.

Il faut également considérer la grande sensibilité du sujet abordé. Il est difficile de créer un lien de confiance avec les participantes potentielles afin qu'elles s'ouvrent sur un sujet aussi intime et délicat à une personne inconnue. Ainsi, le fait que les entrevues aient parfois été réalisées par téléphone ou par visioconférence a pu représenter un frein important à leur dévoilement. Pour ces raisons, il est possible que certaines personnes aient choisi de ne pas témoigner parce qu'elles n'étaient émotionnellement pas en mesure de le faire.

Enfin, certains peuples ou nations autochtones du Québec ne sont pas représentés dans notre échantillon en dépit des efforts déployés pour tous les rejoindre. À ce stade-ci, il est difficile d'expliquer ce phénomène et de comprendre pourquoi certaines nations sont moins représentées que d'autres ou sont absentes de l'échantillonnage. La possibilité qu'il n'y ait simplement pas eu de cas de stérilisations imposées ou de violences obstétricales chez les femmes de ces nations n'est pas écartée.

16. Conclusion

À la lumière des témoignages recueillis et de leur analyse, nous confirmons qu'il y a eu des cas de stérilisations imposées, de violences obstétricales et d'avortement imposés chez les femmes des Premières Nations et Inuit au Québec. Cette province se joint donc au cortège des autres provinces et territoires canadiens où de nombreux témoignages ont été documentés et ont fait l'objet de rapports de recherche (thèses et mémoires) et de publications scientifiques (articles et monographies).

Le découpage de la trame temporelle des événements vécus par les femmes participant à la recherche (avant, pendant et après) a permis de mieux saisir le fil des événements, de déterminer les moments charnières et d'examiner la trajectoire des patientes dans les cliniques et hôpitaux au Québec. L'analyse des douloureux récits des participantes montre que la mise à mal du consentement libre et éclairé, par l'absence, l'inexactitude ou le peu d'informations données aux femmes (dans une deuxième, voire une troisième langue) sur leur condition de santé et sur la procédure qu'elles allaient subir, est hautement problématique et entraîne des répercussions indélébiles sur leur santé physique et psychologique de même que sur leur vie personnelle. Les pressions subies pour accepter une stérilisation définitive malgré le jeune âge de bon nombre d'entre elles, le fait qu'elles ne se sont pas fait offrir d'autres options de contraception, les attitudes négatives et les propos dégradants de la part du personnel médical sont aussi des éléments problématiques. Le traitement différentiel à leur égard, dont plusieurs participantes ont été témoins, participe au maintien, voire à l'accroissement de la méfiance qu'elles ressentent et des craintes qu'elles ont, ce qui contribue à l'évitement des services de santé auxquels elles ont pourtant droit.

En regard des différents textes de loi qui balisent et protègent les droits des patientes au Québec et au Canada, il semble définitivement y avoir eu, selon les témoignages recueillis, des manquements graves ainsi que des fautes déontologiques majeures de la part du personnel médical, en plus de nombreuses atteintes à l'intégrité des femmes Premières Nations et Inuit. Ces pratiques, passées sous silence, semblent soutenir la reproduction de propos discriminatoires et d'attitudes coloniales envers ces femmes qui ont dû faire un passage obligé dans le système de santé, notamment pour accoucher. Enfin, l'analyse des témoignages recueillis dans le cadre de la présente recherche, juxtaposée aux conclusions des récents travaux de recherches (Pierre et Bosset, 2020), de commissions (CERP, 2019) et d'enquêtes (ENFFADA, 2019 ; Kamel, 2021) menées au Québec, converge vers un même constat, soit la présence évidente du racisme systémique.

17. Recommandations

Cette section met en lumière les différentes mesures et recommandations proposées par les participantes ainsi que par l'équipe de recherche. Il importe de toutes les considérer, puisqu'elles pavent la voie vers des changements nécessaires immédiats afin que les droits fondamentaux des femmes Premières Nations et Inuit au Québec puissent être respectés.

