



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 026

Le mardi 24 mars 2026

Président : Terry Sheehan



Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

Le mardi 24 mars 2026

• (1100)

[Traduction]

Le président (Terry Sheehan (Sault Ste. Marie—Algoma, Lib.)): La séance est ouverte.

Bienvenue à la 26^e réunion du Comité permanent des affaires autochtones et du Nord de la Chambre des communes.

Nous reconnaissons que nous nous réunissons sur le territoire non cédé du peuple algonquin anishinabe.

Conformément à l'ordre de la Chambre, le Comité commence son étude du projet de loi S-228, Loi modifiant le Code criminel relativement aux actes de stérilisation.

Avant de commencer, le budget de l'étude vous a été distribué. Plaît-il au Comité d'adopter ce budget?

Des députés: D'accord.

Le président: Très bien.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins du premier groupe, mais avant cela, je tiens à préciser pour tous ceux qui suivent nos délibérations qu'il existe une ligne d'écoute, la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être, qui est accessible 24 heures sur 24, sept jours sur sept à tous les Autochtones du Canada au 1-855-242-3310. Si quelqu'un éprouve de la détresse pendant nos délibérations, je l'encourage à composer ce numéro.

Nous accueillons la marraine du projet de loi S-228 et il s'agit de l'honorable Yvonne Boyer, une sénatrice de l'Ontario.

Bienvenue, sénatrice. Vous disposez de cinq minutes pour présenter votre travail important. Merci.

L'hon. Yvonne Boyer (sénatrice, Ontario, GSI): Merci.

Bonjour, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité. Je vous remercie de m'avoir invitée à compa- raître aujourd'hui.

Je tiens d'abord à souligner que nous sommes réunis sur le territoire non cédé et non abandonné de la nation algonquaine anishinabe, dont les liens avec ces terres, ces cours d'eau et ces forêts remontent à des temps immémoriaux.

Aujourd'hui, nous prenons des mesures pour remédier à un problème qui a touché de manière disproportionnée les femmes et les filles autochtones. Cela s'inscrit dans le contexte plus large d'une histoire marquée par des politiques coloniales qui ont exercé un contrôle sur les populations autochtones, ce qui rend ce travail indispensable à une véritable réconciliation.

Je tiens à prendre un instant pour remercier les députés du fort appui que cette mesure législative a déjà reçu à la Chambre des

communes. Le projet de loi S-228 a été adopté à l'unanimité à l'étape de la deuxième lecture et des députés de tous les partis se sont exprimés en sa faveur. Il a été renvoyé rapidement au comité aux fins d'examen. Les survivantes et moi tenons à vous remercier sincèrement de votre collaboration et de votre leadership.

Je suis ici aujourd'hui en tant que marraine du projet de loi S-228, Loi modifiant le Code criminel relativement aux actes de stérilisation. L'objectif de ce projet de loi est simple: il établit explicitement dans le Code criminel que le fait de procéder à une stérilisation sans le consentement valable de la personne concernée constitue des voies de fait graves. Depuis des années, des victimes de stérilisations forcées et contraintes se manifestent et font part de leur expérience. Beaucoup racontent avoir été poussées à se faire stériliser alors qu'elles accouchaient, qu'elles étaient sous l'effet de médicaments, qu'elles étaient épuisées ou qu'elles subissaient des pressions de la part de figures d'autorité au sein de systèmes qu'elles se sentaient incapables de contester.

Cette mesure législative a vu le jour parce que les survivantes ont demandé au Parlement d'agir. Pour les survivantes, leurs familles et leurs communautés, il ne s'agit pas d'un débat sur la politique médicale. Il s'agit d'une atteinte permanente et dévastatrice à leur autonomie corporelle, à leur dignité et à leurs droits de la personne. Cette pratique a touché de manière disproportionnée les femmes autochtones, ainsi que les personnes handicapées, les personnes racisées et d'autres personnes qui ont été traitées comme si leurs choix en matière de reproduction n'avaient aucune importance.

De nombreux Canadiens pensent que l'abrogation des lois eugénistes dans les années 1970 a mis fin à la stérilisation forcée il y a plusieurs décennies. Malheureusement, les faits prouvent le contraire. Des survivantes continuent de signaler des cas survenus dans des hôpitaux modernes, dont certains remontent à 2025.

Le Parlement s'est longuement penché sur cette question. Le comité sénatorial des droits de la personne a mené deux études et entendu directement les témoignages de survivantes et d'experts. La première recommandation du comité était que le Canada modifie le Code criminel afin d'interdire expressément la stérilisation forcée et contrainte. Le projet de loi S-228 constitue la réponse législative à cette recommandation.

Les députés se souviendront peut-être que le projet de loi qui a précédé celui-ci, le projet de loi S-250, qui avait été soigneusement peaufiné à l'issue d'une étude approfondie et de consultations auprès du ministère de la Justice, avait été adopté à l'unanimité par le Sénat lors de la législature précédente avant de mourir au Feuilleton lorsque les élections ont été déclenchées. Le projet de loi S-228 reprend exactement le texte du projet de loi S-250 et a de nouveau été adopté à l'unanimité par le Sénat en octobre 2025.

Le projet de loi S-228 ajoute une disposition qui précise qu'un acte de stérilisation réalisé sans consentement constitue une blessure ou une mutilation au sens de fait graves. Ce projet de loi n'instaure pas un nouveau cadre de consentement. Les dispositions existantes du Code criminel continuent de s'appliquer, y compris le principe selon lequel le consentement n'est pas valable s'il a été obtenu par la force, la menace, la fraude, la contrainte ou l'abus de pouvoir. Le projet de loi ne criminalise pas non plus les soins médicaux d'urgence. Les médecins qui agissent pour préserver la vie ou la santé d'une patiente continuent d'être protégés en vertu de l'article 45 du Code criminel. Il n'entrave pas la stérilisation volontaire ni les soins d'affirmation de genre. Le projet de loi s'applique uniquement lorsqu'une personne est stérilisée intentionnellement sans son consentement libre et éclairé.

Le projet de loi assimile la stérilisation forcée et contrainte à des voies de fait graves, de sorte que le cadre de consentement prévu au paragraphe 265(3) s'applique. Le consentement n'est pas valable s'il a été obtenu par la menace, la fraude, la contrainte ou l'abus de pouvoir. Le projet de loi S-228 ne modifie pas ces règles. Il garantit simplement qu'elles s'appliquent à la stérilisation sans consentement.

Une discussion approfondie s'est tenue pour déterminer si le droit pénal est l'outil approprié pour traiter cette question. Il est important de reconnaître que la législation à elle seule ne résoudra pas tous les aspects du problème. Pour mettre fin à la stérilisation forcée et contrainte, il faut également renforcer les pratiques en matière de consentement, améliorer la formation médicale et poursuivre la collaboration avec les survivantes, les organisations autochtones, les médecins et les systèmes de santé partout au pays. Cependant, il est important que le Code criminel soit clair. Bien que les dispositions existantes en matière d'agression s'appliquent en théorie, elles n'ont jamais été utilisées pour tenter des poursuites dans les cas de stérilisation forcée au Canada.

• (1105)

Les survivantes ont clairement fait savoir au Parlement que l'absence d'une interdiction explicite a contribué au silence et à l'impunité. Ce projet de loi apporte des précisions et réaffirme que la stérilisation d'une personne sans son consentement n'est ni un malentendu ni une erreur de jugement professionnel. Il s'agit d'une grave violation des droits de la personne.

Mesdames et messieurs les membres du Comité, des survivantes ont courageusement demandé cette protection au Parlement à plusieurs reprises. En adoptant le projet de loi S-228, le Comité a l'occasion de veiller à ce que le droit pénal canadien protège clairement le droit fondamental de chaque personne de décider si elle veut avoir des enfants et, le cas échéant, quand. Les survivantes ont assez attendu.

Merci. *Meegwetch.*

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons passer directement à la période de questions et d'observations.

Monsieur Morin, vous disposez de six minutes.

Billy Morin (Edmonton-Nord-Ouest, PCC): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie, sénatrice Boyer, de votre initiative dans ce dossier.

Je remercie également mon collègue de son leadership.

Je remercie tous les partis d'avoir fait avancer rapidement ce dossier au Parlement et de nous avoir permis d'en arriver là où nous en sommes aujourd'hui. J'espère que nous pourrions poursuivre sur cette lancée pour toutes les bonnes raisons.

