



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 131



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 31 janvier 2019

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le jeudi 31 janvier 2019

• (1525)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): Je vous souhaite la bienvenue à cette 131^e réunion du Comité permanent de la santé. Les délibérations publiques d'aujourd'hui dureront jusqu'à 17 h 10 environ, puis nous passerons à huis clos pour discuter un peu des affaires du Comité.

Je veux tout d'abord remercier nos témoins d'avoir accepté de venir nous prêter main-forte avec cette nouvelle étude.

Du ministère de la Santé, nous accueillons Abby Hoffman, sous-ministre adjointe, que nous avons déjà reçue plusieurs fois auparavant.

Du ministère des Femmes et de l'Égalité des genres, nous entendrons Lisa Smylie, qui est directrice de la recherche et de l'évaluation à l'Unité des résultats et livraison.

Du ministère Services aux Autochtones Canada, nous accueillons Valerie Gideon, qui n'en est pas à sa première fois ici non plus. Merci beaucoup. Mme Gideon est sous-ministre adjointe principale à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Il y a aussi le Dr Tom Wong, toujours de ce ministère, qui est directeur exécutif et médecin en chef de la Santé publique.

Il va y avoir deux déclarations liminaires, soit une par Mme Hoffman et une autre par Mme Gideon.

Madame Hoffman, si vous le voulez bien, nous allons amorcer la séance avec la vôtre. Vous avez 10 minutes.

Mme Abby Hoffman (sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique, ministère de la Santé): Merci.

Bonjour. Merci de me donner l'occasion de vous parler de cette importante question.

Je tiens d'abord à souligner que nous nous réunissons aujourd'hui sur des terres traditionnelles non cédées de la Nation algonquine.

Comme tout le monde, les récits au sujet des femmes autochtones qui ont été forcées de se faire stériliser m'ont grandement préoccupée. Il est inacceptable qu'une telle chose ait pu arriver à n'importe quelle femme dans le système de santé canadien, et ce, quel que soit l'endroit. La stérilisation forcée ou contrainte est une violation grave des droits de la personne et de l'éthique médicale. C'est une forme de violence fondée sur le sexe, et la preuve de besoin plus général d'éliminer le racisme et les pratiques discriminatoires qui pourraient exister dans le système de santé.

Malheureusement, il existe au Canada une histoire documentée de stérilisation obligatoire liée à un mouvement eugénique plus vaste qui remonte aux années 1900. L'institutionnalisation, la réglementation du mariage et la stérilisation étaient des mécanismes de contrôle sociaux qui avaient été mis en place dans certaines régions du

Canada. Bien que ces pratiques aient été codifiées dans les lois de certaines provinces, nous savons que la stérilisation sans consentement approprié a aussi été pratiquée ailleurs au pays. Les victimes étaient des femmes avec une déficience intellectuelle, des femmes marginalisées et des femmes autochtones. Plusieurs universitaires de renom, dont Karen Stote et Erika Dyck, ont abondamment documenté ces pratiques.

De récents reportages sur les femmes autochtones qui ont subi des stérilisations forcées laissent entendre que ces injustices pourraient avoir eu lieu bien après l'abrogation des lois autorisant ces stérilisations. Mis à part les travaux de la sénatrice Boyer et de la Dre Judith Bartlett, à Saskatoon, l'étendue du phénomène n'a pas été documentée de manière exhaustive.

Il incombe à tous les acteurs du système de santé de veiller à ce que les patients aient accès à des services de santé exempts de préjugés et d'ostracisme. Le gouvernement du Canada prend cette obligation au sérieux. Nous sommes conscients que les femmes autochtones ainsi que d'autres femmes vulnérables touchées par la pauvreté, les problèmes de santé mentale et la toxicomanie font aussi face à des problèmes de préjugés et de sécurité dans le système de santé.

Par exemple, en 2016, après une étude qui a duré six ans, le Women's College Hospital a publié le rapport *A Thousand Voices for Women's Health* — ou, un millier de voix pour la santé des femmes —, qui documente comment les femmes de diverses communautés ont le sentiment d'être traitées et les attentes de ces femmes à l'égard des services, services qu'elles souhaitaient voir adaptés aux identités individuelles, aux cultures et aux situations sociales des personnes. De façon générale, ces femmes étaient d'avis que la prestation des services devrait se faire dans le respect de ces différences et sans jugement.

Comme vous le savez, au Canada, aucun ordre de gouvernement n'a la compétence exclusive en santé. Il s'agit d'un système complexe de compétences partagées où le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires doivent chacun assumer d'importantes responsabilités. Pour sa part, le gouvernement fédéral est tenu d'assurer la santé et la sécurité des Canadiens, de contribuer financièrement au système de santé canadien au moyen du Transfert canadien en matière de santé et de fixer des normes nationales sur les soins, ce qu'il fait par l'intermédiaire de la Loi canadienne sur la santé. Les gouvernements des provinces et des territoires sont quant à eux responsables au premier chef de la gestion quotidienne, de l'organisation et de la prestation des services de santé, et chacune de ces administrations a pour cela créé son propre système en fonction de principes communs.

Dans le cadre de leurs responsabilités visant à administrer et assurer la prestation des services de santé, les provinces et les territoires ont élaboré au moyen de lois leurs propres cadres pour assurer la surveillance des professionnels du milieu par des organismes d'autoréglementation. Ces organismes sont chargés d'examiner les plaintes déposées contre les professionnels de la santé qui relèvent d'eux, de répondre à ces plaintes et de prendre des mesures disciplinaires lorsqu'elles s'avèrent fondées.

Les provinces et les territoires ont également le pouvoir de réglementer les affaires liées au consentement des patients à l'égard des traitements médicaux. Le concept de consentement éclairé a évolué avec le temps. C'est une question complexe. Autrefois, les processus de prises de décisions au sujet des traitements relevaient presque exclusivement des fournisseurs de soins, mais ils ont changé au fil du temps pour faire une plus grande place à l'opinion des patients.

Pour qu'il y ait un consentement éclairé, il faut assurer que le patient a les renseignements et la capacité nécessaires pour prendre une décision lucide quant au traitement que lui conseillent ses praticiens de la santé. Le consentement éclairé signifie que le patient a reçu des renseignements sur la nature, les avantages escomptés, les risques et les effets secondaires du traitement, sur les solutions de rechange et sur les conséquences probables d'un refus de suivre le traitement. Or, pour que le consentement soit valide, le patient doit avoir la capacité de porter un jugement éclairé et de donner ce consentement de façon volontaire.

• (1530)

Des études portant sur les femmes qui donnent leur consentement pour les interventions gynécologiques montrent que les patientes affirment souvent se sentir obligées de signer un formulaire de consentement malgré leur choix ferme de ne pas procéder à l'intervention. Dans une étude par Hall, Prochazka et Fink publiée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, en 2012, il est indiqué que 30 % des femmes qui ont accepté l'opération ont déclaré qu'elles ne pensaient pas avoir le choix de signer le formulaire de consentement, et que 88 % des femmes croyaient que le formulaire n'était en fait qu'une formalité administrative. On peut donc supposer qu'il existe d'importantes lacunes dans la façon dont les praticiens parlent à leurs patientes de cette question de consentement. On peut aussi présumer que la façon d'obtenir le consentement et le moment choisi pour le demander sont importants.

Toutes les administrations sont tenues de s'assurer que la prestation des services de santé se fait sans discrimination, peu importe l'endroit où ils sont prodigués ou la personne qui les prodigue. Le gouvernement fédéral peut jouer et joue un important rôle de catalyseur pour l'amélioration du système de santé et il appuie la collaboration de nombreux acteurs et intervenants relativement à certains problèmes névralgiques.

Dans une minute, ma collègue de Services aux Autochtones Canada vous entretiendra sur différents aspects de cette question, mais je voudrais d'abord vous dire un mot sur les plans particuliers que nous proposons pour améliorer la sécurité sur le plan culturel.

Cette démarche est conforme à l'engagement qu'a pris le gouvernement du Canada de faire avancer la réconciliation avec les Autochtones et de mettre en oeuvre les appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation. Notamment, elle donne suite aux appels à l'action n^{os} 23 et 24, qui demandent à tous les ordres de gouvernement d'appuyer la formation sur la compétence culturelle pour les professionnels de la santé et les appels lancés aux écoles de médecine et de soins infirmiers pour qu'elles exigent que

tous les étudiants reçoivent « une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme ».

Le 11 décembre 2018, la ministre de la Santé et l'ancienne ministre des Services aux Autochtones ont écrit aux ministres provinciaux et territoriaux et aux organismes de santé pour demander leur collaboration et leur participation à un groupe de travail fédéral-provincial-territorial. Santé Canada assumera un rôle de direction et collaborera avec les provinces, les territoires et les organismes de santé afin de prendre des mesures qui, nous l'espérons, conduiront à un changement de culture important dans le système de santé canadien. Nommément, ce changement devrait se traduire par un déplacement vers un système apte à soutenir le déploiement des efforts visant à empêcher les pratiques racistes et discriminatoires et à augmenter l'accès à des services de santé sécuritaire du point de vue culturel pour les Autochtones.

En mars, Santé Canada réunira des partenaires provinciaux et territoriaux afin de discuter de vecteurs de collaboration possibles relativement aux mesures susceptibles d'améliorer la sécurité culturelle dans le système de soins de santé. Le groupe collaborera étroitement avec des partenaires autochtones, des femmes et des organisations de professionnels de la santé. Nous nous attendons à ce que le groupe de travail fédéral-provincial-territorial tire parti du bon travail déjà en cours dans l'ensemble du pays, et qu'il détermine les possibilités d'actions dans des domaines comme la sensibilisation et la formation.

Par exemple, en Colombie-Britannique — l'une des administrations les plus avancées du pays à ce chapitre —, une formation approfondie sur la sécurité culturelle a déjà été donnée aux fournisseurs, aux administrateurs et aux décideurs de toute la province. Les autorités de la santé, les institutions, les fournisseurs, etc. dans d'autres parties du pays ont également des initiatives en cours à ce sujet.

Nous allons collaborer à l'échelle nationale et régionale avec les partenaires autochtones et les gouvernements ainsi qu'avec des collèges professionnels et des organismes de santé. Heureusement, il y aura des possibilités d'apprendre de l'expérience des groupes qui défendent l'objectif de la non-discrimination depuis un certain temps, comme c'est le cas, par exemple, de la Régie de la santé des Premières Nations, en Colombie-Britannique, qui vise à « ancrer » les concepts de sécurité et d'humilité culturelles dans la prestation des services de soins de santé.

Nous savons que l'amélioration des résultats en matière de santé, la bonification de l'accès à des services et des programmes de santé appropriés au niveau culturel et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé sont de grandes priorités pour les leaders et les communautés autochtones dans l'ensemble du pays.

Je crois que le travail que nous entreprenons permettra d'améliorer la sécurité culturelle et la qualité des services dans le système de santé, et qu'il contribuera à la réconciliation.

Je vous remercie de m'avoir donné la chance de vous présenter ces quelques observations. Après l'exposé de ma collègue, je serai ravie de répondre à vos questions. Merci.

• (1535)

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant écouter l'exposé de Mme Gideon.

Mme Valerie Gideon (sous-ministre adjointe principale, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Services aux Autochtones Canada): Bonjour. Je vous remercie de m'avoir invitée à m'exprimer devant le Comité sur la question cruciale de la stérilisation forcée ou contrainte.

J'aimerais aussi amorcer mon intervention en soulignant que nous sommes réunis sur le territoire traditionnel du peuple algonquin.

[Français]

Nous sommes ici aujourd'hui parce que nous sommes tous troublés par les rapports faisant état de la stérilisation forcée et contrainte des femmes autochtones au Canada. Je veux rendre hommage à ces femmes et je tiens à souligner leur courage. Je parle non seulement en tant que femme d'une Première Nation, membre de la nation micmaque de Gesgapegiag, au Québec, et mère de deux jeunes filles autochtones, mais aussi à titre de personne qui a consacré toute sa carrière à défendre la santé des Autochtones, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de la fonction publique.

[Traduction]

La stérilisation forcée ou contrainte constitue une grave violation des droits de la personne et de l'éthique médicale. Tous les Canadiens ont la responsabilité de veiller à ce que ces pratiques ne se reproduisent plus jamais. Comme le soulignait ma collègue, Abby Hoffman, la stérilisation forcée ou contrainte est une forme de violence fondée sur le sexe et elle est la preuve du besoin plus général d'éliminer le racisme et les pratiques discriminatoires. Un tel acte, parmi d'autres, nous incite à prendre des mesures visant à assurer la sécurité culturelle et l'humilité dans les systèmes de santé, à améliorer le consentement éclairé et adapté sur le plan culturel, et à éliminer les obstacles auxquels se heurtent les femmes autochtones lorsqu'elles accèdent aux services de santé au Canada. Lutter contre le racisme présent dans les systèmes de soins de santé est une question de réconciliation, comme l'a dit la Commission de vérité et de réconciliation.

En plus des progrès soulignés par ma collègue en ce qui a trait à l'accroissement de la sécurité et de l'humilité culturelles dans les systèmes de santé, j'aimerais souligner les travaux entrepris par Services aux Autochtones Canada sur le sujet et, en raison du temps limité, je vais me limiter aux mesures les plus récentes.

Au début de décembre 2018, nous avons tenu une téléconférence avec des partenaires autochtones et des organisations nationales du secteur de la santé afin de discuter des façons de faire progresser la collaboration et de déterminer les mesures qui garantiront un consentement préalable, libre et éclairé, et des services adaptés à la culture et sécuritaires pour les femmes autochtones partout au Canada.

[Français]

La Commission interaméricaine des droits de l'homme a recommandé au Canada de publier une brochure d'information à l'intention des fournisseurs de soins de santé et des patients sur le consentement préalable, libre et éclairé dans le contexte des services de santé pour les femmes autochtones. Pour concrétiser cette idée, nous avons discuté avec des organisations nationales de femmes autochtones sur la façon de procéder.

Nous nous employons également à mettre sur pied un nouveau comité consultatif sur le bien-être des femmes autochtones, composé de représentants des organisations autochtones nationales, des organisations de femmes autochtones, du Conseil national autochtone des sages-femmes, du Cercle national autochtone contre la violence familiale et de la Société des obstétriciens et gynécologues

du Canada. Ce comité vise à informer le ministère sur les enjeux actuels et émergents, notamment la santé sexuelle et génésique. La réunion inaugurale aura d'ailleurs lieu le 14 février 2019.