17.1 Recommandations formulées par des participantes à la recherche

Pour toutes les instances :

1. Écouter, entendre et croire les femmes des Premières Nations et Inuit qui dénoncent les stérilisations imposées, les violences obstétricales ainsi que les avortements imposés.

Pour les instances des Premières Nations et Inuit :

2. 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.
3. Informer les patientes des Premières Nations et Inuit de leurs droits.
4. 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.
5. 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.

Pour les instances gouvernementales (gouvernement du Québec) :

6. Interpeller le Collège des médecins afin que cessent les pratiques de stérilisations imposées, d'avortement imposés et les pressions exercées sur les femmes des Premières Nations et Inuit pour qu'elles acceptent la procédure.
7. Mettre en place des sanctions et un retrait du permis de pratique si de tels actes sont perpétrés.
8. Imposer une formation obligatoire pour les 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.

Pour les femmes des Premières Nations et Inuit :

9. Dans la mesure où elles le souhaitent, partager leurs expériences de stérilisations imposées et de violence obstétricales, dénoncer le traitement reçu et éduquer leurs filles sur ces enjeux.

17.2 Recommandations formulées par l'équipe de recherche

Pour toutes les instances :

10. 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.
11. Mettre en place un groupe de travail qui aurait le mandat de proposer des changements législatifs (*Code civil du Québec* et *Code de déontologie des médecins*) afin de prévenir et de sanctionner les stérilisations imposées et les violences obstétricales au Québec et au Canada.

Pour les instances des Premières Nations et Inuit :

12. 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.
13. Mettre en œuvre une campagne de sensibilisation et d'information sur le consentement libre et éclairé, les stérilisations imposées et les violences obstétricales.
14. 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 organismes des Premières Nations et Inuit au Québec pour les étudiants/stagiaires.
15. Adopter une déclaration visant à promouvoir et à protéger les droits des femmes Premières Nations et Inuit en matière de santé.
16. Poursuivre la production de nouvelles connaissances sur le sujet du consentement et des stérilisations imposées par :
 - 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;
 - le déploiement d'une recherche auprès du personnel médical sur le sujet des stérilisations imposées et des violences obstétricales;
 - 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 institutions.

Pour les ordres professionnels des corps médicaux :

17. Revoir la formation offerte au corps médical en matière de consentement libre et éclairé, particulièrement en obstétrique et en gynécologie.
18. Demander au Collège des médecins du Québec de prendre acte des recommandations de cette 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.

Pour les instances gouvernementales :

Gouvernement fédéral :

19. Répondre immédiatement au rapport du Comité sénatorial permanent sur les droits de la personne sur 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.

Gouvernement du Québec :

20. 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.
21. Convoquer le Collège des médecins afin que tous les moyens nécessaires soient pris pour faire cesser cette pratique.
 - Il est suggéré de faire un ajout à l'article 28 du *Code de déontologie des médecins* sur 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.

- Il est suggéré de faire un ajout à l'article 11 du *Code civil du Québec*, 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.
22. Examiner comment le projet de loi 19 (*Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*) du gouvernement du Québec pourrait permettre aux membres de la famille d'avoir accès au dossier médical de leur mère afin de documenter les cas de stérilisations imposées survenus dans le passé.
 23. Mettre en œuvre les recommandations 23 et 24 de la CVRC, les appels à l'action 3.1 à 3.7 de l'ENFFADA ainsi que les appels à l'action 74 à 76 de la CERP, qui proposent l'intégration dans les soins de santé des savoirs autochtones et des pratiques qui y sont rattachées.
 24. Respecter l'article 24 de la DNUDPA qui stipule que les peuples autochtones ont aussi droit à des services de santé sans discrimination.
 25. Mettre en œuvre les dix appels à l'action du rapport de M^{me} Boyer et du Dr Bartlett (Boyer 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.
 26. 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.
 27. 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.
 28. Financer adéquatement les services d'interprètes pour les langues autochtones dans les hôpitaux du Québec.
 29. Appuyer la mise en œuvre du Plan d'action contre le racisme et la discrimination – volet santé – de l'APNQL.
 30. Adopter le Principe de Joyce.
 31. Reconnaître le racisme systémique au Québec.