J'ai eu l'occasion de m'entretenir avec le Cercle des survivants pour la justice reproductive. Les membres des communautés autochtones disent souvent que la théorie des six degrés de séparation ne s'applique pas vraiment à eux et qu'il s'agit plutôt d'un, deux ou trois degrés. Grâce à ce projet de loi, j'ai pu rencontrer des membres de ma famille élargie et cela a été une expérience personnelle vraiment formidable.

Nous savons que ce problème touche de manière disproportionnée les communautés autochtones — nous sommes au Comité permanent des affaires autochtones et du Nord —, mais pourriez-vous nous en dire davantage sur le nombre de personnes touchées au sein de ces communautés? C'est surprenant... ou peut-être pas. Je ne sais pas si « surprenant » est le mot juste, mais il est tout à fait inacceptable que cela se produise encore en 2025. Les gens pensent que cette pratique date d'il y a 50 ou 100 ans ou de quelques générations, mais elle persiste encore en 2025.

Pourriez-vous nous en dire davantage sur les chiffres et expliquer en quoi le fait de faire ce qui s'impose aurait un effet positif sur la protection des droits de la personne?

L'hon. Yvonne Boyer: Merci beaucoup de votre question.

Je sais que la stérilisation forcée et contrainte touche de manière disproportionnée les communautés autochtones. Lorsque je me rends dans différentes communautés pour y donner des discours, il y a toujours une file de personnes qui veulent me parler après coup pour me dire que cela leur est arrivé ou est arrivé à leur mère ou à leur tante. Il arrive parfois que cette pratique s'étende sur plusieurs générations. L'une des survivantes m'a raconté qu'elle avait été stérilisée, que sa mère avait été stérilisée et que sa tante avait été stérilisée. Elles sont membres de la tribu des Blood et elles craignent qu'il n'y ait plus de génération pour s'occuper des aînés.

Cette pratique touche de manière disproportionnée les peuples autochtones, les personnes handicapées et les personnes intersexuées. C'est ce que nos études ont révélé. Mon bureau a recensé 12 000 cas. Le Cercle des survivants pour la justice reproductive en a dénombré jusqu'à 15 000 et ce chiffre ne cesse d'augmenter.

Les gens disent qu'ils sont surpris d'apprendre que cela se produit encore, mais c'est pourtant le cas. Cela se produit probablement en ce moment même.

• (1110)

Billy Morin: Merci.

J'ai moi aussi des liens avec la tribu des Blood.

Je vous remercie d'avoir souligné les personnes avec lesquelles vous vous êtes entretenue. Quinze mille personnes, c'est beaucoup trop. Une seule personne, c'est déjà trop.

Je m'avance peut-être trop, mais je constate que tous les partis sont en faveur de la résolution de ce problème. Espérons que cet appui ne faiblira pas.

Pourriez-vous nous parler des mesures que vous aimeriez voir mises en œuvre, une fois le projet de loi adopté, afin de souligner le véritable changement que nous essayons d'apporter ici au Parlement? Quelles mesures concrètes envisagez-vous dans le système de santé pour mettre l'accent sur ce projet de loi en vue de sensibiliser les professionnels de la santé et de leur montrer que la stérilisation forcée et contrainte est une question sérieuse dont ils doivent tenir compte?

L'hon. Yvonne Boyer: Des gens ont déjà commencé à s'atteler à cette tâche sur le terrain. Je crois que le Cercle des survivants pour la justice reproductive travaille à l'élaboration d'un modèle de collaboration avec les associations médicales visant à sensibiliser les femmes afin d'éviter qu'elles soient stérilisées. Il porterait à la fois sur leurs droits et sur la formation des médecins.

Je collabore avec la Régie de la santé des Premières Nations à la révision des procédures de consentement au sein de leurs hôpitaux. Une équipe travaille avec les hôpitaux pour les aider à mettre au point un formulaire de consentement qui est adapté à la culture, qui tient compte des traumatismes et qui serait applicable et utile pour obtenir le consentement des Autochtones en bonne et due forme.

Des gens travaillent actuellement sur cela. Une fois que le projet de loi sera adopté, je pense qu'il fournira une excellente possibilité. Espérons qu'il ne sera jamais nécessaire d'y avoir recours et que les médecins et les établissements seront suffisamment sensibilisés pour comprendre qu'il est inacceptable de ne pas obtenir le consentement en bonne et due forme avant de procéder à une ligature des trompes ou à toute autre forme de stérilisation.

Billy Morin: Merci.

Vous avez parlé du cercle des survivants ainsi que de tout le travail qu'il accomplit et de ses efforts de sensibilisation en cours. Y a-t-il autre chose à ajouter concernant son rôle à l'avenir? Il est évident que l'organisme continuera à faire de la sensibilisation et à effectuer ce genre d'activités, mais pourrait-il s'impliquer davantage dans la mise en œuvre au niveau des différentes administrations provinciales, notamment en sensibilisant les Services de santé de l'Alberta ou d'autres autorités sanitaires provinciales?

L'hon. Yvonne Boyer: Oui, je pense qu'il est vraiment important que nous accordions un soutien adéquat au groupe de survivantes, car ce sont elles les expertes. Ce sont elles qui... On ne peut pas aller de l'avant sans demander aux personnes qui ont été touchées ce qui va fonctionner. Il est absolument essentiel que les survivantes participent de toutes les manières possibles. Ils en ont la capacité. J'espère qu'elles disposeront des ressources nécessaires pour constituer une équipe qui pourra aider les organisations provinciales à réviser leurs politiques de consentement, leurs politiques hospitalières et toutes leurs politiques de soins. Cela mettrait fin à la stérilisation sans consentement, une fois qu'une éducation adéquate a été dispensée.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant la parole aux libéraux pour six minutes.

Monsieur Battiste, vous avez la parole.

Jaime Battiste (Cape Breton—Canso—Antigonish, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie, madame la sénatrice, de tout le travail que vous avez accompli sur ce projet de loi et de l'avoir mené là où il en est aujourd'hui. Je pense que vous avez sans doute constaté, dès

l'étape de la première lecture, que vous bénéficiez de l'appui de tous les partis dans ce dossier.

Au cours des semaines qui ont précédé la première lecture, beaucoup de gens m'ont demandé quelle était la position de notre gouvernement et si nous allions appuyer le projet de loi. J'ai été très heureux de pouvoir affirmer, au nom de notre gouvernement, que nous appuyons le projet de loi.

Après avoir prononcé votre discours, vous l'avez publié en ligne et j'ai été étonné par le nombre de personnes qui m'ont contacté par la suite pour me dire: « C'est quelque chose qui m'est arrivé et que j'ai dû endurer. » D'autres gens m'ont dit: « Je pense que cela m'est arrivé aussi, car je me suis senti contraint. J'avais l'impression de ne pas avoir eu toute la liberté de décision dont j'avais besoin avant de prendre cette décision. » Beaucoup de ces personnes m'ont posé les questions suivantes: « Que puis-je faire pour déterminer si ce qui m'est arrivé correspond à cette situation? Comment puis-je obtenir une forme de justice pour ce qui m'est arrivé et pour toute cette notion de contrainte à laquelle j'ai été soumise? »

Pourriez-vous nous expliquer ce que cette loi vise à protéger? Comment les personnes qui pensent avoir été victimes de coercition peuvent-elles... ? Pourriez-vous nous donner quelques précisions sur les critères qui permettent de définir la contrainte dans le contexte de la stérilisation forcée?

• (1115)

L'hon. Yvonne Boyer: Je peux vous donner quelques exemples dont on m'a fait part.

L'une des survivantes a raconté qu'on lui avait dit qu'elle devait subir une ligature des trompes après avoir accouché par césarienne et que si elle refusait, les services sociaux lui retireraient son bébé. C'est une pratique assez courante.

Une autre pratique courante consiste à parfois menacer les femmes... Par exemple, une femme sur le point d'accoucher par césarienne s'est fait dire par le médecin que si elle ne signait pas le formulaire de consentement, son bébé risquait d'être atteint de paralysie cérébrale, un trouble dont son autre enfant était déjà atteint. C'est une menace très directe qui laisse entendre qu'il pourrait également arriver quelque chose à ce bébé et qu'il serait atteint de paralysie cérébrale.