En outre, nous organiserons au printemps un forum national visant à mobiliser les organisations autochtones et professionnelles en vue de prendre des mesures de collaboration portant sur la santé génésique des femmes autochtones et d'élaborer des lignes directrices pour garantir un consentement préalable, libre et éclairé quant aux procédures de stérilisation.

• (1540)

[Traduction]

En plus de répondre aux recommandations formulées par la Commission interaméricaine des droits de l'homme, Services aux Autochtones Canada s'efforce de soutenir la santé génésique des femmes autochtones de façon plus générale grâce à ses programmes et politiques. Par exemple, le Programme de soins de santé maternelle et infantile de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits propose des services communautaires de visites à domicile effectuées par des infirmières et des visiteurs familiaux auprès de plus de 8 100 femmes enceintes et familles ayant de jeunes enfants dans 309 communautés des Premières Nations. Dans le cadre du programme, les femmes enceintes se voient proposer des services de gestion de cas, de dépistage, d'évaluation et d'aiguillage, ainsi que des stratégies de promotion de la santé pour cerner les risques et améliorer la santé maternelle et infantile. Le budget de 2017 a bonifié le financement annuel actuel du programme — qui est de 25 millions de dollars — en prévoyant l'ajout de 21,1 millions de dollars sur cinq ans.

Le budget de 2017 a aussi prévu un investissement de 6 millions de dollars sur cinq ans pour les sages-femmes autochtones. Il s'agit du tout premier investissement fédéral dans ce domaine. On considère que les soins prodigués par des sages-femmes dans les communautés autochtones sont un moyen d'aider à améliorer la santé et le bien-être des femmes, de leurs enfants et de toute la communauté. Les sages-femmes autochtones constituent un moyen de favoriser le retour des naissances dans les communautés, une pratique traditionnelle de longue date qui intégrait des cérémonies et des pratiques médicales traditionnelles. De plus, le choix éclairé est reconnu comme étant un principe central des soins prodigués par les sages-femmes au Canada, et il pourrait contribuer à faire en sorte que les femmes autochtones jouent un rôle central dans leurs propres soins de santé et dans leur expérience d'accouchement.

[Français]

La sénatrice Yvonne Boyer et la Dre Judith Bartlett, qui ont effectué une vérification externe de rapports sur la stérilisation forcée et contrainte à Saskatoon, ont conclu que la perte de garde précédente ou la menace de perte de garde avaient joué un rôle dans la stérilisation contrainte et forcée des femmes autochtones en Saskatchewan.

Certaines données probantes indiquent qu'en plus de soutenir les femmes dans la planification de leur santé génésique, ce qui peut prévenir d'autres cas de stérilisation forcée ou contrainte, les sages-femmes aident les femmes à ne pas perdre la garde de leurs enfants. D'autres travaux sont nécessaires dans ce domaine et nous nous tournons vers le leadership des sages-femmes autochtones pour avoir une meilleure compréhension. Pour ce faire, nous sommes heureux que le Conseil national autochtone des sages-femmes ait accepté de devenir membre du comité consultatif sur le bien-être des femmes autochtones.

[Traduction]

Le budget de 2017 prévoyait également de nouveaux investissements visant à renforcer le soutien aux mères en veillant à ce que toutes les femmes inuites et des Premières Nations aient droit à un accompagnement lorsqu'elles doivent quitter leur communauté pour accoucher. Nous savons que la présence d'une personne de soutien lors des accouchements offre de nombreux avantages à la femme qui accouche, notamment en l'aidant à prendre des décisions et à défendre ses choix. Le Programme des services de santé non assurés de Services aux Autochtones Canada offre maintenant une couverture financière pour une personne accompagnant les futures mères, quel que soit leur âge ou leur état de santé, reconnaissant ainsi qu'aucune femme ne devrait avoir à accoucher seule.

[Français]

Le gouvernement du Canada s'est engagé à mettre en oeuvre les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, notamment les appels 22, 23 et 24, qui ont été mentionnés par ma collègue. Ces appels portent sur l'utilisation et la reconnaissance de la valeur des pratiques de guérison des Autochtones, sur le maintien et l'augmentation du nombre de professionnels autochtones dans le secteur de la santé autochtone et sur la prestation d'une formation sur la lutte contre le racisme et sur les compétences culturelles pour tous les étudiants en médecine et en sciences infirmières.

[Traduction]

Notre ministère explore, avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et des organisations autochtones, des idées de projet pour permettre un « pôle de connaissances » en ligne d'outils d'apprentissage des compétences culturelles. L'an passé, le Collège royal des médecins et chirurgiens a entrepris de faire de la santé et de la sécurité culturelle des Autochtones une composante obligatoire de l'éducation médicale supérieure et de la certification.

Comme le disait aussi Abby, l'organisme responsable de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique, la First Nations Health Authority, a aussi fait un travail remarquable avec la province et avec ses régions régionales de la santé en mettant la touche finale à une Déclaration sur la sécurité en santé culturelle ainsi qu'en donnant des renseignements relatifs à la formation sur la sécurité et l'humilité culturelles dans l'ensemble du système de santé provincial. Elle est en train de développer la toute première norme de sécurité et d'humilité culturelles en partenariat avec l'organisme des services de santé Health Standards Organization, qui est lui-même affilié à Agrément Canada. Nous avons bon espoir que d'autres provinces et territoires se pencheront sur ces travaux et les reconnaîtront en tant que pratique prometteuse.

● (1545)

[Français]

Nous ne pouvons entreprendre ce travail unilatéralement. L'Association des femmes autochtones du Canada et Pauktuutit, l'association des femmes inuites du Canada, font preuve de leadership en matière de santé des femmes autochtones. À mesure que notre relation avec ces organisations de femmes se développe et s'élargit pour inclure aussi les femmes mitchifs, c'est-à-dire les femmes de la nation métisse, nous sommes encouragés par leur bon travail et leurs conseils. Leur collaboration est essentielle pour bien faire les choses.

[Traduction]

Il faudra les efforts de plusieurs intervenants pour s'assurer que le racisme structurel et les effets de la colonisation ne nuisent pas à la santé des femmes autochtones. Je veux vous assurer que nous

prenons cette question très au sérieux, et que nous continuerons de travailler dans un esprit de collaboration et de partenariat pour offrir aux femmes autochtones du Canada des services de santé sécuritaires et adaptés à leur culture.

Je répondrai avec plaisir à vos questions.

Le président: Merci beaucoup.

Je suis en train de penser que j'ai entendu parler de cela pour la première fois il y a deux ou trois mois par Alex Neve d'Amnistie internationale. Je me suis dit qu'il devait se tromper, que cela ne pouvait pas se produire au Canada. C'était ma première réaction. Nous vous remercions donc de vos exposés et avons hâte que vous répondiez à nos questions. C'est un sujet effarant dont il faut parler.

Monsieur McKinnon ouvrira le bal.

M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.): Merci d'être avec nous et de nous faire part de votre expérience et de vos connaissances.

Ma première question s'adresse de façon générale à Santé Canada, mais je vous invite tous à répondre si vous le souhaitez. Quelle formation les fournisseurs de soins de santé reçoivent-ils sur la façon d'obtenir un consentement valide des patients qui doivent subir une intervention médicale, et dans le cas des interventions obstétricales, y a-t-il des considérations additionnelles qui entrent en jeu?

Mme Abby Hoffman: Je dirais que dans pratiquement toute formation médicale, il y a des modules obligatoires qui portent sur le consentement éclairé. On y traite des aspects éthiques, juridiques et cliniques d'un consentement éclairé et valable.

Outre la formation officielle, il existe aussi des organisations comme l'Association canadienne de protection médicale, qui est naturellement l'assureur responsabilité, si on veut, des professionnels de la santé au Canada. Elle s'efforce de s'assurer que les fournisseurs comprennent parfaitement bien leurs responsabilités à l'égard du consentement éclairé, tant du point de vue juridique, éthique que clinique. Le corps médical a beaucoup de ressources à sa disposition.

Dans les hôpitaux et les autres établissements, soit hors du cadre des études universitaires ou supérieures, la question du consentement se corse, car il y a chaque jour des centaines de situations où le fournisseur de soins doit obtenir le consentement éclairé du patient. Il y a donc des gens dans les hôpitaux qui sont chargés d'établir le dialogue avec les fournisseurs de soins lorsqu'ils prennent des décisions et informent les patients des traitements possibles pour s'assurer qu'ils ont bel et bien obtenu un consentement approprié de leur part.

Je mentionne cela simplement, mais je ne suis pas une experte des aspects juridiques du consentement éclairé. Je ne le suis pas et ne prétends pas l'être et je ne veux pas qu'on pense que je le suis. Je veux simplement souligner que les étudiants en médecine reçoivent une formation officielle et qu'il y a ensuite un dialogue permanent sur les enjeux liés au consentement tout au long de leur carrière.

Dans une discipline particulière — et je tiens à répéter encore une fois que je ne suis pas une experte —, dans la mesure où un spécialiste est autorisé à effectuer une intervention médicale, ou à la proposer et à y procéder dans son domaine de spécialisation, il faut penser à la façon dont le consentement s'appliquerait dans ce cas. En obstétrique et en gynécologie, en raison de la nature des interventions qu'il est autorisé à faire, le spécialiste doit discuter de l'intervention et de ce qu'il serait approprié de faire avec sa patiente et donc savoir si elle est d'accord avec l'intervention.

Il y a un aspect du consentement éclairé lié au spécialiste. On présume alors que le processus fonctionne bien. On présume que le fournisseur de soins tient compte des circonstances particulières du patient lorsqu'il discute du traitement. C'est ici que les enjeux entourant la sécurité culturelle et la réceptivité et la sensibilisation aux différences culturelles et la situation du patient entrent en ligne de compte. Ce qui peut être une conversation tout à fait adéquate avec un patient dans un cas peut ne pas l'être avec un autre. On peut penser qu'il y a eu consentement éclairé, mais que ce ne soit pas le cas en raison de la situation particulière d'un patient.

● (1550)

M. Ron McKinnon: Je me demande quelles sont les motivations derrière le consentement forcé, même si on ne peut pas vraiment parler de consentement dans ce cas, mais je le demande parce que c'est l'expression utilisée. Quelles sont les motivations?

Il y a sans aucun doute là-dessous des préjugés raciaux, peut-être même des préjugés culturels. Je me demande si le problème touche aussi des femmes non autochtones.

Savons-nous si des femmes non autochtones, peut-être en raison de leur situation financière, ont été forcées également de donner leur consentement?

La question s'adresse à qui veut bien y répondre.

Mme Abby Hoffman: Je peux commencer, et mes collègues voudront sans doute ajouter quelque chose. Je pense que les faits révèlent, selon ce qui a été documenté, que certaines femmes peuvent être plus vulnérables: celles ayant des ressources financières très limitées, celles ayant des problèmes de santé mentale allant de modérés à graves ou des problèmes de toxicomanie, et celles qui, aux yeux d'un fournisseur de soins, peuvent sembler se trouver dans une situation précaire — et, en toute objectivité, cela peut être le cas. Il est logique de croire qu'un fournisseur puisse dire, par exemple, dans le cas d'une grossesse non désirée... On peut penser à une situation où un fournisseur pourrait mentionner à une personne qu'il existe une solution pour éviter que cela se reproduise, et qu'on aborde la question de la contraception ou de la stérilisation, par exemple.

Il se pourrait alors que les circonstances dans lesquelles se trouve la personne au moment où elle a donné ce qui semblait être son consentement — un consentement qui a largement été influencé par la situation dans laquelle elle se trouvait — ne soient pas suffisamment prises en compte.

Ajoutons à cela des éléments de subjectivité — imaginez une personne souffrant de problèmes de santé mentale graves ou de toxicomanie qui n'est pas en mesure de s'exprimer clairement, ou une situation où il y a des préjugés raciaux, que ce soit à l'endroit d'une personne autochtone ou d'une autre minorité raciale —, et on peut voir l'effet cumulatif. Tant les faits empiriques que bien documentés indiquent assurément que des cas de stérilisation se sont produits lorsque des personnes comme elles sont l'objet de la situation.

M. Ron McKinnon: Merci. Je pense que mon temps est écoulé.

Le président: Quelqu'un d'autre aimerait répondre?

Docteur Wong.

Dr Tom Wong (directeur exécutif et médecin en chef de la Santé Publique, Services aux Autochtones Canada): À l'excellent commentaire de ma collègue Abby, j'ajouterais qu'il existe également des barrières ethnoculturelles et linguistiques. Quand une personne ne comprend pas très bien ce qu'on lui explique, je pense qu'il est très important de prendre cela en considération pour améliorer... Il

faut s'assurer qu'elle comprend bien tout ce qu'on lui explique, y compris les autres possibilités, les risques et les avantages.

Le président: Merci.

M. Ron McKinnon: Je crois comprendre que...

Le président: Désolé, mais votre temps est écoulé.

Madame McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Vos exposés ont été une vraie prise de conscience pour moi. Je pense que nous savions tous que cela s'était produit dans les années 1950 et 1960, mais d'entendre dire que cela se fait encore aujourd'hui est profondément bouleversant et préoccupant.

Je sais que les deux ministres ont envoyé des lettres aux autorités provinciales et territoriales. Est-il juste de dire que Santé Canada est le grand responsable de ce dossier?

● (1555)

Mme Valerie Gideon: Du point de vue des relations fédérales-provinciales-territoriales, c'est exact. Services aux Autochtones Canada sera toutefois responsable du partenariat avec les communautés et les organisations de femmes autochtones.

Mme Cathy McLeod: Lorsqu'on a mentionné cela, et que Santé Canada assumait la responsabilité, je m'attendais à ce que... On entend des histoires concernant principalement la Saskatchewan. Avez-vous analysé les données de l'Institut canadien d'information sur la santé sur les cas de ligature des trompes partout au pays, et dans l'affirmative, pourriez-vous faire parvenir l'information au Comité? A-t-on repéré des éléments incongrus?

Mme Abby Hoffman: Je serai très heureuse d'obtenir l'information et de vous la faire parvenir. À ce que je sache, l'examen des données n'a révélé rien d'incongru.

Je pense — et je ne dis absolument pas cela pour diminuer l'importance du problème — que si on regarde le nombre total de stérilisations au pays pour une procédure aussi irréversible que la ligature des trompes, le pourcentage de celles que l'on pourrait soupçonner d'avoir été imposées à des patientes serait très faible. Je ne veux pas présumer de ce que les statistiques vont révéler, mais je ne pense pas qu'à ce stade-ci on trouve une situation anormale en Saskatchewan — vous avez parlé de la Saskatchewan. Je ne veux pas présumer de la situation.