Références

- Ambroise, S. (2021, 25 mai). Stérilisations imposées de femmes autochtones au Québec, *Nouvelles nationales APTN*. www.aptnnews.ca/reportages/suzy-basile-et-la-sterilisation-forceee/
- Amnistie internationale (AI). (2019). *Mémoire d'Amnistie internationale au Comité sénatorial permanent des droits de la personne dans le cadre de l'étude sur la stérilisation sans consentement*. sencanada.ca/content/sen/committee/421/RIDR/Briefs/AmnestyInternational_Brief_f.pdf
- Asselin, H., & Basile, S. (2012). Éthique de la recherche avec les peuples autochtones. Qu'en pensent les principaux intéressés? *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 14(1), 333-345. journals.openedition.org/ethiquepublique/959
- Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL). (2014). *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador*. files.cssspnql.com/index.php/s/ksbfKhhjfcc7hTI
- Assemblée nationale du Québec (ANQ). (2021). *Femmes stérilisées sans consentement libre et éclairé*. 45, n°210. m.assnat.qc.ca/en/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/42-1/journal-debats/20210929/307349.html#_Toc84249269
- Basile, S. (2017). *Le rôle et la place des femmes atikamekw dans la gouvernance du territoire et des ressources naturelles* (Thèse de doctorat), Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. depositum.uqat.ca/id/eprint/703/1/Basile,%20Suzy.pdf
- Basile, S., Lévesque, C., Brodeur-Girard, S., Gabriel, W., Gabriel, E., Michel, V. et Sioui, M. (2019, 18 février). Silence de Québec sur la stérilisation forcée des femmes autochtones, *Radio-Canada, Espaces Autochtones*. ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1153624/silence-quebec-sterilisation-forcee-femmes-autochtones-lettre-ouverte
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Araújo Diniz, A. L., Tuncalp, O., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J. et Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 12(6), e1001847. journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847&fullSite
- Boyer, Y. et Bartlett, J. (2017). *External review: tubal ligation in the Saskatoon health region: the lived experience of Aboriginal women* [Rapport de recherche]. Saskatchewan Health Authority. www.saskatoonhealthregion.ca/Document-Internal/Tubal_Ligation_intheSaskatoonHealthRegion_the_Lived_Experience_of_Aboriginal_Women_BoyerandBartlett_July_22_2017.pdf
- Cadorete, M. (2006). *Le consentement libre et éclairé de la parturiente en droit québécois: l'accouchement comme contexte d'évitement du respect de l'autonomie* (Thèse de doctorat), Université Laval. corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/18289
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). (2020). *Choix et consentement éclairés dans les services de santé pour les femmes des Premières Nations, inuites et métisses (Rapport sommaire)*. www.ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/323/RPT-NCCIH-Consent-Summary-FR_WEB_CachetSH_2021_04_13.pdf

Centre Wabano pour la santé des Autochtones et Coalition Autochtone d'Ottawa (CWSA et CAO). (2022). *Raconte ton histoire : Le racisme et la discrimination envers les Autochtones dans les soins de santé offerts sur le territoire de la région de Champlain (Rapport sommaire)*. wabano.com/wp-content/uploads/2022/05/ShareYourStory-ShortReport-FRpdf.pdf

Clarke, E. (2021). Indigenous women and the risk of reproductive healthcare: Forced sterilization, genocide, and contemporary population control. *Journal of Human Rights and Social Work*, 6(2), 144-147. doi.org/10.1007/s41134-020-00139-9

Collège des médecins du Québec et Barreau du Québec (CMQ et BQ). (2018). *Le médecin et le consentement aux soins – Document de référence*. www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf

Collège des médecins du Québec (CMQ). 2021. *Nouvelles – Consentement libre et éclairé : rappel important*. cmq.org/nouvelle/fr/rappel-important-communaute-medicale-consentement-soins-libre-eclairer.aspx