Il y a aussi les alertes à la naissance. Lorsque les femmes se rendent à l'hôpital, si elles ont eu affaire aux services sociaux à un moment ou à un autre, un petit drapeau rouge apparaît dans leur dossier qui signale que la mère n'est peut-être pas apte à assumer son rôle. Très souvent, le bébé lui est retiré avant même qu'une enquête ne soit menée. Les services sociaux lui retirent le bébé pour la simple raison qu'elle est Autochtone.

Je pourrais continuer indéfiniment, mais vous en entendrez probablement parler aujourd'hui par les survivantes.

Pour revenir à ce que vous avez mentionné, pendant cette courte période, des personnes se sont confiées à vous. Chaque fois que nous parlons de ce sujet, nous semons des graines et cela permet à d'autres personnes de se manifester en toute sécurité. Mon bureau est devenu un refuge. Je suis sénatrice depuis huit ans, en mars prochain. Mon bureau est devenu un refuge où ces personnes peuvent m'appeler et me dire: « J'essaie de tomber enceinte depuis quatre ans. Je me souviens vaguement avoir signé un document à l'hôpital, mais je sais que je n'étais pas... Je n'aurais pas pu l'être. » Je leur réponds: « Pourquoi ne pas demander votre dossier médical pour y jeter un œil? » Je les aide à obtenir leur dossier médical et nous vérifions s'il y a mention d'une ligature des trompes quelque part.

Il y a d'autres exemples. Lorsque j'ai prononcé mon discours de troisième lecture au Sénat, la sénatrice Amina Gerba a pris la parole pour parler de son endométriose. Elle s'était rendue à l'hôpital pour subir ce qu'elle croyait être une ablation de l'utérus et le médecin lui a retiré son utérus sans son consentement. Elle est noire.

Que se passe-t-il ici? La pratique se poursuit. Des personnes en sont victimes, mais elles ne veulent rien dire par honte et par peur; toutefois, lorsqu'elles sont en tête-à-tête avec vous, elles peuvent dire: « Je pense que cela m'est arrivé. » Nous pouvons alors les diriger vers le Cercle des survivants pour la justice reproductive, qui joue un rôle absolument essentiel en matière de prestation de soutien et de counseling. Ce sont ces personnes qui peuvent aider à recoller les morceaux. Il se passe tellement de choses.

Je vous remercie d'avoir posé cette question, car ce que vous avez dit est essentiel.

Jaime Battiste: Madame la sénatrice, dans la dernière minute qu'il me reste, vous recommanderiez aux personnes qui me contactent actuellement pour me demander à qui s'adresser afin de savoir si leur situation correspond à une stérilisation forcée ou contrainte et s'il y a quelqu'un à qui elles peuvent parler de contacter le cercle des survivants. Pouvez-vous me dire comment nous pouvons les diriger vers cette organisation? Quelle est la meilleure façon pour nous d'aider les victimes de la pratique que ce projet de loi vise à éliminer?

• (1120)

L'hon. Yvonne Boyer: Cet après-midi, vous allez rencontrer Harmony Redsky, la directrice générale. Si vous tapez « Cercle des survivants pour la justice reproductive » sur Google, vous trouverez un très beau site Web et des gens prêts à parler aux personnes en situation de crise ou qui ont des questions. Ils pourront les aider de quelque façon que ce soit.

Jaime Battiste: Merci beaucoup.

[Français]

Le président: Madame Gill, vous avez la parole pour six minutes.

Marilène Gill (Côte-Nord—Kawawachikamach—Nitassinan, BQ): Merci, monsieur le président.

Sénatrice Boyer, je vous remercie de votre présence et, bien entendu, de tout le travail que vous avez fait pour donner une voix à ces personnes qui, parfois, n'en ont pas ou hésitent à l'exprimer parce qu'elles ont besoin d'un lieu sûr où elles vont être crues. En effet, les gens veulent d'abord être crus pour ensuite pouvoir faire tout ce travail. Je pense évidemment à toutes ces femmes, à celles qui sont silencieuses et à celles de ma circonscription. Il y a aussi des survivantes innues et dans la communauté naskapie chez moi, sur la Côte-Nord. Donc, je vous remercie.

Je vais ajouter d'autres éléments et vous poser une question qui va, en quelque sorte, en sens inverse.

De quelle façon le projet de loi a-t-il été conçu? Par exemple, comment la définition de « mutilation » a-t-elle été conçue?

Quels sont les arguments, s'il y en a, que des gens vont opposer à l'adoption du projet de loi S-228?

Quelles seraient les réponses, s'il y en a, que vous donneriez aux gens qui craignent qu'un tel projet de loi soit adopté par les deux Chambres?

[Traduction]

L'hon. Yvonne Boyer: Merci beaucoup.

Le projet de loi a été conçu très tôt dans le processus. Je travaillais déjà... En 2017, j'ai corédigé le rapport sur l'examen externe concernant les femmes de Saskatoon qui avaient été stérilisées sans leur consentement à l'hôpital de Saskatoon. Ce rapport a été rendu public en 2017. À l'époque, les survivantes m'avaient demandé de criminaliser cet acte. Compte tenu du contexte historique des peuples autochtones, j'étais réticente. Je ne voulais pas recourir au Code criminel parce que, d'une manière ou d'une autre, cela finirait toujours par se retourner contre les peuples autochtones.

Ce n'est qu'après que le comité sénatorial des droits de la personne eut mené à bien sa deuxième étude, intitulée *Les cicatrices que nous portons*, que nous avons agi. La première recommandation consistait à adopter une loi visant à criminaliser la stérilisation forcée et contrainte. J'ai joué un rôle déterminant dans les démarches visant à faire venir des survivantes pour témoigner à l'époque. Nous avons besoin d'entendre leurs voix. C'est essentiel. Nous devons entendre leurs voix. Lorsque nous avons entendu leurs voix et que j'ai reçu les directives du comité des droits de la personne, je me suis dit: « Je dois le faire. » Les femmes l'ont demandé. Elles m'ont suppliée de le faire et je ne leur tournerai pas le dos. C'est à ce moment-là que la rédaction a commencé et le projet de loi S-250 a été présenté en juin 2022. C'est ainsi que tout a commencé.

La dernière partie de votre question porte sur les personnes qui s'opposeraient au projet de loi. Selon moi, une fois que les gens auront bien compris le projet de loi, ils se rendront compte qu'il s'agit d'une mesure positive plutôt que négative. Le projet de loi S-228 a été soigneusement conçu pour s'attaquer à la stérilisation sans consentement et il ne criminalise pas les soins qui sont légaux, nécessaires sur le plan médical ou dispensés avec le consentement du patient. Rien ne change à cet égard. Tout ce qu'il fait, c'est cibler précisément les cas où aucun consentement n'est donné pour la stérilisation. Les obligations des médecins de respecter les normes professionnelles, les lignes directrices réglementaires et les obligations éthiques restent les mêmes. Elles restent intactes. Le projet de loi S-228 ne modifie en rien ces obligations. Il les renforce, mais apporte une plus grande clarté juridique. On ne peut pas stériliser des personnes sans leur consentement. C'est simple.

• (1125)

[Français]

Marilène Gill: En fait, il y avait une troisième portion dans ma question.

Vous avez dit que le projet de loi avait été créé pour répondre à la demande de ces femmes et leur donner une voix, donc il y a eu une collaboration pour l'écriture du projet de loi.

Je comprends que, présentement, personne ne s'oppose à l'adoption du projet de loi.

Je parlais également de la définition. Je sais qu'elle fait partie du projet de loi, mais elle est souvent relevée dans les articles ou dans certaines discussions ou certains débats à la Chambre. Pouvez-vous nous rappeler de quelle façon la définition a été construite? C'était à la fin de ma question.

[Traduction]

L'hon. Yvonne Boyer: Parlez-vous de la définition de la stérilisation?

[Français]

Marilène Gill: Oui. Je parle du changement à la loi en ce qui concerne le terme « mutilation ».

[Traduction]

L'hon. Yvonne Boyer: D'accord, cela permet...

[Français]

Marilène Gill: En fait, oui, il est question de la définition de « stérilisation », qui est considérée comme une mutilation.

[Traduction]

L'hon. Yvonne Boyer: Très bien. D'accord.

268.1(1) Pour l'application du paragraphe 268(1), il est entendu qu'un acte de stérilisation constitue une blessure ou une mutilation.