J'aimerais également mentionner que les méthodes de contraception varient aussi au pays. Nous allons toutefois trouver l'information pour vous.

Mme Cathy McLeod: Vous ne savez donc pas si des analyses ont été réalisées à ce jour, n'est-ce pas?

Mme Abby Hoffman: Non.

Mme Cathy McLeod: Je pense que nous nous efforçons tous de comprendre l'ampleur du problème. Nous savons qu'il est beaucoup plus répandu que ce que nous croyons, et comprendre son ampleur en utilisant les outils à notre disposition pour déterminer s'il y a des cas extrêmes dans des provinces nous aidera en ce sens.

J'aimerais parler d'un autre élément — et je sais que vous n'êtes pas des juristes —, soit les obligations juridiques associées au consentement dans le cas d'une intervention médicale. Les poursuites civiles sont-elles le seul recours? Effectuer une intervention médicale sans consentement préalable libre et éclairé constitue-t-il une infraction criminelle dans l'une ou l'autre des provinces? Je ne connais pas la réponse à cette question et je me demande si quelqu'un ici la connaît.

Mme Abby Hoffman: Je peux tenter une réponse, mais je le répète, je ne peux pas vraiment vous répondre comme le ferait un juriste.

Si une personne a fait l'objet d'un acte médical équivalent à une agression, il n'est pas très clair dans le contexte des soins de santé s'il s'agit là d'une infraction criminelle et si cela pouvait entraîner des poursuites en dommages ou responsabilité, sous une forme ou une autre. Je ne peux pas vous dire malheureusement si dans le contexte des soins de santé, une agression physique de cette nature, soit l'atteinte non autorisée à l'intégrité physique d'une personne dans le cadre d'une intervention médicale, pourrait être considérée comme une infraction criminelle.

Mme Cathy McLeod: Ma prochaine question s'adresse aux représentants des Services aux Autochtones. Des personnes ont annoncé publiquement qu'elles entament des poursuites. Avez-vous offert une forme quelconque de soutien aux personnes qui souffrent visiblement de ce qui leur est arrivé?

Mme Valerie Gideon: Nous n'avons pas eu de contact direct avec les personnes qui font actuellement partie du recours collectif. Les discussions auraient lieu entre avocats.

Nous avons divers mécanismes en place pour offrir du soutien aux Autochtones. Les membres des Premières Nations et les Inuits en particulier peuvent obtenir des services de consultation en santé mentale dans le cadre du Programme des services de santé non assurés. Nous avons également la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être où on peut les aiguiller vers des services, et pour ceux qui vivent dans une communauté, nous avons divers programmes communautaires qui leur sont offerts.

L'offre de soutien pourrait se faire par l'entremise des avocats. Les représentants du ministère ne seraient pas en mesure de le faire directement.

• (1600)

Mme Cathy McLeod: Qui fait partie du groupe consultatif dont vous avez parlé?

Mme Valerie Gideon: Parlez-vous du groupe consultatif sur le bien-être des femmes autochtones?

Mme Cathy McLeod: Non, je pensais qu'il y avait un groupe consultatif qui s'occupait précisément de ce dossier?

Mme Valerie Gideon: Le groupe fédéral-provincial-territorial.

Mme Abby Hoffman: Le groupe est en cours de formation. Pour l'instant, quelques provinces nous ont fourni des noms — la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, l'Ontario, Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, de même qu'un territoire — et nous nous attendons à ce que d'autres provinces et territoires fassent de même.

Le groupe sera composé au départ de représentants des ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux, mais nous avons l'intention également d'avoir des représentants d'organisations autochtones, d'organisations de femmes et de regroupements de fournisseurs de soins à l'échelle nationale. Comme je l'ai mentionné,

le groupe est en cours de formation. Nous espérons tenir notre première réunion au début mars.

Le président: Monsieur Davies.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Je veux simplement situer le tout en contexte, selon ce que je comprends.

En 2015, des femmes en Saskatchewan ont déclaré avoir subi une ligature des trompes contre leur gré, sous la pression de professionnels de la santé et de travailleurs sociaux. Souvent, pendant que ces femmes étaient en train d'accoucher, et parfois pendant qu'on leur administrait la péridurale, soit pendant qu'elle était sous anesthésie, le médecin amenait l'idée d'une possible ligature des trompes et les pressait de décider et de la subir à ce moment.

En 2017, un examen indépendant de l'administration régionale de la santé de Saskatoon a attiré l'attention sur le fait que des femmes autochtones étaient forcées de subir une ligature des trompes. Je crois savoir que l'administration a maintenant reconnu que c'était le cas. C'est un fait avéré, alors il n'y a pas de doute. Il y a bel et bien eu des stérilisations forcées.

En 2017, quelque 60 femmes, à ce moment, ont intenté un recours collectif contre le gouvernement de la Saskatchewan, les administrations régionales de la santé, les médecins, et le gouvernement fédéral au sujet de la stérilisation forcée. Nous savons également que le Canada étant signataire de la Convention des Nations unies contre la torture, le Comité contre la torture des Nations unies a examiné notre bilan en matière de prévention et d'élimination de la torture et d'autres formes de mauvais traitements. Le dernier examen a eu lieu en novembre à Genève. Dans son rapport final, le Comité a officiellement reconnu que la stérilisation forcée et répandue des femmes autochtones au Canada est une forme de torture. Il a en outre soumis au Canada une liste de recommandations, et fait rare, il lui a demandé de fournir de l'information sur leur mise en oeuvre dans un délai d'un an, contrairement au délai habituel de cinq ou six ans.

Cela étant dit, j'ai quelques questions.

Premièrement, le gouvernement fédéral a-t-il, à votre connaissance, mandaté des procureurs fédéraux pour enquêter afin de savoir si des accusations criminelles devraient être portées? Avez-vous de l'information à ce sujet?

Mme Valerie Gideon: Cela relèverait du ministère de la Justice, et je ne n'ai pas de confirmation.

M. Don Davies: Quelqu'un d'autre a-t-il de l'information à ce sujet?

Mme Abby Hoffman: Non, moi non plus.

M. Don Davies: C'est intéressant. J'ai appris qu'un médecin d'Ottawa a récemment été accusé et condamné à une peine de sept ans pour avoir filmé en catimini une patiente nue dans un vestiaire. Il s'agissait d'un acte criminel, mais nous avons des gestes qui sont reconnus sur la scène internationale comme de la torture, et que nous reconnaissons tous, je pense, comme des formes d'agression, et en tant que membres de ces comités, vous ne savez même pas si une seule enquête a été menée pour savoir si des accusations criminelles devraient être portées? Ai-je bien compris?

Mme Valerie Gideon: Encore une fois, c'est la région sanitaire de Saskatoon, qui relève du gouvernement provincial, qui a effectué l'examen indépendant et qui aurait l'information au sujet des médecins, des patients, etc. Nous n'avons pas pris part directement à l'examen indépendant. Je veux simplement le préciser.

M. Don Davies: Maintenant, bien sûr, nous avons des femmes en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario, au Québec, au Nunavut qui rapportent aussi les mêmes faits. Avez-vous entendu dire que des femmes ailleurs qu'en Saskatchewan ont subi le même sort? Ou, selon les preuves que vous avez, est-ce seulement en Saskatchewan?

• (1605)

Mme Valerie Gideon: Nous lisons des reportages dans les journaux. De plus, selon les dires de la sénatrice Boyer, je crois comprendre qu'elle a été abordée par diverses femmes. Nous n'avons pas encore eu l'occasion de rencontrer la sénatrice Boyer. Il était prévu que nous le fassions, mais son emploi du temps a changé. Nous avons très hâte de la rencontrer afin de lui parler de la façon dont nous pourrions appuyer le travail lié aux femmes qui communiquent avec elle.

M. Don Davies: Maintenant, un recours collectif a été intenté, et le gouvernement fédéral est l'un des défenseurs de ce recours. Quelle est la position officielle du gouvernement fédéral par rapport à ce recours collectif?

Mme Valerie Gideon: Le ministère examine le recours avec l'aide d'avocats du ministère de la Justice.

M. Don Davies: D'accord. Le gouvernement fédéral soutiendra-t-il la demande d'autorisation d'exercer un recours collectif qui a été présentée par l'avocat des demanderessees?

Mme Valerie Gideon: Si vous souhaitez connaître les détails de la procédure judiciaire, il serait préférable de faire comparaître le ministère de la Justice devant vous afin d'en discuter.

M. Don Davies: D'accord. Je crois comprendre qu'un certain nombre de requêtes ont été présentées par les défenseurs, qui comprennent le gouvernement fédéral. L'une d'elles demandait que les noms des membres du recours collectif soient envoyés et remis publiquement aux défenseurs. Cette requête a été refusée par le tribunal. Je crois comprendre que le gouvernement fédéral a appuyé cette requête, au nom des défenseurs. Avez-vous eu connaissance de cela?

Mme Valerie Gideon: Non.

M. Don Davies: D'accord.

J'imagine que nous appelons cela un groupe de travail — un groupe de travail fédéral provincial et territorial qui a été nommé par le gouvernement fédéral afin de surveiller l'élaboration de mesures. Ce groupe de travail a-t-il déjà été constitué?

Mme Abby Hoffman: Je crois, monsieur Davies, qu'il s'agit du groupe auquel j'ai fait allusion il y a quelques minutes.

Plusieurs provinces et territoires ont indiqué leur intention d'y participer. Nous espérons entendre parler des autres provinces et territoires sous peu. Alors, non, les membres de ce groupe n'ont pas encore été nommés, et nous ne nous sommes pas rencontrés.

M. Don Davies: Cela répond à ma prochaine question concernant l'identité des membres du groupe, les mesures qu'ils ont prises, etc. Manifestement, cela n'a pas encore eu lieu.

À ce jour, quels services de soutien et quelles ressources le gouvernement fédéral a-t-il mis à la disposition des victimes de stérilisation forcée, le cas échéant?

Mme Valerie Gideon: Encore une fois, sans avoir eu des interactions directes avec ces personnes puisqu'elles ne se sont pas présentées devant nous, je dirais que divers programmes et services d'aide à la santé mentale sont offerts aux femmes autochtones — et j'en ai nommé quelques-uns plus tôt.

M. Don Davies: D'accord, ils sont offerts en général, mais pas encore à ces femmes.

Je crois aussi comprendre que, pour respecter la convention et un certain nombre de traités — notamment la Convention contre la torture, la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones, etc. —, nous savons qu'une fois que nous avons été mis au courant d'incidents de torture sur notre territoire, nous avons l'obligation de prendre des mesures pour protéger les victimes, pour réparer les torts causés et pour faire en sorte que les responsables soient punis.

À votre connaissance, l'une ou l'autre de ces mesures a-t-elle été prise jusqu'à maintenant?

Mme Valerie Gideon: Nous sommes ici pour parler des initiatives liées à notre mandat — mon mandat étant la prévention et la promotion de la santé et de la sécurité des Premières Nations et des Inuits —, et je ne parlerai pas du mandat de mon collègue en son nom. Ces initiatives visent en réalité à régler les problèmes liés au système de soins de santé qui permettent à ces incidents de survenir, en partenariat avec les provinces, les territoires, le milieu médical et, bien entendu dans notre cas, avec les dirigeants d'organisations de femmes autochtones et des représentants autochtones en général.

M. Don Davies: Je crois comprendre que l'Assemblée des Premières Nations et le Comité contre la torture des Nations unies ont tous deux demandé que le Canada apporte des changements particuliers à ses lois afin de criminaliser explicitement la stérilisation forcée dans notre pays. En ce moment, il y a seulement des dispositions contre les agressions en général. Évidemment, si j'ai bien compris, personne n'a fait l'objet d'accusations à cet égard. Selon les renseignements que j'ai obtenus, les services de police n'envisagent même pas de porter des accusations contre qui que ce soit pour le moment.

Avez-vous des renseignements à communiquer à notre comité concernant la question de savoir si le gouvernement fédéral envisage de modifier le Code criminel pour faire en sorte que la stérilisation forcée soit un crime distinct en vertu de cette mesure législative?

Mme Valerie Gideon: Allez-y, Abby.

Mme Abby Hoffman: Je ne suis pas au courant de cela.

Je précise de nouveau qu'à mon avis, pour obtenir des réponses utiles à ce genre de questions, vous devriez faire comparaître un représentant du ministère de la Justice.

M. Don Davies: D'accord.

Le président: Votre temps de parole est écoulé.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Monsieur Ouellette, vous avez la parole pendant sept minutes.

M. Robert-Falcon Ouellette (Winnipeg-Centre, Lib.): Je vous remercie beaucoup d'être venus aujourd'hui. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Dans le même ordre d'idées que M. Davies, savez-vous si la GRC a communiqué avec l'un ou l'autre de vos ministères et demandé des documents liés à ce dossier?

• (1610)

Mme Valerie Gideon: Je ne le sais pas.

Mme Abby Hoffman: Moi non plus.

M. Robert-Falcon Ouellette: J'interroge maintenant le président du Comité.

Des représentants de la GRC ou du ministère de la Justice seront-ils appelés à témoigner devant nous, à un moment ou à un autre de notre étude?

Le président: Nous ne sommes pas encore parvenus à ce stade. Ils pourraient l'être plus tard, mais ils ne sont pas...

M. Robert-Falcon Ouellette: Je vais probablement souhaiter présenter une motion à un moment ou à un autre, car, à mon avis, cette histoire va beaucoup plus loin.

J'ai entendu Mme McLeod et M. Davies poser des questions qui... Il y a matière à enquêter sur ces événements. Mme Valerie Gideon a déclaré que ces stérilisations forcées étaient de graves violations des droits de la personne. Il y a des organismes au Canada qui sont chargés de garantir le respect de nos lois. J'ai entendu Mme McLeod et M. Davies le dire, de chaque côté de la table. Je pense que ces organisations devraient être invitées à comparaître devant notre comité afin de rendre des comptes.

Le président: C'est la volonté du Comité.

M. Robert-Falcon Ouellette: Avec un peu de chance, nous serons en mesure de proposer une motion, une fois que nous aurons terminé, et d'aller de l'avant à cet égard.

J'aimerais savoir qui assume les coûts de la stérilisation forcée de femmes inscrites au sein du système de soins de santé.

Mme Abby Hoffman: Dans la plupart des cas, un acte médical de cette nature, qu'il soit forcé ou non, serait pratiqué dans un hôpital relevant d'un système de santé provincial ou territorial. Par conséquent, son coût serait payé à même le budget global de l'hôpital provincial ou territorial — et non comme un acte médical distinct. Dans la plupart des cas, son coût serait de nature budgétaire et serait couvert par le financement global.