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. senCanada.ca/content/sen/committee/441/RIDR/reports/2022-07-14_ForcedSterilization_F.pdf

Comité sénatorial permanent des droits de la personne (CSPDP). (2021). *La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada*. Sénat du Canada. senCanada.ca/content/sen/committee/432/RIDR/reports/2021-06-03_ForcedSterilization_F.pdf

Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : Écoute, réconciliation et progrès (CERP). (2019). *Rapport final*. cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada (CRSH, CRSNG et IRSC). (2018). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2018-fr-interactive-final.pdf

Crozier, C. (2017, 18 avril). Against their will – Interview with Melika Popp, Roxanne Ledoux and Brenda Pelletier, *APTN Investigation*. youtube.com/watch?v=XpW5hRWyxDs

De Lancer, A. (2021, 11 juin). La stérilisation forcée de femmes autochtones avec Suzy Basile, *Radio-Canada Ohdio, Ça s'explique*. ici.radio-canada.ca/ohdio/balados/6108/ca-sexplique-balado-info-alexis-de-lancer/539281/systeme-sante-justin-trudeau-gouvernement-canadien-province

Dionne Schulze. (2022). *Actions collectives en cours – Stérilisations imposées au CISSS de Lanaudière*. dionneschulze.ca/class-action/sterilisations-imposees-au-ciiss-de-lanaudiere/?lang=fr

Dunham, J. (2021, 4 juin). Breaking the wall of silence, *CTV News*. ctvnews.ca/canada/breaking-the-wall-of-silence-collecting-forced-sterilization-testimonials-from-first-nations-inuit-women-in-quebec-1.5456254

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. doi.org/10.3138/chr.Dyck

Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA). (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place – Volume 2: Un rapport complémentaire de l'Enquête nationale sur les femmes et filles autochtones disparues et assassinées*, Kepek-Québec. mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-compl%C3%A9mentaire_Qu%C3%A9bec.pdf

Femmes autochtones du Québec (FAQ). (2012). *Lignes directrices en matière de recherche avec les femmes autochtones*. faq-qnw.org/wp-content/uploads/2016/11/FAQ-2012-Lignes_directrices_recherche.pdf

Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN). (N/A). *Comment choisir une méthode contraceptive – Stérilisation: Ligature des trompes*. fqpn.qc.ca/article/contraception/#comment-choisir-une-m-thode-contraceptive

Fournier, S. (2021, 23 septembre). « On m'a volé ma fertilité », *Radio-Canada, Enquête*. ici.radio-canada.ca/recit-numerique/2945/sterilisations-non-consenties-quebec-canada-racisee-autochtone

Grekul, J. M. (2002). *The social construction of the feebleminded threat: Implementation of the Sexual Sterilization Act in Alberta, 1929–1972* (Thèse de doctorat). University of Alberta. era.library.ualberta.ca/items/a38beea6-bbb5-47e8-9ab3-7f9ddcf8e010/download/f5160a0d-d2bb-4d07-8597-9095e9c98d6c

Haahr Pedersen, S. (2022, 21 mai). Appel til Danmark: Undersøg ansvaret for spiralkampagnen, *KNR - Kalaallit Nunaata Radioa. Greenland Broadcasting Corporation*. knr.gl/da/nyheder/appel-til-danmark-unders%C3%B8g-ansvaret-spiralkampagnen?fbclid=IwAR0EKwsslgckfDVUIFj3rHm_jX6KgNz8Jikrbjiv-VZw7zfJWPmQN_HgBw

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* (Graduate). University of British Columbia. open.library.ubc.ca/collections/42591/items/1.0365526

Josselin, M.-L. (2021, 18 novembre). Stérilisations forcées: des femmes atikamekw s'adressent aux tribunaux, *Radio-Canada, Espaces Autochtones*. ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1840928/atikamekw-manawan-sterilisation-demande-action-collective