On peut ensuite lire ceci:

(2) Au présent article, acte de stérilisation s'entend du sectionnement, de l'occlusion, de la ligature ou de la cautérisation de l'ensemble ou d'une partie des trompes de Fallope, des ovaires ou de l'utérus d'une personne ou de tout autre acte exécuté sur une personne qui a pour effet d'empêcher la procréation de façon définitive, que l'acte soit ou non réversible par une opération chirurgicale ultérieure.

[Français]

Marilène Gill: Merci, madame la sénatrice. Je me suis peut-être mal exprimée, mais, un peu comme pour le projet de loi, je voulais savoir si ça avait été fait en collaboration et quelles personnes vous aviez consultées pour en arriver à une définition précise de l'acte de stérilisation dans le projet de loi. Je suis désolée si je n'ai pas été aussi précise, mais c'était vraiment l'idée derrière ma question. Je ne sais pas si vous pouvez y répondre rapidement, si M. le président le permet.

[Traduction]

L'hon. Yvonne Boyer: Le projet de loi initial, le projet de loi S-250, comptait 54 lignes. En gros, je me suis appuyée sur les recommandations des survivantes pour déterminer ce qu'il fallait y inclure. Autrement dit, le projet de loi était beaucoup plus détaillé. Lorsqu'il a été étudié par le comité, il contenait bien plus d'éléments, dont la définition de « médecin », l'expression « du sectionnement, de l'occlusion, de la ligature » ou tout autre acte visant à « prévenir la grossesse de manière permanente ». Il y avait l'infraction. Il y avait l'exception. Il y avait le consentement. Il y avait les mesures de sauvegarde. Il y avait beaucoup plus de détails.

Ce que j'ai constaté au comité, c'est que... J'ai écouté mes collègues et les témoins et j'ai réalisé que tant de détails pourraient avoir des conséquences imprévues. J'ai écouté attentivement et j'ai pris en compte ce qu'ils ont dit. J'ai travaillé avec le ministre de la Justice et les fonctionnaires du ministère pour simplifier le libellé autant que possible afin qu'il n'y ait aucune ambiguïté et qu'il soit

impossible de mal interpréter ce qui était dit, et c'est ce qui constitue désormais le projet de loi S-228.

Le président: Monsieur Zimmer, vous avez la parole pour cinq minutes.

Bob Zimmer (Prince George—Peace River—Northern Rockies, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci, madame la sénatrice.

C'est un sujet dont nous avons entendu parler tout récemment en comité. Il y a quelques années, nous avons entendu le témoignage de personnes qui avaient été contraintes de subir une stérilisation, mais quelqu'un est intervenu et a dit: « Écoutez, cela n'arrivera pas. » Comme cela a déjà été dit, c'est le genre de chose qu'on s'attendrait à entendre il y a 50 ans, mais j'ai été tout à fait stupéfié d'apprendre que cela se produit encore aujourd'hui — et même ce que vous venez de dire — et je suis sûr qu'il en va de même pour de nombreux autres Canadiens partout au pays.

Vous nous avez déjà expliqué un peu comment vous en êtes arrivé là, mais j'aimerais que vous nous racontiez tout en détail, madame la sénatrice. Comment tout cela a-t-il commencé? Comment avez-vous commencé à vous investir dans cette cause particulière?

L'hon. Yvonne Boyer: D'accord. Au début...

Bob Zimmer: Prenez votre temps. Vous avez quelques minutes.

L'hon. Yvonne Boyer: Quand j'étais petite, je vivais chez ma tante. Ma tante a passé 10 ans alitée dans un sanatorium pour tuberculeux. C'était avant la découverte des antibiotiques. Le traitement était axé sur le repos, l'air frais et l'isolement des autres. Au cours des 10 années qu'elle a passées là-bas, le corps dans le plâtre, elle a été soumise à des expériences. Même si je ne l'ai jamais su avec certitude, je crois qu'elle a également été stérilisée. Elle a passé son adolescence dans le sanatorium. Quand j'étais petite et que je vivais avec elle, elle me racontait des histoires sur cet endroit. Parfois, elle parlait des monstres qui arpentaient les couloirs. Elle ne pesait que 90 livres. Elle était une toute petite fille brune. Elle se trouvait dans cet environnement stérile à l'hôpital. Tout cela était gravé dans ma mémoire et je me disais: « Il se passe quelque chose ici. Elle n'a pas d'enfants et on a mené des expériences sur elle. » C'est ainsi que tout a commencé.

Avant de devenir sénatrice... Je suis avocate et j'étais infirmière avant cela. En grandissant, je croyais avoir pour mission de travailler dans les hôpitaux situés près de ma famille. C'était dans l'Ouest, dans le centre de l'Alberta et en Saskatchewan. Quand j'étais infirmière, j'entendais d'autres infirmières dire que le problème indien serait résolu lorsque tous les Indiens auraient été stérilisés. J'ai entendu de tels propos à plusieurs reprises. C'était dans les années 1970. Ces propos m'ont vraiment mise en colère. À l'époque, je pensais que je devais soit me résigner et ne pas me battre, soit me battre. C'est à ce moment-là que j'ai pensé à la possibilité que les gens m'écoutent si je faisais des études dans le domaine juridique, alors c'est ce que j'ai fait.

Je suis retournée aux études. J'étais une mère. J'avais 40 ans quand je suis retournée aux études et j'étais enceinte de mon quatrième enfant. J'étais animée par cette volonté de mettre fin au racisme dans le système de santé. La stérilisation semblait être au cœur du problème. Elle a été au cœur du travail que j'ai accompli tout au long de ma carrière professionnelle.

J'ai terminé mes études en droit. J'ai obtenu une maîtrise et un doctorat en droit et la stérilisation a toujours été un sujet que je souhaitais étudier. Ensuite, j'ai eu l'occasion de... La région sanitaire de Saskatoon m'a contactée en 2015 pour me demander de procéder à un examen externe de ses politiques en matière de ligature des trompes, après que Betty Ann Adam du *Star Phoenix* ait communiqué avec moi pour m'informer que deux femmes autochtones s'étaient présentées à son bureau et alléguaient qu'elles avaient été stérilisées sans leur consentement dans un hôpital de Saskatoon. J'ai répondu: « Cela ne peut pas arriver; c'est impossible. Sans consentement, il s'agit d'un acte criminel. Les médecins ne peuvent pas faire ça. C'est contraire au droit autochtone et au droit international. Ils ne peuvent pas le faire. »

Mme Adam a écrit son premier article. Les deux femmes en question étaient Brenda Pelletier et Tracy Bannab et je leur rends hommage chaque fois que je parle de cette affaire, car ce sont elles qui ont essuyé le plus gros des attaques racistes qui ont suivi. Ces deux femmes courageuses se sont manifestées, puis deux autres ont sorti de l'ombre, puis deux autres, et encore deux autres. Peu de temps après, il y avait 11 femmes qui s'étaient manifestées.

C'est alors que la région sanitaire de Saskatoon m'a contactée pour me demander d'examiner leurs politiques en matière de ligature des trompes. Je leur ai répondu: « Vous savez, je vous critique dans toutes les entrevues que je donne partout au pays. Je ne suis peut-être pas la meilleure personne à qui confier cette tâche. » Elle m'a dit qu'elle était au courant de toutes les entrevues que j'avais données un peu partout au pays et qu'elle me demandait de le faire parce que les aînés le lui avaient demandé.

Cela a changé la donne pour moi. J'ai dit que j'allais y réfléchir. J'ai dit: « Je vais demander un coauteur. Je vais trouver un coauteur pour travailler avec moi. Ce rapport doit être rendu public. Je veux les ressources que je demande. Je ne serai pas déraisonnable et nous devons nous mettre au travail sans tarder. » C'est donc ce que nous avons fait.

J'ai demandé à la Dre Judith Bartlett, avec qui j'avais déjà travaillé à l'Organisation nationale de la santé autochtone, d'être ma coauteure. Elle est une médecin métisse. Elle avait travaillé dans des hôpitaux, tout comme moi. Nous connaissions toutes les deux la culture du café et la façon dont les gens parlent. Nous connaissions ce milieu.