M. Robert-Falcon Ouellette: Donc, l'hôpital ou le fournisseur de soins de santé ne présenterait pas une demande particulière à la DGSPNI, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, afin d'obtenir des fonds supplémentaires pour pratiquer cet acte médical.

Mme Valerie Gideon: Absolument pas, mais, le cas échéant, nous assumerions les coûts du transport médical de la personne.

M. Robert-Falcon Ouellette: C'est-à-dire pour la naissance. Évidemment, vous présenteriez une demande de fonds pour la naissance, et la personne serait transportée hors de sa collectivité...

Mme Valerie Gideon: C'est exact, mais ces fonds ne couvriraient pas les coûts de l'acte médical lui-même, puisqu'ils seraient assumés par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial.

M. Robert-Falcon Ouellette: Êtes-vous tous au courant du cas de Brian Sinclair?

Mme Valerie Gideon: Oui.

M. Robert-Falcon Ouellette: Pour ceux et celles qui ne le savent pas, Brian Sinclair est l'Autochtone qui attendait dans le service des urgences du centre-ville de Winnipeg, en 2008, et qui est mort dans ce service après 34 heures d'attente, parce que personne ne s'était occupé de lui.

Relativement à cela, je me demandais si vous aviez interviewé des professionnels de la santé au sujet de leurs préjugés et de la façon dont ils soignent les Autochtones au Canada. Avez-vous interviewé des professionnels de la santé à propos des cas qui nous occupent, afin de comprendre leur raisonnement?

Mme Valerie Gideon: Je crois qu'une étude ou une enquête provinciale a été menée dans ce contexte particulier.

M. Robert-Falcon Ouellette: Dans ce cas-là, oui.

Mme Valerie Gideon: L'enquête n'aurait pas été menée par le gouvernement fédéral, mais plutôt par le gouvernement provincial. Je présume que des entrevues auraient été menées dans ce contexte.

Par contre, nous avons travaillé avec les associations nationales de professionnels de la santé afin de promouvoir la sécurité culturelle et l'humilité. J'ai fait allusion à quelques-unes de ces initiatives au cours de mon exposé, comme l'appui que nous avons apporté au travail du Collège royal, la désignation de la sécurité culturelle à titre d'exigence obligatoire de la formation postdoctorale et les efforts déployés en collaboration avec ces associations en vue d'élaborer des documents sur la sécurité culturelle et de les fournir aux écoles de médecine et aux professionnels de la santé, d'une façon individuelle ou globale beaucoup plus uniforme.

M. Robert-Falcon Ouellette: Pour en revenir à la question concernant les appels à l'action 23 et 24, qui traitent des professionnels de la santé, le groupe de travail, qui comprendra des organisations fédérales, provinciales, territoriales et autochtones, je l'espère, étudiera-t-il, entre autres, les programmes de formation à l'intention des nouveaux infirmiers et des nouveaux médecins?

Mme Valerie Gideon: Oui, cela fait tout à fait partie du programme que nous prévoyons.

M. Robert-Falcon Ouellette: D'accord.

Je n'ai plus de question à poser.

Le président: Fort bien.

Cela met fin à notre première série de questions. Nous allons maintenant céder la parole à M. Lobb pendant cinq minutes.

M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC): Ce problème de stérilisation forcée touche-t-il uniquement la communauté autochtone, ou s'agit-il d'un problème plus répandu au Canada, dont nous pourrions ne pas être au courant? Cela touche peut-être des jeunes femmes qui consomment des drogues, qui mènent une vie difficile, quelles que soient leurs circonstances. Ce problème se limite-t-il à la communauté autochtone? Y a-t-il de l'information à ce sujet?

Mme Abby Hoffman: Je pense qu'il est difficile de le dire de façon catégorique, mais, compte tenu des circonstances dans lesquelles les incidents de ce genre peuvent survenir, il n'est pas impossible d'imaginer, comme je le disais plus tôt, qu'une femme ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance, ou une personne qui, pour une raison autre, n'est pas vraiment capable, disons, de se défendre lors d'une interaction avec un fournisseur de services, se fasse proposer une stérilisation. En fin de compte, ce qui pouvait sembler être un consentement aux yeux du fournisseur pouvait, en réalité, ne pas en être un, compte tenu de la façon dont nous pensons qu'un consentement devrait être géré. Sans vouloir suggérer quoi que ce soit à propos de l'ampleur de ces activités potentielles, il n'est pas impossible d'imaginer que ce problème ne touche pas uniquement les femmes autochtones.

● (1615)

M. Ben Lobb: Veuillez me pardonner de nouveau pour mon ignorance...

Le président: Dr Wong aimerait répondre à cette question.

Dr Tom Wong: Si vous me le permettez, j'aimerais mentionner que, dans le passé, les provinces de l'Alberta et de la Colombie-Britannique avaient des lois qui portaient précisément sur la stérilisation de personnes ayant, par exemple, une maladie mentale. Cela se passait dans les années 1920, 1930, et cela s'est poursuivi jusque dans les années 1970. Les pratiques de ce genre étaient très troublantes, en ce sens qu'elles ciblaient les personnes atteintes de troubles mentaux en tant que groupe destiné à subir une ligature des trompes ou une autre forme de stérilisation. Depuis, ces lois provinciales ont été abolies.

M. Ben Lobb: Veuillez pardonner mon ignorance, mais, dans le cas surtout de ces ligatures de trompes, j'imagine, ou des autres méthodes de stérilisation, comment cela se produisait-il? L'acte médical était-il pratiqué après la naissance d'un enfant et après avoir été conseillé par un médecin ou quelqu'un d'autre? J'essaie seulement de comprendre comment cela pouvait même survenir. Vous pourriez peut-être expliquer un peu au Comité à quelle étape du processus cela se produisait.

Mme Valerie Gideon: Les renseignements qui figurent dans l'examen externe sont les seuls que nous avons. Toutefois, ils ne traitent pas des circonstances de chaque personne. Comme les situations n'étaient pas toutes identiques, la stérilisation survenait à différents stades. Je pense également que l'examen comportait de nombreux commentaires à propos du fait que les femmes avaient l'impression qu'il y aurait une interaction entre l'enfant et le système des services à la famille. C'est la raison pour laquelle ces femmes avaient le sentiment d'avoir été forcées de subir une intervention de stérilisation. Si elles étaient préoccupées par une interaction possible entre l'enfant et le système des services à la famille, cela m'indique qu'elles venaient probablement de donner naissance à un enfant. Nous ne disposons pas de tous les renseignements ayant trait aux circonstances de chaque personne, mais le rapport de l'examen externe nous fournit certains renseignements.

M. Ben Lobb: Vous avez également parlé des femmes qui accouchaient seules. Cette pratique a-t-elle changé maintenant? J'imagine que les gens qui sont forcés de prendre l'avion ou de se déplacer pour se rendre à l'hôpital ne voyagent pas seuls, n'est-ce pas?

Mme Valerie Gideon: Avant le budget de 2017, notre politique stipulait qu'à moins que les femmes soient mineures ou qu'elles détiennent une recommandation médicale, comme une ordonnance d'un médecin indiquant qu'elles doivent être accompagnées pour la naissance, les frais de déplacement d'un accompagnateur n'étaient pas remboursés. Cela ne voulait pas dire qu'elles ne pouvaient pas être accompagnées, mais plutôt que notre programme n'assumerait pas les frais de déplacement d'un accompagnateur. Notre politique a maintenant changé grâce au budget de 2017.

M. Ben Lobb: Est-il possible que ces stérilisations forcées surviennent encore?

Mme Valerie Gideon: C'est possible, car, pour le moment, nous n'avons aucune information nous permettant de mesurer l'ampleur du problème. Nous tentons de sensibiliser le public et de travailler avec des organisations de femmes autochtones et des collectivités pour faire en sorte que l'information soit communiquée ouvertement aux collectivités.

Nous offrons des programmes de soins de santé maternelle et infantile et d'autres programmes qui font appel à des travailleurs communautaires, lesquels pourraient communiquer cette information de façon préventive ou prendre l'initiative de discuter de la possibilité ou du problème. Par ailleurs, nous finançons et publions

de l'information générale sur les naissances, ainsi que toutes sortes de renseignements généraux sur la santé publique, mais ils ne traitent pas nécessairement de la question de la stérilisation forcée.

M. Ben Lobb: J'ai une brève question à vous poser, car mon temps de parole achève.

À l'heure actuelle, y a-t-il un système qui permet d'apporter une aide publique, c'est-à-dire un système qui permet à un médecin, à un infirmier ou à quelqu'un qui oeuvre dans le domaine de la défense des droits de déclarer qu'ils ont communiqué cette information à quelqu'un, que cette personne est maintenant informée, et qu'ils ont la preuve qu'elle a consenti à subir un acte médical? Y a-t-il un mécanisme officiel qui permet un professionnel de la santé d'être sûr de cela ou qui permet à une jeune femme d'avoir l'impression d'avoir été adéquatement renseignée?

Je me demande si un tel système existe. Nous savons qu'il y a un problème et qu'il est répandu. Y a-t-il maintenant un moyen qui nous permettrait de dire que cette situation est réglée et de savoir comment, à l'avenir, nous pourrions prouver qu'un consentement a été donné?

• (1620)

Mme Abby Hoffman: Je ne pense pas que nous puissions l'affirmer avec une conviction absolue dans chaque cas. Comme je l'ai indiqué plus tôt, dans les hôpitaux, il est très complexe de savoir ce qui constitue le consentement valide et réellement volontaire, et quand la personne qui donne son consentement est vraiment capable de le faire.

Quand des cas difficiles se présentent, ils font souvent l'objet de discussions entre le fournisseur et les autorités de l'établissement de soins de santé, mais ce n'est pas la même chose que ce à quoi vous faites référence, c'est-à-dire une sorte de système dans le cadre duquel chaque consentement problématique est, d'une manière ou d'une autre, consigné quelque part et quelqu'un peut examiner tous les dossiers. Cependant, pour des raisons de responsabilité juridique, les fournisseurs tiennent fortement à être certains que ce qu'ils considèrent comme un consentement accordé librement et de manière éclairée a effectivement été accordé.

Le président: Nous devons maintenant laisser la parole à M. Ayoub.

[Français]

M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leurs présentations. L'information qui a été donnée est extrêmement importante et très troublante en même temps.

Madame Hoffman, dans votre déclaration d'ouverture, vous avez brossé le portrait très sombre de ce qu'on fait vivre à des minorités, à des personnes en difficulté, aux Autochtones, particulièrement à des femmes. Il semble que la situation perdure.

Vous avez mentionné la dualité des responsabilités en matière de santé: il y a celles du fédéral et celles des provinces. Un plan d'action a été mis en oeuvre, il y a quelques années. Savez-vous qui en était responsable, à l'époque? Qui a assuré le leadership afin de changer les choses là où cela se produisait à l'époque?

[Traduction]

Mme Abby Hoffman: Tout dépendra de la situation et du problème qui se présentent. Dans les cas ou les genres de situations dont nous traitons ici, il est question de pratiques qui, malheureusement, ont été appliquées par des fournisseurs de soins de santé.

De façon générale, dans les hôpitaux, les comportements et les normes de pratique des médecins ou des fournisseurs eux-mêmes sont régis par des ordres professionnels du domaine de la santé, lesquels sont assujettis aux régimes de réglementation provinciaux. La supervision des intervenants...

[Français]

M. Ramez Ayoub: Comme je n'ai pas beaucoup de temps de parole, je vais devoir vous interrompre.

Ma question visait surtout à savoir qui prenait les devants, à l'époque. Les choses ne sont pas tout à fait les mêmes maintenant, mais il reste que des mesures doivent être prises.

Je ne sais pas si vous êtes en mesure de répondre à ma question, mais j'aimerais savoir si vous vous sentez suffisamment à l'aise, si vous avez assez de données probantes couvrant l'ensemble du pays pour établir un diagnostic préliminaire et, le cas échéant, avoir un plan d'action visant à contrer cette pratique.

Mme Valerie Gideon: Nous avons absolument besoin de la collaboration des provinces et des territoires. Ce sont eux qui ont accès aux données plus détaillées sur ce qui se passe dans les hôpitaux, lesquels relèvent tous de la compétence des provinces et des territoires.

M. Ramez Ayoub: Les provinces et les territoires sont-ils conscients de ce problème?

Mme Valerie Gideon: Oui, absolument. C'est pourquoi un groupe de travail va se pencher précisément sur ce problème.

M. Ramez Ayoub: D'accord.

Le fait de demander une étude plus précise et de disposer de faits permettant de déterminer l'ampleur de la situation va nous permettre de tabler sur quelque chose de réel. En ce moment, on peut fabuler. Effectivement, le principe lui-même est absolument indéfendable, mais ce qui me trouble, c'est qu'on se retrouve de nouveau dans un enchevêtrement de responsabilités à se demander ce qu'on va faire, qui va en prendre la responsabilité, comment le plan d'action va être mis en œuvre et comment les fonds vont être dépensés. En effet, il faut des fonds pour mettre en œuvre un plan d'action et des solutions.

En attendant, si la situation est réelle et qu'elle perdure, d'autres femmes vont subir ce que j'appelle, pour ma part, des mutilations. Les enjeux sont nombreux. Il y a le côté légal, il y a la notion de consentement ainsi que d'autres questions. Je ne le dis pas pour vous blâmer, mais vous ne disposez pas de l'information. Selon moi, vous n'êtes pas en mesure de nous rassurer en nous disant qu'il y a un plan et que l'ensemble des provinces, des cliniques et des médecins s'en vont dans la même direction. Malheureusement, il y a du flou.

Est-ce que cela concerne seulement la Saskatchewan? Le reste du Canada est-il touché, lui aussi? La question vous a déjà été posée, mais vous n'avez pas vraiment de réponse.

Par ailleurs, on défend beaucoup le corps de la femme dans le cas présent, mais je me demande si des hommes ont également été soumis à cette pratique dans des communautés particulières. Y a-t-il eu de la stérilisation, forcée ou non, chez les hommes?

•(1625)

Mme Valerie Gideon: C'est une bonne question. Ce ne sont pas seulement les statistiques sur ce qui se passe dans les hôpitaux qui vont nous livrer la réponse. Ces données nous indiquent uniquement combien de stérilisations ont eu lieu, et non si elles étaient forcées.