Kamel, G. (2021). *Rapport d'enquête concernant le décès de Joyce Echaquan. Loi sur la recherche des causes et circonstances décès*. Bureau du coroner. coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Coroners/Rapport_final_-_francais.pdf

Kirkup, K. (2018a, 7 décembre). L'ONU s'inquiète de la stérilisation forcée de femmes autochtones, *La Presse, lapresse.ca/actualites/national/201812/07/01-5207184-lonu-sinquiete-de-la-sterilisation-forcee-de-femmes-autochtones.php*

Kirkup, K. (2018b, 10 décembre). Federal government plans examination of coerced sterilization, *Toronto Star*. thestar.com/news/canada/2018/12/10/federal-government-plans-examination-of-coerced-sterilization.html

La Presse Canadienne (PC). (2019, 14 février). Québec refuse de parler de stérilisation forcée avec le gouvernement fédéral, *Le Nouvelliste*. lenouvelliste.ca/2019/02/15/quebec-refuse-de-parler-de-sterilisation-forcee-avec-le-gouvernement-federal-0c5c5919bfef78e5c15405098f8a61af

Labra, O., Pourcelot, H., Asselin, H., Radu, I. et Basile, S. (sous presse). Déterminants sociaux et territoriaux de la santé des peuples autochtones au Québec. Dans F. Gagnon, E. Martin et M.-H. Morin (dir.), *Le système de la santé et des services sociaux au Québec. Santé des populations et territorialités*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Lombard, A. et Shaheen-Hussain, S. (2021, 12 mars). Sur la stérilisation forcée des femmes autochtones au Canada, *Le Devoir*. ledevoir.com/opinion/idees/596773/canada-sur-la-sterilisation-forcee-des-femmes-autochtones

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS). (2022) *Code de déontologie des médecins*. L.Q. C. M-9, r. 17. Gouvernement du Québec. legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9,%20r.%2017%20

Nadeau, J. et Sioui, M.-M. (2021a, 12 mai). Legault réitère sa « tolérance zéro » face aux mauvais traitements, *Le Devoir*. ledevoir.com/politique/quebec/600545/politique-quebecoise-c-est-tolerance-zero?utm_source=recirculation&utm_medium=hyperlien&utm_campaign=boite_extra

Nadeau, J. et Sioui, M.-M. (2021b, 13 mai). Une femme algonquine et crie dénonce une stérilisation sans son consentement, *Le Devoir*. ledevoir.com/societe/600935/autochtones-et-soins-de-sante-une-femme-algonquine-et-crie-denonce-une-sterilisation-sans-son-consentement

Pierre, M. et Bosset, P. (2020). Racisme et discrimination systémiques dans le Québec contemporain : présentation du dossier. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(2), 23-37. doi.org/10.7202/1076643ar

Regroupement Naissance-Renaissance (RNR). (2019). *Avis sur les mauvais traitements et les violences envers les femmes dans les services de soins de santé reproductive avec attention particulière sur l'accouchement*. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : Écoute, Réconciliation et Progrès, Pièce M-024/P-1165. cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-1165_M-024.pdf

Ryan, C., Ali, A. et Shawana, C. (2021). Forced or coerced sterilization in Canada: An overview of recommendations for moving forward. *International Journal of Indigenous Health*, 16(1), 275-290. jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/33369/27348

Secrétariat aux affaires autochtones (SAA). (2022). *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 2021-2022. Gouvernement du Québec. cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/conseil-executif/publications-adm/saa/administratives/rapports/loi-renseignements-familles-enfants-autochtones.pdf?1651244863

Shaheen-Hussain, S. (2021). *Plus aucun enfant autochtone arraché. Pour en finir avec le colonialisme médical canadien*, Montréal, Lux Éditeur.