• (1130)

Nous avons mis en place le cadre nécessaire pour réaliser une magnifique... Nous étions les vecteurs des voix des femmes que vous allez entendre cet après-midi. Nous avons servi de vecteurs, et seulement de vecteurs, car nous avons placardé des affiches dans les lieux où les femmes autochtones se rassemblaient. Nous avions une femme qui parlait cri parmi nous parce qu'à Saskatoon, la zone couverte compte environ 300 000 habitants. C'est assez loin au nord et il y a des locuteurs cris qui utilisent leur langue maternelle. Wilna répondait au téléphone et leur parlait en cri et des personnes ont accepté de venir faire des entrevues.

C'était tellement traumatisant. Certaines de ces femmes n'avaient jamais, au grand jamais, parlé de leur expérience, mais elles avaient vu l'affiche et avaient parlé à Wilna au téléphone dans leur langue. Elles me connaissaient. Je suis originaire de Saskatoon. Elles savaient qui j'étais et elles savaient qui était Judy grâce à nos vastes réseaux nationaux parmi les peuples autochtones et nos familles. L'Aînée Mary Lee était également avec nous.

C'est une histoire qu'il est très important de raconter, car le fait de raconter leur histoire a été extrêmement traumatisant pour ces femmes. Cependant, chaque matin, en compagnie de Wilna, Judy et Mary, nous nous tenions tous par la main et nous priions. Nous priions le Créateur de nous venir en aide, de nous permettre de rester forts et d'entendre leurs voix afin que nous puissions les entendre. En somme, le début du processus était fondé sur quelque chose de très sacré.

Mary se trouvait dans la pièce voisine pendant que nous réalisions les entrevues. Lorsque les femmes s'effondraient, si elles s'effondraient, nous leur demandions: « Voulez-vous que Mary se joigne à nous? » Parfois, elles répondaient par l'affirmative et nous demandions alors à Mary de se joindre à nous. Elle entraînait avec ses grands et beaux bras et disait: « Je vais vous serrer dans mes bras jusqu'à ce que vous vous ressaisissiez. » Elle les serrait aussi longtemps qu'il le fallait pour qu'elles se ressaisissent, puis elles pouvaient poursuivre leur entrevue.

Les témoignages que nous avons recueillis à l'époque ont servi de base à l'examen externe et c'est ce qui a permis de porter cette affaire à l'attention du monde entier. Lorsque j'ai été nommée au Sénat l'année suivante, en 2018, j'ai prononcé mon premier discours en septembre 2018 et c'est au cours de celui-ci que j'ai porté à l'attention du Sénat la question de la stérilisation forcée et contrainte. La réaction que j'ai obtenue a été la même que celle que vous avez probablement tous eue, qui consiste à se demander comment une telle pratique pouvait encore persister. Ce discours a permis de porter le sujet à l'attention du Sénat, du Canada et du monde entier. C'est là que tout a commencé et c'est ainsi que nous en sommes arrivés là. Le projet de loi a simplement évolué grâce à des personnes qui lui ont apporté beaucoup de soutien et qui se soucient de cette cause.

À chaque fois que nous en parlons, de nouveaux alliés se manifestent. Des personnes qui ont été stérilisées et qui peuvent aider d'autres personnes se font connaître. Lorsque les femmes venaient me voir et me disaient qu'elles étaient toutes seules, je leur répondais: « Vous avez toute une armée derrière vous. Nous sommes là. Nous sommes à vos côtés, vous n'êtes donc pas seules. »

Le cercle des survivants a été créé par Alisa Lombard et moi lorsque nous avons mis nos compétences juridiques en commun et nous nous sommes dit qu'il fallait réunir toutes ces femmes. J'avais un vaste réseau de femmes. J'étais en contact avec au moins une centaine de femmes. Alisa a intenté le premier recours collectif en Saskatchewan en 2017 et elle disposait elle aussi d'un vaste réseau. Nous nous sommes dit qu'il fallait regrouper ces femmes, ce que nous avons fait. Nous avons multiplié les appels sur Zoom avec des groupes de femmes pour leur demander: « Voulez-vous parler d'une seule voix? » En janvier 2023, l'organisation a été constituée en société et nous disposons désormais de personnes, de survivantes qui possèdent l'expertise et l'expérience nécessaires pour parler sincèrement de ce qui leur est arrivé et de ce dont elles ont besoin.

Ce sont les personnes que vous rencontrerez cet après-midi. Tout ce que je peux dire, c'est que nous devons les encourager à poursuivre leurs efforts et continuer à les soutenir, car elles jouent un rôle absolument essentiel dans le travail qu'elles ont accompli jusqu'à présent et dans celui qu'elles accompliront à l'avenir.

Je vous remercie de m'avoir permis de prendre la parole.

• (1135)

Le président: D'accord. Merci beaucoup de nous avoir fait part de cette histoire très importante.

La prochaine intervenante est Mme Lavack. Vous disposez de cinq minutes.

[Français]

Ginette Lavack (Saint-Boniface—Saint-Vital, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Madame la sénatrice, je vous remercie de tout le travail très important que vous avez fait sur ce projet de loi. Ce n'est pas facile. Je me fais l'écho des commentaires que vous et mes collègues avez faits: c'est hallucinant de penser que cette situation puisse toujours se passer chez nous de nos jours. C'est manifestement un problème qui, je crois, porte directement atteinte à la confiance que les gens, particulièrement ceux des Premières Nations, ont envers le système judiciaire et le système de santé.

Que croyez-vous que le projet de loi va faire pour changer la perspective des gens et rebâtir la confiance des gens envers le système de santé et le système judiciaire?

• (1140)

[Traduction]

L'hon. Yvonne Boyer: Merci beaucoup de votre question. Je pense qu'il s'agit également d'une excellente question pour les survivantes.

Je pense sincèrement que le fait que nous soyons ici et que nous en soyons arrivés là, le fait que quelqu'un ait écouté et ait cru bon de rassembler leurs voix et d'écouter ce qu'elles avaient à dire au lieu de les éconduire parce que cela n'en valait pas la peine...

J'aimerais vous raconter une petite histoire à ce sujet. À un moment donné, au cours de mes huit années au Sénat, la GRC a dit qu'elle allait commencer à porter des accusations contre les gens pour cette pratique. Sans même tenir compte du fait que le problème comportait des aspects culturellement inappropriés et liés à des traumatismes, elle voulait simplement aller de l'avant et porter des accusations contre des gens. C'était contre mon avis. Ce qui s'est passé, c'est que la GRC a fait l'annonce suivante à toutes les survivantes en général: « Composez ce numéro si vous avez déjà été stérilisée sans votre consentement et nous les poursuivrons. » J'ai ensuite reçu des appels de femmes terrifiées chez elles, car la police frappait à leur porte. Je leur ai dit qu'elles n'étaient pas obligées de répondre à la porte. Elles étaient terrifiées par la police, qui leur demandait de leur dire qui les avait stérilisées. Les choses se sont calmées, mais cela a pris une tournure qui n'avait pas été parfaitement prévue.

Je pense que les survivantes doivent prendre l'initiative dans cette affaire. Ce sont elles qui seront en mesure d'expliquer comment le système de justice peut être plus bienveillant, plus doux et plus utile à leur égard.

Je pense que le projet de loi dissuadera les médecins de procéder à des stérilisations sans consentement. C'est ce que j'espère. J'espère que personne ne sera jamais accusé. J'espère que les médecins poursuivront leur travail si minutieusement, si consciencieusement et si rigoureusement que tous comprendront que cette mesure est indispensable. Il existe tout un cadre de consentement qui est adapté à la culture et qui repose sur une approche tenant compte des traumatismes qui est en place. Il y a des modèles. L'autorité sani-

taire des Premières Nations et les hôpitaux avec lesquels elle travaille disposent de ces modèles en ce moment. Ils peuvent être distribués dans tout le pays et nous pouvons travailler ensemble sur ce dossier. Les survivantes peuvent collaborer avec les hôpitaux et les médecins. Elles peuvent travailler avec la police et les procureurs, au besoin. J'espère que nous n'en arriverons jamais là.

Merci de votre question.

[Français]

Ginette Lavack: Il nous reste juste une petite minute.

Vous l'avez mentionné, mais creusons peut-être un peu plus sur le sujet: la santé relève vraiment en grande partie des provinces et des territoires. Comment est-ce que vous prévoyez travailler avec les provinces et les territoires afin de vraiment vous assurer de la mise en œuvre cohérente de ce projet de loi?