Quand le gouvernement a été interpellé durant les années 1970 au sujet des hôpitaux qui, dans les territoires, étaient encore sous sa responsabilité, il a examiné les statistiques et n'a pas conclu qu'il y

avait nécessairement un problème. Cela ne veut pas dire que les femmes inuites n'étaient pas touchées par ce problème pendant cette période. Le gouvernement a alors mis en place des mesures pour améliorer le processus de consentement. Par exemple, il fallait que deux médecins recommandent l'intervention et que le conjoint de la femme signe lui aussi le formulaire de consentement. Bref, des mesures pour s'attaquer à ce problème éthique ont été mises en place à ce moment.

C'est même un projet de recherche qualitatif qui doit être fait, et les organisations autochtones doivent y participer. Lors de l'examen externe qui a été réalisé à Saskatoon, plusieurs femmes ont dit vouloir collaborer, mais, quand elles ont réalisé que l'étude avait été commandée par la régie régionale, elles se sont retirées du projet. Elles avaient peur.

M. Ramez Ayoub: Elles avaient peut-être honte.

Mme Valerie Gideon: C'est possible, mais elles craignaient les répercussions. Dans le système de santé, il y a un déséquilibre de pouvoir entre le médecin et le patient. C'est une chose que la plupart des gens ressentent, d'une certaine façon. Ce phénomène est encore plus accentué lorsqu'il s'agit d'une femme autochtone, marginalisée ou vulnérable.

Il va falloir quelques mois pour réaliser le projet de recherche. Il faut voir avec les organisations autochtones comment les choses vont se dérouler. Ce processus est important pour la réussite de ce projet.

[Traduction]

Le président: Votre temps est écoulé.

[Français]

M. Ramez Ayoub: Merci.

[Traduction]

Le président: Monsieur Benzen.

M. Bob Benzen (Calgary Heritage, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins.

Je suppose que je veux examiner la situation du point de vue médical pour tenter de comprendre le processus de consentement. Le modèle de la profession médicale stipule qu'il ne faut causer aucun tort. Je trouve les médecins extrêmement prudents, car ils craignent de commettre une erreur. Si vous avez déjà subi une opération, vous connaissez toutes les étapes qu'il faut suivre avant de procéder à l'intervention. Les médecins ne veulent pas risquer de perdre leur permis de pratique; il y a des assurances, des poursuites et toutes sortes de facteurs qui entrent en jeu. Ils tiennent absolument à agir dans les règles de l'art. Le consentement est donc extrêmement important.

Nous voici devant le cas d'une femme enceinte de neuf mois. Normalement, il s'est établi une relation entre la future mère et le médecin de famille ou un médecin quelconque. Des sonagrammes et des tests sont effectués pendant les neuf mois de grossesse. Un éventail de démarches doivent être entreprises. Habituellement, c'est une période au cours de laquelle une relation s'établit et on discute du déroulement de la grossesse, des précautions à prendre et de l'alimentation. La future mère et le médecin parlent de la manière dont la grossesse se déroule et de la période qui suivra l'accouchement. Il y a donc beaucoup de communication.

Je me demande ce qu'il se passe dans ce processus, puisqu'un grand nombre de femmes prennent une décision qu'elles ont l'impression d'être obligées de prendre ou qu'elles ne veulent pas prendre, alors qu'elles ont eu une longue période pour discuter de la question, établir une relation de confiance avec leur médecin, accorder leur consentement éclairé et en parler avec d'autres membres de la famille. Que se passe-t-il? Pourquoi le consentement pose-t-il problème? Il semble pourtant y avoir suffisamment de temps. Ce n'est pas une décision prise à la hâte. Ce n'est pas comme si ces femmes avaient été victimes d'un accident de la route et amenées d'urgence à l'hôpital, où le médecin doit procéder à une intervention au sujet de laquelle elles disposent de 10 secondes pour prendre une décision parce que c'est une question de vie ou de mort. C'est un long processus.

Pouvez-vous nous expliquer ce qu'il en est? Pourquoi les décisions se prennent-elles ainsi alors qu'on dispose de tout ce temps et de tout cet encadrement? La situation ne se confine pas à un seul médecin; le problème semble répandu et se pose dans de nombreuses villes. C'est un problème national. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi les choses ne se déroulent pas comme nous penserions normalement qu'elles se passent, avec une décision éclairée à la clé?

● (1630)

Mme Valerie Gideon: Voulez-vous répondre en premier?

Mme Abby Hoffman: Bien sûr. Je peux commencer à répondre.

Sachez tout d'abord que je pense que nous parlons, dans une certaine mesure, d'hypothèses. Je doute toutefois que ce soit dans le genre de situation que vous évoquez — c'est-à-dire celle de femmes qui ont eu une interaction suivie avec un ou plusieurs fournisseurs au cours de leur grossesse et qui ont une date d'accouchement prévue ou au moins une idée approximative du moment auquel elles doivent accoucher — que des femmes ont été contraintes à se soumettre à une procédure de stérilisation qu'ultérieurement, elles nient avoir acceptée ou dont elles disent ne pas avoir eu l'impression que c'était la bonne décision.

Je pense que nous discutons plus probablement de personnes pour ainsi dire sans abri qui ont peut-être eu une interaction avec un professionnel des soins de santé alors qu'elles vivent jour et nuit dans l'indigence. Il est plus probable qu'il s'agisse du genre de personne qui n'a pas établi de relation avec le système de soins de santé et qui n'est certainement pas sur un pied d'égalité avec le fournisseur. Lorsqu'il est question de consentement, je pense qu'un certain degré de connaissance ou de sensibilisation culturelles quant au fait qu'une personne a des moyens économiques très modestes ou est presque à la rue change tout. Ces situations peuvent se comprendre.

Il faut aussi comprendre que le déséquilibre de pouvoir entre un professionnel des soins de santé et une personne se trouvant en pareille situation est tel qu'on ne peut prendre absolument au pied de la lettre les échanges qui ont lieu entre ces deux personnes, comme on le ferait normalement.

Ici encore, il faut faire preuve d'imagination, mais on peut voir comment une situation peut mener au genre de cas que je décris. Le problème est aggravé par les troubles de santé mentale ou de dépendance. Je veux qu'il soit clair que je ne porte pas d'accusation contre les fournisseurs de soins de santé, mais il n'y aurait rien d'étonnant à imaginer que des fournisseurs sans formation adéquate rencontrant une personne aux prises avec un éventail de problèmes sociaux, économiques et psychosociaux puissent être enclins à lui demander, au moment de l'accouchement, si elle voudrait éviter pareille situation dans l'avenir. Ils auraient ainsi une conversation où

ils ne tiendraient pas bien compte de la situation réelle de cette personne et, par conséquent, de ce que signifie cet échange entre patiente et fournisseur, puisqu'ils ne connaîtraient pas la manière adéquate de gérer la situation.

Le président: Je suis désolé, mais le temps est écoulé.

Madame Sidhu.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Je remercie tous nos témoins de comparaître.

La stérilisation forcée des femmes autochtones constitue une grave violation des droits de la personne, ce qui est inacceptable.

Nous avons entendu dire que les Autochtones parlent 60 langues, voire plus que cela. On nous a indiqué que les professionnels des soins de santé suivent des formations et qu'au cours de la procédure de stérilisation, les médecins qui pratiquent l'intervention, les travailleurs sociaux ou les infirmières doivent, bien entendu, obtenir un consentement.

Quelles démarches ont été prises pour réduire les obstacles linguistiques et culturels? Dispose-t-on d'interprètes pour les 60 langues? Avec un tel nombre de langues, les médecins, les infirmières et peut-être les travailleurs sociaux ignorent le genre de langue que parle la personne. Ont-ils alors accès aux services d'interprètes pour mieux comprendre la patiente?

Mme Valerie Gideon: Je peux répondre en ce qui concerne les personnes autochtones.

De nombreux hôpitaux du pays disposent d'interprètes ou d'intervenants autochtones, particulièrement dans les régions où les patients autochtones sont nombreux. Il y a aussi des travailleurs communautaires agissant à titre de représentants de la santé qui peuvent contribuer à aider les femmes et à en interpréter les propos.

Si les femmes doivent quitter leurs communautés et parcourir de longues distances pour accéder aux services hospitaliers, et si elles se heurtent à des différences linguistiques et culturelles importantes qui les empêchent de comprendre l'information, elles recevront du soutien. On assurera non seulement leur propre transport, mais aussi celui de leur accompagnateur. C'est ce dont nous voulons parler quand nous parlons d'accompagnateur.

L'accompagnateur peut également offrir des services d'interprétation au besoin.

Je ne pense pas que le processus soit encore parfait. Les intervenants des systèmes provinciaux et territoriaux sont maintenant bien plus sensibilisés au problème, et les services se sont grandement améliorés depuis 10 ans, mais je pense que cette question fera partie des points que le groupe examinera.

Existe-t-il encore des régions où les femmes autochtones ont accès à des procédures de stérilisation ou à d'autres interventions spécialisées qui s'accompagnent de risques, particulièrement au chapitre du consentement éclairé, et où nous devons investir dans de meilleurs services d'interprétation?

● (1635)

Mme Sonia Sidhu: Comme le Dr Wong l'a indiqué, particulièrement sur le plan de la maladie mentale, la population sera ciblée.

Mme Valerie Gideon: Absolument.

Mme Sonia Sidhu: Nous offrons de la formation aux professionnels des soins de santé.

En fournissons-nous aux Autochtones?

Mme Valerie Gideon: C'est ce que nous avons aussi l'intention de faire. C'est une mesure que même la Commission interaméricaine des droits de l'homme a recommandée au Canada de prendre, lui proposant de fournir aux femmes autochtones des documents de sensibilisation publique portant expressément sur la stérilisation forcée.

Nous collaborerons avec des organisations de femmes autochtones pour préparer ces documents, en tenant compte des distinctions entre les nations autochtones afin qu'ils soient bien adaptés à la réalité locale.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Quelles autres provinces sont dotées de lois sur la stérilisation? Je sais que la Colombie-Britannique et l'Alberta en ont. Est-ce que d'autres provinces travaillent à cet égard?

Mme Valerie Gideon: Certaines provinces avaient de telles lois, mais elles les ont abrogées, car elles concernaient les personnes ayant une incapacité mentale, comme il en avait été question à l'époque.

Elles n'en ont pas actuellement.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Le président: Monsieur Davies.

M. Don Davies: Je dois dire que ce que j'entends me préoccupe grandement. Je pense que les témoins sont bien intentionnés, mais ils nous décrivent et nous demandent d'imaginer une sans-abri pauvre et sans relation établie avec un professionnel des soins de santé, une femme vulnérable qui arrive à l'hôpital au moment de sa vie auquel elle est la plus vulnérable: sur le point d'accoucher. On lui pose une question extrêmement profonde alors que le travail est sur le point de commencer ou est en cours: on lui demande si elle consent ou non à être stérilisée. D'après ce que j'entends, il y aurait peut-être un problème de communication.

Cette situation ne devrait jamais survenir. J'affirme que s'il s'agissait d'une femme blanche de la classe moyenne, jamais un médecin ne lui poserait de telle question pour la première fois alors qu'elle s'apprête à accoucher. On est manifestement en présence de stéréotypes, de racisme.

Je ne pense pas qu'il y ait de problème culturel ici, pas du côté de la femme. Je détecte là une approche systémique raciste, postcoloniale, paternaliste et sexiste classique dans le système de soins de santé du Canada, un pays pourtant membre du G7.

Je vais aussi vous dire que j'observe une réaction bien faible et bien tiède de la part du gouvernement fédéral, alors qu'il est au fait de la situation depuis maintenant quatre ans. Nous ignorons l'ampleur du problème. Nous ne savons pas dans quelles provinces cette pratique perdure ou qui est vraiment touché par le problème. Personne n'a tenté de communiquer avec ces femmes. C'est ce que je constate.

Je ne blâme pas les fonctionnaires qui témoignent aujourd'hui, soit dit en passant. Je sais que vous êtes ici pour fournir des réponses. Je dois toutefois vous dire que je suis extrêmement préoccupé par ce que j'entends. Le gouvernement réagit très timidement à ce qui a été qualifié de torture à l'échelle internationale. Je ne puis imaginer pire violation des droits de la personne que le fait de priver une femme du choix de procréer et d'avoir ou non un enfant alors qu'elle est en travail.

Sachez en passant que cette décision ne devrait jamais être prise à ce moment-là; jamais. La question ne devrait jamais être posée. Le problème n'est pas de savoir si le consentement est éclairé ou non. Je

veux connaître le professionnel des soins de santé qui a l'outrecuidance de poser cette question à une femme en se fondant sur des présomptions stéréotypées, alors qu'il n'existe entre eux aucune relation établie. Voilà où le bât blesse. Ce n'est pas un problème de culture, de langue ou de capacité de comprendre.

Je vais maintenant proposer une motion:

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité invite des représentants de Maurice Law Barristers and Solicitors, du Réseau d'action des femmes handicapées Canada, de l'Association des femmes autochtones du Canada, d'Amnistie internationale, de la Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique, et le ministre de la Justice, à comparaître devant le Comité le plus tôt possible pour lui communiquer des éléments probants au sujet de la stérilisation forcée de femmes au Canada.

Chers collègues, je pense que nous sommes tous sur la même longueur d'onde à ce sujet et que nous sommes tous horrifiés par ce que nous avons entendu. Je remercie mes collègues d'avoir appuyé la motion que j'ai présentée afin de vous faire comparaître, mais je pense que nous pouvons tous comprendre que les personnes qui témoignent aujourd'hui ne sont pas en mesure de nous fournir les renseignements dont nous avons besoin. Je demanderais donc à tous mes collègues d'appuyer ma motion pour que nous puissions aller au fond des choses.

J'ajouterais qu'à l'échelle internationale, nous avons l'obligation de faire enquête et de mettre fin à cette pratique. Nous avons entendu des témoignages très honnêtes, mais nous ne savons même pas si le problème perdure aujourd'hui; c'est peut-être bien le cas. En qualité de parlementaires, nous avons appris que des agressions qui constituent de la torture ont été commises à l'endroit des Canadiennes les plus vulnérables, des personnes que nous avons le devoir impératif de protéger. Il est de notre devoir de faire enquête, de prévenir cela, de veiller à offrir réparation et soutien, et de tenir les gens responsables de leurs actes. Constatant que les témoins ici présents ne peuvent nous fournir l'information nécessaire, je demande à mes collègues d'appuyer ma motion.

• (1640)

Le président: Pourriez-vous expliquer quelles parties vous nous demandez d'inviter...

M. Don Davies: Volontiers.

Faites circuler la motion.