Shield, D. (2017, 11 octobre). 'It steals your dream': Saskatoon woman not sure whether she will join forced sterilization lawsuit, *CBC News*. cbc.ca/news/canada/saskatoon/debbie-ironbow-forced-sterilization-lawsuit-1.4350874

Smith, A. (2003). Not an Indian tradition: The sexual colonization of native peoples. *Hypatia*, 18(2), 70-85. onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1527-2001.2003.tb00802.x

Stote, K. (2015). *An act of genocide. Colonialism and the sterilization of aboriginal women*. Halifax & Winnipeg: 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). Friesen Press.

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. Project MUSE. muse.jhu.edu/article/847034

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. proquest.com/dissertations-theses/healing-bodies-saving-race-women-public-health/docview/304706423/se-2?accountid=14721

World Health Organization (WHO). (2014). *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization – An interagency statement*. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112848/9789241507325_eng.pdf;jsessionid=733872CDF32D3A25F664DA37F8F3F748?sequence=1

Annexe A - Lexique

Plusieurs des termes utilisés dans le cadre de cette recherche sont liés à l'univers médical et chirurgical. Par conséquent, ils sont parfois source d'incompréhension et il nous apparaissait nécessaire de bien les définir. Étant donné que cette recherche porte sur la stérilisation imposée de femmes, les termes relatifs à la stérilisation masculine ne seront pas abordés.

Ligature des trompes de Fallope

Procédure consistant à lier, couper ou cautériser le tissu des trompes afin d'empêcher l'ovule de se rendre à l'utérus. Deux méthodes sont utilisées, soit par laparoscopie (en pratiquant de petites incisions sur le bas-ventre pour accéder aux organes reproducteurs) ou de manière transcervicale (l'accès aux trompes de Fallope se fait en passant par le col utérin). Dans le langage populaire, il est aussi question de « clipper » les trompes, c'est-à-dire de les bloquer. Cette chirurgie est permanente et irréversible, de sorte qu'une femme n'est plus en mesure d'avoir des enfants par la suite (FQPN, N/A).

Hystérectomie

Procédure consistant à retirer la totalité de l'utérus, ce qui fait en sorte qu'une femme n'est plus en mesure de porter un enfant (CHUM, 2019).

Ovariectomie

Procédure consistant à retirer les ovaires. Cette chirurgie entraîne des bouleversements hormonaux importants et empêche une femme d'enfanter (CHUQ, 2008).

Violences obstétricales

Ce terme est apparu depuis une vingtaine d'années dans la littérature scientifique, et sa définition ne fait pas encore l'objet d'un consensus. Dans le cadre du présent projet, nous avons retenu celle de Lévesque et al. (2018) :

« 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. » (p. 230)

Stérilisation imposée

Dans le cadre de la présente recherche, nous avons retenu la définition proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (2014) :

« La stérilisation sans consentement complet, libre et éclairé a été diversement décrite par les organismes internationaux, régionaux et nationaux de défense des droits de l'homme comme une pratique involontaire, coercitive et/ou forcée, et comme une violation des droits fondamentaux de l'homme, 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 l'homme ont également reconnu que la stérilisation forcée constitue une violation du droit de ne pas être soumis à la torture et à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (34; 35, par. 60). »
[traduction] (WHO, 2014, p. 1)

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 leurs corps et leurs capacités reproductives.

Références

- Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM). (2019). *Se préparer à une hystérectomie – Fiche d'information*. www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2020-02/322-2-hysterectomie.pdf
- Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUQ). (2008). *La chirurgie gynécologique – Guide d'enseignement et d'accompagnement*. www.chudequebec.ca/getmedia/7a1d9bbb-79ea-439e-84d4-449b78f26b0a/823-08-012-Chirurgie_gynecologique.aspx
- Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN). (N/A). *Comment choisir une méthode contraceptive – Stérilisation : Ligature des trompes*. fqpn.qc.ca/article/contraception/#comment-choisir-une-m-thode-contraceptive
- 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. www.erudit.org/en/journals/rf/1900-v1-n1-rf03912/1050662ar.pdf
- World Health Organization (WHO). (2014). *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization – An interagency statement*. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112848/9789241507325_eng.pdf;jsessionid=733872C-DF32D3A25F664DA37F8F3F748?sequence=1

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