[Traduction]

L'hon. Yvonne Boyer: Je pense que cela nécessite tout un processus de sensibilisation. La sensibilisation doit être au cœur de la démarche. Il s'agit d'un projet de loi fédéral. Le Code criminel est très strict. Mettons en place des plans de sensibilisation très solides et collaborons directement avec chaque province afin de ne pas en arriver là. Le cercle des survivants compte également des représentants provinciaux. Dans la mesure du possible, elles peuvent également aller travailler au sein de leurs communautés, comme une sorte de graine. Semons ces graines. Faisons ce travail sur le terrain.

Le président: Merci beaucoup.

[Français]

Madame Gill, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

• (1145)

Marilène Gill: Merci beaucoup, monsieur le président.

Sénatrice Boyer, je vous remercie encore une fois.

J'ai une question pour compléter tout ce qui a été dit lors du tour de mes collègues. Ça concerne le projet de loi, bien entendu, et plus précisément l'infraction de voies de fait relativement aux mutilations. Évidemment, il y a eu concertation et vous avez parlé avec des personnes survivantes. Quelle était l'idée derrière ce changement que vous souhaitez apporter quant à la stérilisation forcée, entre voies de fait et mutilation?

[Traduction]

L'hon. Yvonne Boyer: Parlez-vous du changement que je souhaitais apporter en l'intégrant dans cette partie du Code criminel?

[Français]

Marilène Gill: Oui.

[Traduction]

L'hon. Yvonne Boyer: D'accord. Je pense que l'essentiel, c'est que le projet de loi comporte la disposition de précision afin qu'il n'y ait aucune ambiguïté quant à sa nature et qu'il s'inscrive parfaitement dans les dispositions relatives aux voies de fait graves. Étant donné qu'il existe une jurisprudence établie à ce jour selon laquelle le cadre du consentement dans les dispositions relatives aux voies de fait... Les dispositions relatives aux voies de fait existent depuis très longtemps et sont bien établies; la partie concernant la stérilisation s'intégrerait donc dans des dispositions déjà bien ancrées. Il n'y aurait aucune ambiguïté. Il serait tout à fait clair que la stérilisation sans consentement constitue des voies de fait graves.

[Français]

Marilène Gill: Merci beaucoup.

Merci, monsieur le président.

[Traduction]

Le président: Monsieur Melillo, vous disposez de cinq minutes.

Eric Melillo (Kenora—Kiiwetinoong, PCC): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie, sénatrice, d'être parmi nous et, bien sûr, d'avoir pris l'initiative de soulever cette question.

Le sujet a déjà fait l'objet de nombreuses discussions, je vais donc m'efforcer de ne pas trop vous obliger à vous répéter, mais je tiens tout de même à souligner que la stérilisation forcée demeure un problème très répandu. Bien franchement, je pense que c'est quelque chose que beaucoup de gens qui n'ont pas été personnellement touchés par cette pratique auraient du mal à croire.

Je sais que j'ai parlé à des gens de ma région qui appuient ce projet de loi, mais ils le considèrent plutôt comme un geste symbolique parce qu'il ne s'attaque pas, selon eux, à un problème répandu dans tout le pays. Je pense que certaines des informations que vous avez déjà fournies feraient sourciller des gens et en choqueraient et inquiéteraient beaucoup, à juste titre. Je me demande simplement si vous pourriez nous en dire plus sur le fait que la stérilisation forcée n'est pas seulement un problème qui appartient au passé; c'est un problème qui est encore très présent dans la société d'aujourd'hui.

L'hon. Yvonne Boyer: Avec plaisir. Je veux vous raconter une histoire à propos de Katy Bear. Il y a quelques années, je voyageais tard dans la nuit. Je roulais ma valise dans un hôtel et il y avait une réceptionniste toute seule à l'arrière, tard dans la nuit. Je me suis approchée d'elle et je lui ai dit: « Bonsoir. Je viens faire mon enregistrement. » Elle m'a répondu: « Oh, bonsoir. Vous êtes la célèbre sénatrice. » J'ai répondu: « Eh bien, je ne suis pas célèbre, mais je suis sénatrice. » Elle a dit: « Vous êtes la sénatrice qui lutte contre la stérilisation. » Je l'ai regardée et elle m'a regardée, puis elle s'est mise à pleurer. Elle a dit: « Ils m'ont fait ça quand j'avais 21 ans et que j'avais déjà quatre enfants. J'ai maintenant 35 ans et j'ai un nouveau partenaire avec qui je souhaite avoir un autre enfant. » Qui s'attend à entendre une telle révélation à l'improviste? Je veux dire, j'étais en larmes. Elle était en larmes et je lui ai dit: « Je vous soutiendrai de toutes les manières possibles. Je ferai tout ce que je peux avec les ressources dont je dispose et je vous aiderai à obtenir ce dont vous avez besoin. »

J'en suis restée là pendant un certain temps. L'histoire de Mme Bear, c'est qu'elle voulait désespérément un bébé. Elle souhaitait recourir à la fécondation in vitro, mais elle n'en avait pas les moyens. Elle a réussi à tomber enceinte, mais il s'agissait d'une

grossesse extra-utérine. Lorsqu'une personne a une grossesse extra-utérine, la grossesse se développe dans la trompe de Fallope. Il s'agit d'une urgence et le médecin doit retirer cette trompe, ce qui signifie qu'elle a subi une ablation de la trompe. Il faut noter qu'il y avait un clip sur l'autre trompe. Après ça, un médecin a pu l'aider en pratiquant une chirurgie pour réparer sa trompe et, comme par miracle, elle est tombée enceinte. Elle avait moins de 5 % de chances de tomber enceinte, mais elle est tombée enceinte. En mars dernier, la petite Sage est née. Elle a maintenant 1 an.

Elle se trouvait à Saskatoon. Elle était une mère expérimentée et elle s'est rendue à l'hôpital parce qu'elle sentait que le bébé ne bougeait pas et qu'elle approchait de la date prévue pour l'accouchement. À son arrivée à l'hôpital, elle a été amenée dans la salle de traumatologie, au même endroit où elle avait été stérilisée il y a 20 ans. Une fois sur place, le médecin, qui était également professeur, lui a dit: « Oh, votre bébé se présente en siège. Il faut procéder immédiatement à une césarienne, sinon nous devons le retourner. Oh, en passant, voulez-vous vous faire stériliser pendant que vous y êtes? » Cela s'est passé en mars dernier. Elle a été complètement traumatisée. C'était le même hôpital où elle avait été stérilisée 20 ans auparavant. Le médecin avait lu son dossier et lui avait posé la question. Était-ce le moment approprié, dans une salle de traumatologie, pour se faire stériliser? Voyons donc.

Oui, cela arrive tous les jours. Cela se produit en ce moment même. Quand je quitterai cette salle, quelqu'un viendra sans doute me parler et me dire que cela lui est arrivé ou est arrivé à quelqu'un qu'il connaît. Chacun d'entre vous connaît sans doute quelqu'un.

• (1150)

Le président: Merci beaucoup.

Eric Melillo: Merci de votre réponse.

Si le président me le permet, j'aimerais poser une dernière question.

Le président: Allez-y.

Eric Melillo: De toute évidence, le projet de loi traite des aspects juridiques de la stérilisation forcée et vise à préciser clairement qu'il s'agit d'une agression. Dans vos remarques liminaires et dans certaines de vos réponses, vous avez également parlé de la mise en place de pratiques de consentement plus rigoureuses. Il ne me reste plus beaucoup de temps, mais je vous invite à nous en dire davantage sur l'élaboration de ces pratiques de consentement et sur le processus pour y parvenir.

L'hon. Yvonne Boyer: Oui. Le consentement repose sur quatre piliers. Nous allons en parler. C'est important. Vous avez raison.

Tout d'abord, la personne doit avoir la capacité de prendre des décisions. C'est l'un des piliers. Elle doit pouvoir le faire sans que ses facultés soient affaiblies par le stress, des médicaments ou l'accouchement. On ne peut pas demander à quelqu'un en train d'accoucher: « Hé, voulez-vous vous faire stériliser? » Ça ne marche pas. Ce n'est pas un consentement. Tous les risques, toutes les conséquences et toutes les options doivent être clairement communiqués. La patiente doit disposer de suffisamment de temps et d'un environnement convenable pour réfléchir, poser des questions et revoir sa décision. Enfin, ce choix doit être libre de toute contrainte: aucune pression, aucune menace et aucune influence induite qui pourrait amener la patiente à privilégier une option plutôt qu'une autre.