Le président: ... et leur rôle? Nous n'avons pas l'information. Vous avez seulement dit que nous ignorons à quelle fréquence, à quels endroits et dans quelles circonstances la stérilisation est pratiquée. Ces témoins pourraient-ils nous l'indiquer?

M. Don Davies: Oui, monsieur le président. Si vous me le permettez, j'ajouterais que j'ai parlé aujourd'hui à l'avocat principal de Maurice Law Barristers and Solicitors, cabinet qui représente les femmes qui ont intenté un recours collectif en Saskatchewan et qui sont plus d'une centaine maintenant. Cependant, d'autres groupes ont également joué un rôle dans ce dossier, notamment le ministre de la Justice. C'est très clair d'après les observations formulées par M. Ouellette. Il a entièrement raison.

Le président: Si une poursuite et un recours collectif ont été entrepris, s'agit-il des bonnes personnes à convoquer?

M. Don Davies: Oui. Je leur ai parlé, et l'avocat était tout à fait disposé à témoigner. Des questions de confidentialité et de secret professionnel entreront évidemment en jeu, mais il serait utile d'avoir une description générale de la nature de l'information et de ce que ces personnes entendent, et elles sont prêtes à témoigner.

Le président: D'accord.

Vous avez la parole, madame McLeod.

Mme Cathy McLeod: Monsieur le président, je dirais seulement que lorsqu'une étude est prolongée, d'autres partis peuvent habituellement ajouter des témoins potentiels à la liste. Je pense que nous aimerions certainement que la formulation nous permette de peut-être proposer des témoins supplémentaires si nous considérons qu'il y a des manques.

M. Don Davies: Je modifierais volontiers la motion pour y ajouter « et tout autre témoin que mes collègues libéraux et conservateurs pourraient proposer ».

Le président: N'étant pas avocat, je ne sais pas ce qu'il convient de faire. Allons-nous nous ingérer dans une poursuite en instance? Allons-nous intervenir dans le dossier si nous demandons à une partie de témoigner? Je l'ignore. Pouvez-vous nous prodiguer des conseils à ce sujet?

Le greffier du comité (M. Alexandre Jacques): Non. Comme M. Davies l'a indiqué, le Comité peut décider de convoquer des témoins. Ces derniers peuvent décider de ne pas répondre et le Comité peut leur demander de le faire. C'est au Comité de décider.

Le président: D'accord.

Oui, monsieur Ayoub.

[Français]

M. Ramez Ayoub: Merci, monsieur le président.

Je veux juste m'assurer que nous suivons bien la procédure, afin que chaque parti puisse se préparer correctement.

Je ne suis pas nécessairement en désaccord sur la motion, au contraire. Je suis à la recherche de la vérité et je veux m'assurer qu'on nous transmettra le plus possible d'informations pertinentes. Je veux que la motion puisse être modifiée de sorte que nous recevions les meilleurs témoins possible. Vous avez dit qu'il fallait aussi se pencher sur l'aspect légal de la chose.

Il y a aussi le temps dont dispose notre comité. Il y a d'autres sujets que nous avons prévu étudier. Il faut regarder notre calendrier et nous assurer que nous avons suffisamment de temps pour étudier cette question.

Je suis convaincu que la nécessité de se pencher sur ce problème fait consensus parmi les membres du Comité. Qui plus est, peut-être devrions-nous y consacrer plus de temps et en faire plus que ce qui est demandé dans la motion de M. Davies.

● (1645)

[Traduction]

Le président: Désolé, monsieur McKinnon.

M. Ron McKinnon: Monsieur le président, je propose d'ajourner le débat.

M. Don Davies: Je tiens à clarifier la teneur de la motion que nous mettons aux voix, car Mme McLeod a proposé d'y ajouter « tout autre témoin, quel qu'il soit » ou ce que les autres partis pourraient vouloir y ajouter, modification que j'accepterais d'apporter. Comme il s'agit d'un amendement favorable, j'ajouterai avec plaisir ce passage à la motion que j'ai lue, mais je veux que la teneur de la motion que nous mettons aux voix soit claire.

Le président: Nous nous prononçons maintenant sur la motion pour ajourner le débat.

M. Don Davies: Oh, pardonnez-moi.

Le président: Cependant, je ne connais pas les conséquences. Il me semble que le Comité ne devrait pas inviter des témoins qui sont

au milieu d'une poursuite judiciaire contre le gouvernement. Je ne sais ce qu'il faut faire ici. Je pense que nous devrions demander un avis juridique pour savoir ce qu'il convient de faire.

Quoi qu'il en soit, nous sommes saisis d'une motion pour ajourner le débat, qui n'est pas discutable.

M. Don Davies: Puis-je demander la tenue d'un vote par appel nominal?

Le président: Oui.

Le greffier: Nous avons quatre oui et quatre non.

Le président: Je vais me prononcer en faveur de l'ajournement du débat, simplement parce que je pense que nous devrions solliciter un avis juridique pour savoir si nous allons discuter d'une poursuite judiciaire tandis qu'elle est en cours.

Monsieur Davies.

M. Don Davies: Bien que je comprenne et respecte la teneur de votre position, sauf votre respect, je n'y souscris pas.

Toutefois, monsieur le greffier, y a-t-il des conventions sur la façon dont un président doit voter dans une situation d'égalité des voix, lorsque la question porte sur l'ajournement du débat, où la convention est-elle de poursuivre le débat?

Le président: Monsieur Lobb.

M. Ben Lobb: J'ai une question: comment y a-t-il égalité des voix? Il y a neuf membres à la table. C'est 5 contre 4.

Le greffier: Je m'excuse. Vous avez raison. Je suis désolé.

(La motion est rejetée par 5 voix contre 4.)

M. Ben Lobb: Merci.

Le président: Monsieur Davies, je ne conteste pas la décision. Nous avons seulement besoin de plus de renseignements.

M. Don Davies: Je comprends, monsieur le président, mais vous avez demandé au greffier son avis et son opinion sur la question de savoir s'il est approprié d'inviter un représentant du cabinet d'avocats alors qu'il y a une poursuite en cours. La réponse que j'ai donnée était qu'il est approprié d'inviter ces témoins. Ils peuvent venir et décider de répondre aux questions auxquels ils jugent approprié de répondre. Ce ne sont pas toutes les questions qui seront appropriées, mais elles ne seront pas toutes inappropriées. Il n'y a pas de position générale à ce sujet.

La raison pour laquelle je veux que des représentants de ce cabinet d'avocats viennent témoigner, c'est qu'ils sont les mieux informés de la situation. Je pense qu'ils peuvent venir et nous décrire, en termes généraux et sans donner de nom, les preuves qu'ils entendent. Cela ne veut pas dire qu'elles ont été établies ou prouvées dans un tribunal, mais on entend souvent parler des poursuites et des allégations. Je pense que nous tous autour de la table peuvent trancher. Cela ne signifie pas que nous tirons une conclusion sur ce qui se passe, mais si nous voulons faire la lumière sur la situation au pays, nous devrions entendre les témoignages des principaux intervenants qui savent ce qui se passe.

Le président: Je ne conteste pas cela. Je me sentirais plus à l'aise si j'avais un avis, seulement à cause de la poursuite. Vous invitez les avocats d'un recours collectif pour venir témoigner à un comité parlementaire, et je ne suis pas très à l'aise avec l'idée. J'aimerais obtenir un avis juridique.

Monsieur Ouellette, la parole est à vous.

M. Robert-Falcon Ouellette: Il y a quelques problèmes. L'un est lié au ministère de la Justice. S'il y a une poursuite, des représentants du ministère seraient-ils autorisés à venir témoigner? Je ne suis pas certain qu'ils puissent répondre aux questions. Cela ne signifie pas que vous ne posez pas les questions, mais je pense qu'il serait plus approprié de convoquer d'autres ministères, car nous parlons d'une enquête. Dans ce cas-ci, ce serait probablement la GRC, car elle serait vraisemblablement chargée de mener cette enquête.

Je ne suis pas certain, mais je suis également d'accord que nous devons prendre notre temps. Il est bien que nous en discutons maintenant. Je pense que tout le monde convient que nous voulons aller de l'avant — personne n'a dit le contraire —, mais que nous devons prendre notre temps pour nous assurer de le faire d'une manière appropriée afin de réussir au final. Nous discutons pour veiller à ce que justice soit rendue aux femmes et à ce que nous respections les conventions et la séparation des pouvoirs entre la magistrature et nous. Nous avons des pouvoirs considérables si nous souhaitons obliger les gens à témoigner, mais nous devons faire très attention. Je pense que nous devons prendre un peu plus notre temps.

Je ne sais pas trop si nous avons besoin de préciser tous les témoins. Je ne suis pas certain, car il y a, si je ne m'abuse, le sous-comité qui gère les affaires de ce comité qui pourrait dresser la liste des témoins à partir des suggestions de tout le monde. Je ne pense pas que les suggestions de témoins seront rejetées.

De plus, je pense que ce pourrait être à un niveau beaucoup plus élevé. Je sais que quelques sous-ministres adjoints très compétents sont venus témoigner devant le Comité, mais il serait peut-être préférable de convoquer un sous-ministre, quelqu'un de plus haut placé, pour répondre aux questions. Le fait de ne pas trop politiser l'enjeu est un autre problème. Cela nous ramène aux droits fondamentaux de la personne.

J'ai une dernière chose à dire. Je sais que nous voulons passer au prochain intervenant, mais les témoins sont ici. Je ne sais pas si nous allons revenir aux témoignages. Je sais qu'une autre série de questions est prévue. Devraient-ils rester ici pour les 35 prochaines minutes à nous écouter? Allons-nous revenir à la période des questions, ou est-elle terminée? Je crois que de nombreuses personnes souhaitent intervenir et débattre de cette question pour trouver la meilleure marche à suivre.

Je me demande seulement s'il y a des questions additionnelles que les gens ont pour les témoins. Je sais que les analystes ont préparé un certain nombre de questions, qui pourront faire la lumière également sur cet enjeu. Si elles ne sont pas consignées au compte rendu... Je sais que c'était la dernière série de questions.

Il y a de nombreuses questions.

• (1650)

Le président: Pour ce qui est de la liste des intervenants, nous n'allons pas revenir aux questions aujourd'hui, mais vous parlez de la GRC. C'est un problème criminel. Vous venez de mentionner que nous devrions convoquer des représentants de la GRC, pour des questions d'ordre pénal. Le recours collectif est-il considéré comme étant une poursuite civile?

Nous avons des poursuites civiles et des poursuites pénales. Je suis dépassé.

M. Don Davies: Non, il n'y a pas encore de poursuite pénale et, soit dit en passant, la poursuite civile qui a été déposée n'a pas encore été classifiée comme étant un recours collectif.

Le président: Nous voulons tous avoir les réponses. Nous voulons tous en savoir plus sur la fréquence de ces incidents et sur la

situation. Est-ce un problème qui touche seulement les Autochtones? Est-ce les gens qui sont atteints de déficience intellectuelle? Qui sont les personnes touchées?

En principe, la majorité des membres veulent obtenir cette information, mais j'ai besoin d'un avis juridique et de conseils parlementaires sur la voie à suivre, mais nous allons donner suite votre motion.

Qui est le prochain intervenant sur la liste?

Madame McLeod, un amendement a été proposé.

Mme Cathy McLeod: C'était un amendement favorable qu'on appuyait. Nous savons tous au Comité que nous présentons des motions et invitons des personnes à témoigner, et il arrive parfois que les invités choisissent de ne pas comparaître pour diverses raisons, et nous ajoutons des gens à la liste de témoins. Cependant, nous en sommes au point où nous devrions nous prononcer sur cette motion pour continuer l'étude. Ensuite, dans le cadre de vos travaux, les membres ont parfois l'occasion de discuter des ajouts, et vous informerez certainement le Comité, à partir des renseignements que vous recevez, si vous croyez que des modifications devraient être apportées.

Je pense que pour l'instant, nous sommes rendus au stade où nous devrions procéder au vote et profiter de notre dernière série de questions.

Le président: Il y a encore quelques intervenants sur la liste.

Monsieur Longfield.

M. Lloyd Longfield (Guelph, Lib.): Je suis un invité du Comité. Les témoignages jusqu'à présent ont été excellents, et j'ai beaucoup appris à entendre les déclarations des instances présentes.

De toute évidence, il y a des questions qui ne relèvent pas de leur compétence, mais le Comité semble vouloir obtenir des réponses.

Ce comité n'est pas un juge ou un jury dans la poursuite intentée contre les médecins. Nous essayons de convoquer des témoins.

Nous pourrions avoir un échancier pour remettre une liste de témoins aux analystes si la motion est de continuer l'étude jusqu'à ce que nous puissions obtenir réponse à certaines des questions. C'est une attitude complètement différente. Nous pourrions penser à des témoins et fournir une liste aux analystes, comme nous procédons à n'importe quel autre comité. Les analystes pourraient travailler avec la Chambre des communes pour voir ce qui est légalement approprié pour le Comité de demander ou d'étudier relativement à une liste de témoins. Si nous remettons une liste de témoins aux analystes dans un délai donné pour que d'autres témoins soient convoqués afin de poursuivre l'étude et de poser les questions... mais je ne pense pas que nous devons aller jusqu'à préciser les témoins pour le moment.

• (1655)

Le président: Monsieur Ayoub.

[Français]

M. Ramez Ayoub: Comme je l'ai mentionné un peu plus tôt, je pense que nous sommes tous très inquiets et que nous voulons des réponses, mais nous voulons nous assurer de bien faire les choses.

J'ai beaucoup de respect pour mon collègue M. Davies, mais parfois certaines motions semblent être déposées rapidement en réaction à des témoignages, comme c'est le cas aujourd'hui.

Jusqu'à maintenant, le Comité permanent de la santé a toujours été très collégial. Il a toujours mené ses travaux dans l'intérêt supérieur de la population canadienne, et ce, de façon non partisane.

Dans ma première remarque, je disais que nous allions pouvoir étudier et améliorer cette motion ultérieurement. Il ne faut pas prendre de décisions sous le coup de l'impulsion. Nous ne pouvons pas affirmer vouloir étudier cette question et obtenir de l'information immédiatement sans même avoir un plan de match.

Nous pourrions aller dans toutes les directions pour tenter d'obtenir toutes sortes d'informations. Il faut éviter, au bout du compte, que les analystes se basent sur quelque chose d'improvisé pour faire leur rapport. C'est cela que je remets en question. Je ne suis pas contre la motion. Nous allons peut-être reprendre exactement la même motion ultérieurement, mais lorsque nous aurons établi un cadre.

Ce que je souhaite, c'est que le Comité fasse une étude en bonne et due forme du dossier. Cette étude serait beaucoup plus poussée que si nous nous limitons à entendre les témoignages de certaines personnes, qu'ils soient valables ou non.

De plus, je trouve que nous perdons du temps. Il y a devant nous quatre témoins qui ont probablement des réponses. Que ces réponses soient intéressantes ou pas, là n'est pas la question. Ils pourraient nous donner un aperçu de la situation actuelle et nous dire où en est le ministère de la Santé dans ce dossier.

Nous pouvons continuer à débattre de la motion ou encore déposer un amendement favorable. Finalement, je trouve que nous n'avons pas de plan. Notre comité réagit sous l'impulsion du moment alors que la situation est très sérieuse. Ce ne sont pas trois témoins de plus qui vont changer la recommandation actuelle du Comité. Notre comité est beaucoup plus sérieux que cela.

Je souhaite que nous établissions un plan et que nous l'approuvions, comme nous l'avons fait pour nos autres études bien documentées. Nous devons avoir une liste de témoins provenant de partout au pays, puisque toutes les régions seront touchées. Nos analystes doivent nous proposer un plan de match, ce qui nous permettra, le cas échéant, de soumettre un rapport à la ministre.

Si c'est le souhait de mon collègue, nous pouvons toujours écouter deux ou trois témoins supplémentaires, mais je souhaiterais faire plus que cela.

[Traduction]

Le président: Monsieur McKinnon, soyez bref, si possible.

M. Ron McKinnon: Je suis d'accord avec M. Ayoub. Je pense que ce pourrait être une étude importante, mais ce comité n'a pas accepté de mener une telle étude. Nous avons un plan de travail établi pour les prochains mois. Bien franchement, je pense qu'il est prématuré pour le moment de réaliser une étude. Les témoignages que nous avons entendus jusqu'à présent laissent entendre que le groupe de travail, le groupe de travail fédéral-provincial, vient d'entamer ses travaux. La GRC ne sera jamais en mesure de se prononcer sur des enquêtes en cours, ou même de dire si des enquêtes sont en cours. Le Comité de la justice sera aussi très réticent jusqu'à ce qu'il ait plus de renseignements. Je pense qu'il est vraiment trop prématuré d'entreprendre une étude de la sorte et, à vrai dire, nous n'avons pas convenu de mener une étude. Nous avons accepté de tenir une séance d'information.

Je suis reconnaissant aux témoins d'être ici. Je suis désolé que vous ayez à entendre notre débat interne.

Je demanderais à M. Davies de retirer sa motion et de nous laisser la présenter d'une manière plus ordonnée; autrement, je vais devoir voter contre.

• (1700)

Le président: Monsieur Ouellette.

M. Robert-Falcon Ouellette: Avons-nous des copies de la motion pour que je puisse la lire? Je ne suis pas une personne très auditive: je lis beaucoup. J'aimerais obtenir une copie de la motion pour pouvoir savoir sur quoi nous nous prononçons, pour être honnête, car c'est très important pour moi. Cela m'intéresse beaucoup. Je ne me rappelle pas tous les témoins qui allaient potentiellement être convoqués. J'aimerais m'assurer que nous entendrions les témoignages des représentants des autorités provinciales concernées de Saskatoon et de la Saskatchewan qui ont peut-être des renseignements à nous fournir. J'aimerais également entendre les témoignages des représentants du Collège de médecine.

Nous devons débattre également de l'ampleur de l'étude. Elle pourrait durer très longtemps et se pencher sur un grand nombre de questions. Je pense que nous avons besoin d'un peu plus de temps pour débattre de la question. Nous pouvons en débattre publiquement et décider du nombre de jours que nous voulons y consacrer, que ce soit deux, trois, quatre ou huit séances. Il y a beaucoup de données manquantes et de choses que nous ne savons pas, ce qui est plutôt malheureux. Il y a des insinuations dans les médias. J'aimerais savoir si une enquête est en cours et ce que l'on examine potentiellement dans cette enquête. Je ne sais pas trop les renseignements que la GRC ou le ministère de la Justice pourraient communiquer, et je ne suis pas certain comment ces données sont liées à l'affaire civile.

Il y a de nombreuses questions, et si j'avais quelques jours de plus ou une semaine... Je ne pense pas que cela changera le cours de l'histoire si nous attendons une semaine de plus seulement pour établir un plan de travail. Nous pourrions discuter avec les gens qui dirigent le Comité — Mme McLeod, M. Casey et M. Davies — pour établir un plan de travail pour nous. De toute évidence, il faut déterminer quand l'étude prendra fin et les travaux que nous pouvons mener efficacement pour rendre justice aux femmes.

Je suppose que personne ne fera plus de stérilisation de la sorte au Canada. Je suis certain qu'il y a probablement des gens qui sont très nerveux dans le système de soins de santé et qui s'inquiètent à propos des poursuites. Néanmoins, il y a des témoins que nous pourrions convoquer.

Je crains que si nous dressons la liste maintenant... Je sais qu'il y avait un amendement et que nous pourrions ajouter des témoins additionnels. Combien de personnes figurent sur la liste jusqu'à présent?

Le président: Je pense que M. Davies n'en avait que trois.

Avant d'aller plus loin, nous discutons en ce moment d'entamer une étude. Nous n'avons pas convenu de mener une étude...

M. Don Davies: J'invoque le Règlement.

J'attends mon tour pour prendre la parole, mais cette conversation a dérapé, car les remarques de M. McKinnon et d'Ayoub sont incorrectes. La motion propose la tenue d'une étude.

M. Ramez Ayoub: Je n'ai pas dit cela.

M. Don Davies: Oui, vous l'avez tous les deux dit.

M. Ramez Ayoub: Non, je n'ai jamais dit cela.

Ce que j'ai dit, si vous me le permettez, monsieur le président, c'est que je...

M. Don Davies: Vous avez parlé de préparer un rapport.

Vous souvenez-vous de ces observations, monsieur Ayoub?

M. Ramez Ayoub: Oui. Je parlais...

M. Don Davies: Nous ne préparons pas de rapport.

Je vais lire la motion à nouveau, si vous me le permettez. Ce pourrait être utile.

M. Ramez Ayoub: Pourriez-vous me laisser terminer? Vous m'avez prêté des propos que je n'ai pas tenus.

M. Don Davies: Vous m'avez mal compris, monsieur Ayoub.

Le président: C'est correct.

Monsieur Davies, la parole est à vous.

M. Don Davies: Je vais lire la motion une autre fois. Je donne le bénéfice du doute à mes collègues, car il se peut que ce soit attribuable au fait que je n'ai pas distribué la motion, que j'ai, soit dit en passant, par écrit. Il aurait mieux valu sans doute que je la distribue. Écoutez bien, elle se lit comme suit:

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité invite des représentants de Maurice Law Barristers and Solicitors, du Réseau d'action des femmes handicapées Canada, de l'Association des femmes autochtones du Canada, d'Amnistie internationale, de la Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique, et le ministre de la Justice à comparaître devant le Comité le plus tôt possible pour lui communiquer des éléments probants au sujet de la stérilisation forcée de femmes au Canada.

Ma motion ne vise pas la tenue d'une étude ni la production d'un rapport. Il s'agit du même type de motion qui a été présentée pour faire comparaître les témoins qui sont ici aujourd'hui. La motion vise simplement à demander la tenue d'une autre réunion afin de pouvoir entendre d'autres témoins qui pourraient nous donner de l'information sur le sujet.

Ce qui s'est passé, c'est que les membres ont commencé à expliquer toutes les difficultés liées à la production éventuelle d'un rapport, à l'audition d'autres témoins, etc., alors la discussion a bifurqué. J'essayais de faire preuve de collégialité envers Mme McLeod, en acceptant qu'on ajoute d'autres témoins à ceux que je propose. La motion ne nous oblige pas à faire cela immédiatement ni à produire un rapport. Il n'est pas question non plus d'entreprendre une étude, mais simplement d'entendre d'autres témoins.

Pendant que j'ai la parole, j'aimerais dire que je fais preuve d'indulgence envers les membres du Comité, car je tiens à souligner aux fins du compte rendu que je suis un peu offusqué par les commentaires de M. Ayoub, qui prétend que je ne fais pas preuve de collégialité, que ma motion est partisane et qu'elle est présentée sur un coup de tête. J'avais rédigé ma motion avant la réunion, alors je ne la présente pas sur un coup de tête.

Deuxièmement, ma motion n'est pas du tout partisane. Elle est liée aux témoignages. Lorsque le sujet a été présenté, nous avons tenu une discussion et nous avons présenté des motions visant à inviter le ministre à comparaître. Les libéraux ont refusé qu'on l'invite. Nous avons parlé de tenir une réunion avec d'autres comités, parce que le sujet concerne la condition féminine, les relations avec les Autochtones et la santé, comme nous l'avons affirmé. Les libéraux ont refusé; ils ne voulaient pas cela. Nous avons proposé qu'un sous-comité du Comité permanent de la santé se penche sur le sujet. Cette proposition a également été refusée. En fin de compte, nous avons eu une séance d'information avec des représentants des ministères qui

ont été soigneusement choisis par les libéraux. Ce sont les gens qui sont ici. Ce n'est pas une décision qui a été prise par le Comité, mais plutôt par les libéraux. Ce sont eux qui ont choisi ces personnes.

Nous savons maintenant, étant donné les témoignages que nous avons entendus aujourd'hui — et je le répète, j'ai énormément de respect pour toutes ces personnes; je ne les vise pas — que ces témoins ne peuvent pas nous fournir l'information dont nous avons besoin. Nous voulons obtenir de l'information, et jusqu'à maintenant, j'ai entendu Mme Hoffman affirmer qu'on peut seulement « imaginer » ce qui se passe.

Soit dit en passant, j'ai reçu un message pendant que nous parlions. L'avocate du cabinet Maurice Law Barristers & Solicitors a répondu qu'elle aimerait ne pas venir témoigner, mais qu'elle connaît des dizaines de femmes qui ont affirmé qu'elles seraient ravies de venir témoigner si c'est la seule façon de donner une voix aux victimes. J'aimerais entendre des personnes qui peuvent nous dire ce qui s'est passé. Je ne veux pas avoir à imaginer une itinérante qui n'a pas... Non, je veux entendre parler de ce qui s'est produit.

Je crois que c'est un peu malhonnête. J'entends tout le monde dire qu'on souhaite aller au fond des choses, mais les libéraux invoquent toujours une raison pour nous empêcher d'entendre les personnes qui sont véritablement au courant de la situation. Si les membres libéraux du Comité croient réellement qu'il s'agit d'une situation grave, et qu'il faudrait aller au fond des choses, alors qu'ils nous permettent de tenir une autre réunion, ou deux autres, pour entendre d'autres témoins qui seraient en mesure de nous donner davantage d'information. C'est là l'objet de ma motion.

• (1705)

Le président: Monsieur Lobb, la parole est à vous.

M. Don Davies: Soit dit en passant, on ne demande pas d'inviter des représentants de la GRC ou du Comité de la justice, comme M. McKinnon l'a mentionné, je crois. Je suis conscient qu'il n'avait pas la motion par écrit sous les yeux. Il s'agit seulement du ministre de la Justice.

Le président: Monsieur Lobb.

M. Ben Lobb: Je suis prêt à passer au vote. J'aime bien Robert et je l'admire, et je crois que, si nous allons procéder à un vote, nous devrions le faire aujourd'hui pour qu'il puisse voter, car je suis passablement certain que le bureau du whip va le retirer du Comité après la réunion, alors il souhaite sans doute voter aujourd'hui pendant qu'il fait encore partie du Comité de la santé.

Une voix: Je ne crois pas que le whip a beaucoup de pouvoir.

M. Ben Lobb: Après le vote d'aujourd'hui, il pourrait se retrouver membre du Comité de la Bibliothèque du Parlement.

Le président: Très bien. La motion est en anglais uniquement, alors nous avons besoin du consentement unanime pour accepter la motion en anglais seulement. Est-ce d'accord?

Mme Cathy McLeod: Non.

Le greffier: Non. Si vous voulez la distribuer... Si c'est clair pour tout le monde...

Le président: D'accord, si c'est clair pour tout le monde... Est-ce que ce l'est pour vous, Robert? Vous l'avez demandée par écrit. Est-ce que c'est clair pour vous en anglais?

M. Robert-Falcon Ouellette: Oui.

Le président: Oui? D'accord. C'est réglé.

Nous sommes saisis d'un amendement à la motion.

[Français]

M. Ramez Ayoub: J'aimerais faire quelques commentaires, monsieur le président.

Je veux faire attention aux mots que je dis et je vais les prononcer en français, même si la motion n'est qu'en anglais.

J'ai mentionné mon appui dès le départ, à condition que le débat soit ordonné et sensé et que le Comité aille au-delà du simple choix de deux ou trois témoins. Plus encore, je n'ai jamais dit que cette étude exigeait un rapport présentement. Je suis très conscient du fait que cette étude n'exige pas de rapport. Ce que j'ai dit, toutefois, c'est que la motion nous a été présentée rapidement. Tant mieux si vous dites que vous avez préparé cette motion et que vous ne l'avez pas présentée de façon impulsive. Cela dit, je vous fais un premier commentaire: si la motion avait été préparée, elle aurait pu être traduite en français.

Je passe à mon deuxième commentaire: si la motion avait été préparée et que nous avions été en mesure d'en discuter, j'aurais pu me préparer à vous soumettre des suggestions de témoins supplémentaires. Là, nous sommes pris, si je puis dire, à nous prononcer sur une motion bien intentionnée mais précipitée.

J'ai toujours bien travaillé avec vous, monsieur Davies. Je ne vois pas pourquoi nous en sommes là aujourd'hui. Nous sommes en train de dire la même chose, nous avons des intentions passablement identiques, mais nous proposons, en fin de compte, des moyens différents pour arriver au même résultat.

Parfois, on veut aller plus vite, mais on va moins vite en allant trop vite. En essayant de faire avancer les choses, on prête des intentions à des collègues qui n'ont absolument aucun désir de vous mettre des bâtons dans les roues. Je suis aussi horrifié que vous d'avoir entendu ce qui s'est dit et de ne pas avoir eu les réponses que j'aurais aimé entendre. Par conséquent, ne me prêtez pas d'intentions, ne me mettez pas de mots dans la bouche. Je sais très bien ce que j'ai dit; nous pouvons consulter les comptes rendus préliminaires.