Ce sont là les quatre piliers du consentement et ils sont très importants. Il s'agit tout simplement du consentement. Lorsqu'on a affaire aux peuples autochtones, il faut tenir compte de toute l'histoire de la colonisation et des traumatismes, ainsi que des conséquences des pensionnats autochtones sur cinq générations de personnes. Le projet de loi aura également des répercussions sur les personnes handicapées, car il mettra fin à cette situation et aura un effet dissuasif. La communauté des personnes handicapées m'a fait savoir qu'il est extrêmement important. En réalité, lors de l'étape de la deuxième lecture à la Chambre, nous en avons entendu parler. Nous avons entendu à quel point il est important pour les personnes handicapées et les personnes intersexuées. La communauté noire nous a dit que plus de 250 femmes n'ont pas simplement été stérilisées; elles ont subi une hystérectomie. On a retiré leur utérus sans leur consentement.

La stérilisation forcée touche effectivement les personnes vulnérables, les Autochtones et les personnes handicapées. La question du consentement doit être examinée. C'est un point essentiel. Je dirais que l'autorité sanitaire des Premières Nations est un bon point de départ pour se pencher sur le sujet.

Le président: Merci beaucoup de votre réponse.

Monsieur Hanley, si vous avez des questions, vous avez la parole.

Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci.

Je vous remercie, sénatrice, de tout le travail que vous avez accompli et de votre histoire très émouvante sur le chemin qui vous a menée jusqu'ici.

Je pense qu'il est important de réaffirmer à quel point nous sommes tous stupéfaits que la stérilisation forcée soit encore pratiquée dans les temps modernes; toutefois, ayant exercé la médecine pendant la majeure partie de ma carrière, je tiens aussi à m'assurer que les organisations qui expriment leurs préoccupations au sujet du projet de loi aient l'occasion d'être entendues. Je pense que les principales préoccupations dont j'ai pris connaissance de la part d'organisations comme la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et la Fédération des femmes médecins du Canada... Elles craignent que l'introduction de cette disposition dans le Code criminel n'ait un effet dissuasif sur la procédure de consentement relative à la stérilisation.

Vous et moi avons eu une brève discussion. Je sais que l'article 45 couvre ce point, mais on craint également que cet article n'ait pas encore vraiment été mis à l'épreuve dans ce contexte. J'aimerais vraiment que vous abordiez ce sujet et que vous nous disiez ce que vous pensez de la manière dont cette préoccupation devrait être traitée.

• (1155)

L'hon. Yvonne Boyer: Merci.

Le projet de loi S-228 a été soigneusement conçu pour lutter contre la stérilisation sans consentement et ne criminalise pas les soins légaux, médicalement nécessaires ou prodigués avec le consentement de la patiente. Les obligations des médecins de respecter les normes professionnelles, les lignes directrices réglementaires et les obligations éthiques restent inchangées. Le projet de loi S-228 ne modifie pas ces devoirs. Au contraire, il les renforce et apporte des précisions juridiques.

À titre d'exemple, j'aimerais parler du Dr Andrew Kotaska. Le Dr Kotaska travaillait à l'hôpital territorial Stanton, à Yellowknife.

Il était chef du service d'obstétrique. Il est un auteur bien connu dans les domaines du consentement et des soins aux Autochtones. Il a diagnostiqué un kyste ovarien chez une femme inuite. Je crois que c'était en 2019. En 2020, il avait obtenu son consentement pour lui retirer la trompe de Fallope et l'ovaire droits, au besoin. Cependant, une fois dans la salle d'opération, il a dit: « Voyons si je peux trouver une raison de retirer l'autre aussi », et c'est ce qu'il a fait. Il a retiré l'ovaire gauche et l'ovaire droit, ce qui l'a rendue stérile. Une poursuite de 6,5 millions de dollars a été intentée contre lui. Il a été réprimandé pour cet acte. Il a comparu devant l'association médicale. À l'issue de l'audience, il a écopé d'une amende de 20 000 \$ et d'une suspension de cinq mois, qu'il a déjà purgée. À l'heure actuelle, il pratique la médecine en Colombie-Britannique.

Je pense que le projet de loi aurait eu un effet dissuasif. Sur le moment, il se serait peut-être dit: « Avant de prendre l'ovaire de gauche, je ferais mieux de m'arrêter un instant pour réfléchir à ma décision, car il existe une mesure en place qui pourrait me causer de sérieux ennuis. » Je ne sais pas si la Société des obstétriciens et gynécologues a puni Andrew Kotaska, mais je sais qu'il s'en est tiré essentiellement avec une tape sur les doigts. C'est ce genre de cas que nous ciblons. Ce projet de loi serait très utile dans des cas comme celui-là.

Brendan Hanley: Me reste-t-il du temps?

Le président: Vous avez 30 secondes.

Brendan Hanley: Je pense que les circonstances décrites dans les mémoires que nous avons tous reçus ont trait à des situations d'urgence, notamment des hémorragies graves, où il peut être nécessaire de prendre une décision en une fraction de seconde au sujet d'une hystérectomie d'urgence. J'espère avoir l'occasion de poser cette question à l'Association médicale canadienne. Je sais qu'elle s'est prononcée en faveur du projet de loi, mais je pense qu'il est important d'entendre le point de vue de tous les intervenants du milieu médical sur ce sujet.

Pourriez-vous nous dire en quelques mots ce que vous pensez de la possibilité d'une situation d'urgence dans laquelle un médecin pourrait hésiter à procéder à une intervention susceptible de sauver une vie?

L'hon. Yvonne Boyer: Le projet de loi ne modifie aucunement l'article 45 du Code criminel. Une fois que les médecins auront bien compris ce fait grâce aux politiques de sensibilisation efficaces de leurs organisations, de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, de l'Association médicale canadienne et de leurs organisations provinciales... Rien ne change pour l'instant. Les médecins continuent à prodiguer des soins d'urgence. Ce projet de loi n'interfère en aucune manière.

• (1200)

Le président: Merci beaucoup de votre réponse.

Voilà qui conclut la première partie de notre réunion.

Sénatrice Boyer, je vous remercie infiniment de votre travail, de votre détermination et de votre grand cœur. Votre témoignage était vraiment remarquable, je vous remercie donc infiniment de nous avoir amenés à entreprendre cette importante tâche.

Je vais suspendre la séance et inviter nos prochains témoins à se joindre à nous ici à cette table.

Chi-meegwetch.

• (1200) _____ (Pause) _____

• (1205)

Le président: Nous reprenons la séance.

Nous commencerons à recueillir le témoignage du deuxième groupe cet après-midi. Je tiens à souhaiter la bienvenue aux témoins de ce deuxième groupe.

Avant de commencer, je souhaite souligner la nature délicate de ce témoignage. Mesdames et monsieur les témoins, si vous avez besoin de prendre une pause, il vous suffit de lever la main et nous interrompons la séance. Cela ne pose aucun problème. Si vous avez besoin de quoi que ce soit, n'hésitez pas à lever la main pour nous le faire savoir. Merci beaucoup.

Plus tôt, lors de la comparution du premier groupe, j'ai rappelé aux téléspectateurs que s'ils ressentent de la détresse ou sont troublés par ces délibérations, il existe une ligne d'écoute, la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être, qui est accessible 24 heures sur 24, sept jours sur sept, à tous les Autochtones du Canada au 1-855-242-3310.

Merci beaucoup et *chi-meegwetch* à tous les témoins de se joindre à nous aujourd'hui.

De l'Association médicale canadienne, nous accueillons la Dre Margot Burnell, présidente. De l'Association des femmes autochtones du Canada, nous avons la Dre Jennifer Leason, professeure agrégée à l'Université de Calgary. De Femmes autochtones du Québec inc., nous accueillons Marjolaine Étienne, présidente, par vidéoconférence. Du Cercle des survivants pour la justice reproductive, nous avons le Dr Don Wilson, gynécologue-obstétricien; Harmony Redsky, directrice exécutive; Silvia McKay, agente de soutien aux survivants; et Shelby Ponace, agente de soutien aux survivants.

Chi-meegwetch à vous tous.

Vous disposerez chacun de cinq minutes pour raconter votre histoire et dire tout ce que vous souhaitez.

Merci.

Commençons par la Dre Burnell.

Dre Margot Burnell (présidente, Association médicale canadienne): Merci, monsieur le président.