Je ne veux pas me chicaner avec vous, car nous nous entendons bien. Je veux que nous trouvions ensemble un moyen de faire mieux, car nous pouvons faire beaucoup mieux. L'important, ce n'est pas nous, ici autour de la table, mais bien les femmes qui sont en train d'attendre, de se faire mutiler ou torturer, comme vous le disiez.

Malheureusement, nous n'avons que des réponses partielles. J'aimerais entendre les bons témoins. Il y en a plus que trois. Je peux vous garantir que nous allons avoir besoin de plus que trois ou quatre témoins supplémentaires pour vraiment accomplir un travail qui soit tout à l'honneur de l'actuel Comité permanent de la santé.

Je vais m'arrêter ici.

• (1710)

[Traduction]

Le président: Monsieur Ouellette.

M. Robert-Falcon Ouellette: Je vous remercie beaucoup.

Le président: Allez-y le plus rapidement possible, monsieur Ouellette.

M. Robert-Falcon Ouellette: Oui, bien entendu, aussi rapidement que possible.

Je crois que le bureau du whip sera gentil avec moi.

Des députés: Oh, oh!

Le président: Le bureau du whip vous connaît bien, alors ne vous en faites pas.

M. Robert-Falcon Ouellette: Il a l'habitude.

Monsieur Davies, pourquoi ne pas effectuer en fait une étude et appeler cela une étude, qui sera suivie d'un rapport et de recommandations? Si nous tenons des séances d'information et que nous prévoyons diffuser aussi de l'information, je ne comprends pas pourquoi nous ne formulerions pas également des recommandations. Faisons donc quelque chose qui pourrait faire bouger un peu les choses à propos de cette situation.

Je souhaite la tenue d'une étude, car, en ce qui concerne la Commission de vérité et de réconciliation, nous remarquons qu'elle n'a pas mené à beaucoup d'accusations. Il y a eu des milliers d'heures de témoignages de la part de milliers de témoins, dont la plupart étaient publics. Pourtant, très peu d'accusations ont été portées. C'est triste de constater que le système de justice a permis qu'on balaie tout cela sous le tapis. Cela me rappelle quelque chose. Des personnes sont en situation de pouvoir, comme on l'a entendu dire durant les témoignages, et en anthropologie, on a étudié les relations des gens et on sait qui détient le pouvoir — le certificat, le diplôme — et à quel moment les gens sont vulnérables, comme vous l'avez mentionné, monsieur Davies.

Je suis préoccupé. Je veux vraiment faire les choses correctement. Pour être honnête, je ne suis pas certain... Nous avons aujourd'hui une séance d'information, et l'ordre du jour se lit comme suit: « Conformément à l'article 108(2) du Règlement, séance d'information sur la séance d'information sur la stérilisation forcée de femmes au Canada ». Il s'agit donc d'une séance d'information sur une séance d'information. Cela ne m'intéresse pas.

Je souhaite qu'on formule des recommandations concrètes, après avoir entendu des témoins, à l'intention de l'organe exécutif du gouvernement, qu'il s'agisse de la GRC ou du ministère de la Justice, visant à faire en sorte qu'il tienne responsables des personnes pour les graves violations des droits de la personne qui ont eu lieu au Canada. Je ne suis pas certain qu'une séance d'information sur une séance d'information nous permettra de formuler des recommandations.

Peut-être que le président peut m'éclairer.

• (1715)

Le président: Il me semble que nous sommes tous en train de dire la même chose, sauf que nous voulons peut-être faire davantage que ce que propose M. Davies. C'est ce que je comprends. Tous ceux de ce côté-là veulent faire davantage que ce que M. Davies a proposé. Nous avons toujours été en mesure de nous entendre.

Monsieur Davies, est-ce qu'il y a un moyen de faire en sorte qu'il s'agisse d'une étude? Les membres de ce côté souhaitent une étude. Vous dites que vous voulez inviter d'autres témoins. Les membres de ce côté-là souhaitent entendre d'autres témoins.

Regardons cette situation dans son ensemble. Personne ne savait que vous alliez présenter une motion. Tout le monde a sans doute été pris par surprise. Tous les membres semblent vouloir accepter votre proposition, et même en faire davantage. Y a-t-il un moyen d'aller plus loin avec votre motion?

M. Don Davies: Peut-être.

Je ne dirais pas qu'il s'agit d'une séance d'information sur une séance d'information. Nous avons eu une séance d'information, et ma motion vise à faire comparaître davantage de personnes qui pourraient nous donner de l'information.

Le président: Est-ce que vous envisageriez de reformuler votre motion?

M. Don Davies: Eh bien, ce que j'aimerais, c'est un vote sur ma motion aujourd'hui. J'aimerais que les membres du gouvernement, qui contrôlent le Comité, présentent à la prochaine réunion une proposition en ce qui concerne un rapport.

Monsieur Ouellette a demandé pourquoi je n'ai pas proposé qu'on produise un rapport. Nous avons différents outils à notre disposition. J'ai préparé une motion pour la réunion d'aujourd'hui en assumant que nous souhaiterions peut-être entendre d'autres témoins. Je crois que j'avais raison; je pense que nous avons besoin d'entendre d'autres témoins.

Le président: Je le pense également. C'est ce que tout le monde a affirmé.

M. Don Davies: Ma motion visait la simplicité, c'est-à-dire tenir tout simplement une autre réunion avec d'autres témoins qui pourraient nous donner davantage d'information.

J'ai du mal à comprendre le point de vue des membres du gouvernement à ce sujet. Ils ne veulent pas qu'on tienne une autre réunion qui nous permettrait d'obtenir davantage... Ils semblent ne pas être d'accord avec cela, et je pense qu'ils vont voter contre la motion, car ils souhaitent entendre beaucoup plus de personnes. Ce sont eux qui contrôlent le programme du Comité.

Pourquoi ne pas voter sur ma motion qui propose d'ajouter une réunion? Je vais attendre avec impatience la motion que présenteront les membres du gouvernement lors de la prochaine réunion, ou de l'autre qui suivra. J'ai hâte d'entendre leur proposition concernant une étude plus complète qui nous permettra de faire comparaître devant le Comité les personnes que nous devons entendre. J'ai bien hâte de voir la motion de M. Ouellette.

Le président: Il y a trois autres intervenants sur la liste. Nous disposons de 10 minutes. Est-ce que vous pourriez être brefs?

Monsieur Ayoub, qu'avez-vous à dire?

M. Ramez Ayoub: Je serai très bref. J'aimerais demander une pause de deux ou trois minutes pour nous permettre de discuter, si c'est possible.

Le président: D'accord.

Monsieur McKinnon.

M. Ron McKinnon: Je tiens simplement à dire que nous ne représentons pas le gouvernement. Nous ne faisons pas valoir le point de vue du gouvernement.

M. Ramez Ayoub: C'est un comité...

M. Ron McKinnon: Je voulais aussi demander une courte pause pour que nous puissions discuter.

Le président: Monsieur Ouellette, allez-y rapidement.

M. Robert-Falcon Ouellette: Je le répète, je trouve intéressant que vous ayez mentionné qu'on invite des femmes à témoigner. Je crois qu'il faudra faire des recommandations, car si nous entendons des femmes, nous devons leur rendre justice.

Lorsque je lis « Conformément à l'article 108(2) du Règlement, séance d'information sur la séance d'information sur la stérilisation forcée de femmes au Canada », je trouve cela — comment pourrais-je dire? — *caduc*. Nous allons adopter cette motion, puis nous allons devoir en rédiger une autre. Je ne vois pas pourquoi nous ne pouvons pas tout simplement rédiger une motion qui est acceptable pour tout le monde et qui nous permettrait de faire ce que nous souhaitons.

Depuis que les Nations unies ont publié un rapport, je dois dire que je souhaite comprendre le rôle de la GRC, notamment, et la procédure qu'elle...

M. Ramez Ayoub: Monsieur le président, j'ai demandé une pause de deux minutes. J'invoque le Règlement.

M. Robert-Falcon Ouellette: Je veux simplement terminer...

Le président: M. Ouellette sera très bref.

M. Robert-Falcon Ouellette: Je vais essayer d'être bref.

J'aimerais savoir, par exemple, comment la GRC mène ces enquêtes et comment elle détermine qu'elle doit faire enquête. Si les Nations unies publient un rapport indiquant que des violations des droits de la personne ont eu lieu au Canada, j'aimerais que la GRC — sans nuire à l'enquête, s'il y en a une — nous explique précisément la procédure qu'elle doit suivre lorsque de telles allégations sont formulées, afin que nous puissions mieux comprendre, en tant que parlementaires et Canadiens, ce que fait la GRC, pour que nous puissions exiger des comptes d'une certaine façon, et aussi mieux comprendre les rapports qu'elle entretient avec des organismes internationaux.

C'est en fait très important pour moi, car si nous n'obtenons pas cette information, vous savez... Je crois que nous devons tenir des gens responsables. Je souhaite que nous formulions des recommandations. Je veux que les choses avancent.

Monsieur Davies, c'est vous qui pilotez cela; c'est vous qui avez l'honneur de piloter cela.

• (1720)

Le président: Le temps est écoulé, monsieur Ouellette.

La parole est maintenant à vous, madame Sidhu. Allez-y très rapidement.

Ensuite, nous allons faire une pause de deux minutes.

Mme Sonia Sidhu: Monsieur Davies, nous produisons de nombreux rapports collectivement. Nous sommes tous du même avis, car nous voulons tous entendre des témoins. Je propose que les analystes examinent la liste des témoins. Dans l'intervalle, le président peut examiner le rapport de la GRC et obtenir des conseils. C'est ce que je propose.

Le président: D'accord. Nous allons faire une pause de deux minutes.

M. Don Davies: Monsieur le président...

Le président: C'est moi qui ai la parole.

M. Don Davies: Je suis désolé.

Le président: Nous allons faire une pause de deux minutes.

Vous avez eu du temps pour préparer votre motion. Ils veulent du temps pour en discuter. Nous allons reprendre dans deux minutes.

• (1720)

_____ (Pause) _____

• (1725)

Le président: Nous reprenons. Il nous reste quatre minutes.

Monsieur Ayoub?

M. Robert-Falcon Ouellette: Monsieur le président, je vais commencer...

Le président: Oui, je le sais.

M. Robert-Falcon Ouellette: ... à parler pendant que tout le monde revient.

Nous avons eu une discussion intéressante. Personne ne s'oppose à la motion. Nous voulons présenter une très bonne motion. J'espère que ce que je vais...

Monsieur Davies, j'espère que vous pouvez m'entendre pendant que vous regagnez votre place.

M. Don Davies: Oui.

M. Robert-Falcon Ouellette: Je vais proposer ce que j'espère être un amendement amical.

Je dois dire aux analystes que je ne suis pas certain de la disposition du Règlement que je devrais mentionner. S'il s'agit d'une étude, quelle disposition du Règlement devrais-je mentionner? Je dirais que, conformément à l'article X du Règlement, le Comité mène une étude, peut-être pendant deux autres séances, selon ce qui sera déterminé, au cours de laquelle comparaitront un certain nombre de témoins, qui seront déterminés et proposés par les partis, afin d'entendre des témoignages concernant la stérilisation forcée de femmes au Canada.

Le président: C'est l'amendement de Mme McLeod, n'est-ce pas? Est-ce que cela vous importe si c'est le vôtre ou le sien?

Mme Cathy McLeod: Non, cela ne m'importe pas.

Le président: Non? Très bien, alors vous pouvez retirer votre amendement pour que le sien puisse être présenté.

(L'amendement est retiré.)

Le président: Il semble identique, n'est-ce pas?

M. Lloyd Longfield: Il y a un échancier qui n'avait pas été mentionné auparavant.

Le président: D'accord, quel est cet échancier? Je ne l'ai pas entendu.

M. Robert-Falcon Ouellette: J'ai mentionné deux autres séances.

Le président: D'accord, alors c'est différent.

Nous sommes maintenant saisis d'une motion et d'un amendement.

M. Don Davies: Un amendement à ma motion.

Le président: Il s'agit d'un amendement à votre motion.

Je vais demander le vote sur l'amendement de M. Ouellette à la motion.

(L'amendement est adopté. [Voir le Procès-verbal])

Le président: Nous allons maintenant passer à la motion.

M. Don Davies: J'ai une chose à dire. Étant donné vos commentaires sur l'importance de rédiger un rapport et de formuler des recommandations, je crois que vous devriez ajouter au libellé « qu'un rapport comportant des recommandations soit présenté à la Chambre » C'est ce que vous semblez vouloir. Si vous êtes d'accord, alors...

M. Robert-Falcon Ouellette: Oui.

M. Don Davies: Alors vous modifiez ma motion pour supprimer ce que j'avais rédigé, tenir une étude et en faire rapport, entendre pendant deux réunions des témoins qui seront déterminés par les partis et présenter un rapport à la Chambre qui comporte des recommandations. Est-ce exact?

Vous modifiez ainsi ma motion, n'est-ce pas?

M. Robert-Falcon Ouellette: Oui.

M. Ron McKinnon: Peut-être que les analystes pourraient nous relire la motion.

M. Don Davies: Nous devons comprendre que... Est-ce notre...?

Le président: Est-ce que quelqu'un peut relire la motion?

M. Ron McKinnon: Le greffier peut le faire, je suppose.

Le président: D'accord.

Mme Marlisa Tiedemann (attachée de recherche auprès du comité): Je peux essayer, mais nous sommes en train de déterminer quelle disposition du Règlement il faut utiliser. Je pense que nous attendons la réponse du greffier à ce sujet, mais la formulation serait la suivante: Conformément à l'article X du Règlement, que le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes mène une étude, lors de deux autres séances, dans le cadre de laquelle comparaitront des témoins déterminés par les partis, et qu'un rapport comportant des recommandations soit présenté à la Chambre.

M. Robert-Falcon Ouellette: Une étude sur la stérilisation forcée...

Le président: Monsieur Davies.

M. Don Davies: Je veux que ce soit clair. C'est ma motion qu'on est en train de modifier.

Le président: C'est votre motion.

M. Don Davies: D'accord, c'est très bien.

Le président: Qui est en faveur de la motion modifiée? Levez la main. Je vais demander à M. Lobb de faire le compte.

M. Ben Lobb: C'est neuf et demi.

Des voix: Oh, oh!

(La motion est adoptée. [Voir le Procès-verbal])

Le président: Nous devons maintenant poursuivre à huis clos, alors je demanderais à tout le monde de quitter la salle. Nous en aurons pour une minute. Nous avons seulement une question à poser.

[La séance se poursuit à huis clos.]

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : <http://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: <http://www.ourcommons.ca>