Je reconnais avec gratitude que nous sommes rassemblés aujourd'hui sur le territoire ancestral non cédé de la nation algonquine anishinabe et je salue son intendance de ces terres au fil des générations.

Je suis la Dre Margot Burnell. À titre de présidente de l'Association médicale canadienne, ou AMC, j'ai le privilège de représenter les médecins en exercice et en devenir de partout au pays et, par leur entremise, leur patientèle. Je vous remercie de m'avoir invitée à vous présenter le point de vue de l'AMC concernant le projet de loi S-228, Loi modifiant le Code criminel relativement aux actes de stérilisation.

L'AMC condamne sans équivoque la stérilisation forcée et contrainte. Ancrées dans le racisme systémique et la discrimination, ces pratiques constituent de graves violations des droits de la personne et de l'autonomie corporelle. Elles ont causé des dommages irréversibles et des traumatismes intergénérationnels durables, par-

ticulièrement chez les femmes, les filles et les personnes bispirituelles autochtones, ainsi qu'auprès de leur famille.

Dans le passé, les gouvernements et certaines structures du milieu médical ont activement soutenu des pratiques visant à réduire les taux de natalité chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi qu'au sein des communautés noires et chez les personnes présentant des vulnérabilités multiples liées à leur ethnicité, à une déficience ou à des déterminants sociaux et structurels de la santé. Cet épisode de notre histoire n'est pas encore derrière nous.

L'Association médicale canadienne s'engage à respecter les normes les plus élevées en matière d'éthique et de soins aux patients. Toutefois, nous devons reconnaître le rôle que notre profession a joué dans ces pratiques contraires à l'éthique.

Nous avons pris des mesures concrètes en fait de responsabilisation et de changement systémique. En septembre 2024, l'AMC a présenté des excuses officielles au nom de la profession médicale, reconnaissant le rôle joué par le système médical et les médecins du Canada dans les torts passés et actuels causés aux peuples autochtones. Elle a également réaffirmé son engagement collectif à améliorer les résultats en matière de santé pour les communautés autochtones et à parvenir à une véritable réconciliation, en partenariat avec ces communautés.

La même année, la présidente de l'AMC a exprimé sa solidarité envers les survivantes de la stérilisation forcée et contrainte et a salué la création du Cercle des survivants pour la justice reproductive, un organisme à but non lucratif qui offre du soutien aux personnes survivantes et milite en faveur de la justice reproductive pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

Dans le cadre de ses efforts continus visant à apporter des changements systémiques, l'AMC a participé activement à diverses initiatives législatives pour remédier à ces injustices. Dans cette optique, l'AMC publiera une version révisée de son code d'éthique et de professionnalisme afin d'améliorer le libellé et de renforcer les dispositions relatives à la lutte contre le racisme et la discrimination contre les Autochtones, notamment en ce qui a trait aux conditions ayant permis la persistance des stérilisations forcées et contraintes.

Aujourd'hui, nous réitérons notre engagement indéfectible à l'égard de la protection des droits et de la dignité de toute personne au Canada, notamment en exprimant notre appui total au projet de loi S-228, qui repose sur un principe fondamental: toute personne a le droit de prendre ses propres décisions en matière de reproduction.

Selon ce projet de loi, les interventions médicales entraînant la stérilisation réalisées sans le consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause du patient constituent des voies de fait graves, sauf dans des circonstances exceptionnelles où le consentement ne peut être obtenu, telles que certaines urgences médicales. Cette clarification permettra de mieux sensibiliser les médecins, les patients ainsi que les organismes de réglementation.

L'intention du projet de loi est claire: affirmer que l'autonomie corporelle et le pouvoir décisionnel appartiennent ultimement aux patients, de sorte à leur assurer une entière liberté de choix en matière de reproduction. Pour concrétiser cette intention, nous devons mettre en place une formation ciblée, adopter des approches coordonnées et établir des protocoles de consentement rigoureux, afin de garantir que les professionnels de la santé comprennent et appliquent adéquatement les nouvelles normes juridiques et respectent l'autonomie des patients.

Nous croyons que ces changements peuvent être réalisés grâce à une collaboration entre les organisations médicales, les organismes de réglementation et les sociétés de spécialistes, en partenariat avec des personnes ayant une expérience vécue du système de santé, notamment les dignes leaders du Cercle des survivants pour la justice reproductive.

● (1210)

Ces modifications proposées au Code criminel représentent une étape importante vers la justice et elles nous obligent tous à en faire plus. Nous devons mettre fin au racisme systémique qui touche les Premières Nations, les Inuits et les Métis, tant dans les hôpitaux que dans l'ensemble du système de santé. Dans le cadre de la réforme du système, nous devons rester fidèles aux piliers de l'éthique médicale: traiter chaque patient avec dignité et respect, reconnaître les vulnérabilités individuelles, soutenir l'autonomie dans les décisions liées à la santé et lutter contre les iniquités en matière de soins.

Nous sommes solidaires des personnes survivantes et nous nous engageons à poursuivre nos efforts concertés pour mettre un terme à la stérilisation forcée et contrainte au Canada.

Merci. *Meegwetch.*

● (1215)

Le président: Merci, docteur Burnell.

Docteur Leason, vous avez la parole pour cinq minutes.

Jennifer Leason (professeure agrégée, University of Calgary, Association des femmes autochtones du Canada): Merci, monsieur le président, sénatrice Boyer et mesdames et messieurs les membres du Comité.

Je m'appelle Jennifer Leason et je suis membre hors réserve de la Nation des Anishinabe de Minegoziibe, au Manitoba. Je suis professeure à l'Université de Calgary et titulaire de la chaire de recherche sur le bien-être maternel et infantile des Autochtones des Instituts de recherche en santé du Canada.

Je veux commencer par les mots suivants: *abinoojii bimaadiziwin gagwewin*. En anishinaabemowin, il n'existe pas de mot spécifique pour désigner le cordon ombilical. On le décrit plutôt de manière relationnelle, et il se traduit comme suit: *abinoojii* signifie le bébé ou l'enfant, *bimaadiziwin* signifie vivre une bonne vie, et *gagwewin* signifie quelque chose qui soutient et relie.

En droit matriarcal anishinabe, le cordon ombilical symbolise la manière dont la vie naît du lien. Ce cordon est un lien entre la mère et l'enfant, ainsi qu'avec les générations passées, présentes et futures. À travers ce cordon s'opère un échange. Les nutriments circulent vers le bébé, et les déchets métaboliques retournent vers la mère. Ce cordon nous enseigne que les soins sont donnés à l'autre et que la responsabilité incombe à ceux qui en ont la capacité. Ceux qui possèdent cette capacité, cette force et ce pouvoir ont la respon-

sabilité de veiller à ce que la protection prime sur la séparation. La séparation, qu'il s'agisse de couper le cordon ombilical trop tôt ou de ligaturer les trompes utérines sans consentement, coupe la vie de son lien vital.

C'est pourquoi je soutiens la recommandation qui vous est présentée aujourd'hui. Nous avons la responsabilité de reconnaître que la stérilisation sans consentement constitue un préjudice au sens du Code criminel.

La stérilisation sans consentement ne se produit pas de manière isolée. Elle est rendue possible par les conditions qui façonnent la santé des femmes et qui entravent le consentement éclairé. En tant que titulaire d'une chaire de recherche du Canada et ayant travaillé au sein de divers systèmes et diverses institutions au cours des 20 dernières années, je souhaite vous parler de certaines de ces conditions.

Premièrement, en tant que chercheurs, nous ne disposons pas de données cohérentes, fiables ou fondées sur les distinctions en matière de santé sexuelle, reproductive ou périnatale pour les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Même là où des systèmes nationaux existent, comme le système de surveillance périnatale de l'Agence de la santé publique du Canada, ils ne comprennent pas suffisamment de données et de méthodes propres aux Autochtones, ni nos propres mesures de mieux-être. Nous avons besoin de plans d'action pour les données autochtones.

Dans deux de nos projets, il a fallu plus de cinq ans pour obtenir l'accès aux données et aux renseignements. Non seulement cela retarde la prise de décisions fondées sur des données probantes, mais cela entrave également le processus de réconciliation en retardant la mise en œuvre là où le temps est un facteur essentiel.

La santé sexuelle, reproductive, maternelle et infantile ainsi que la santé des femmes sont en concurrence avec des priorités urgentes alors que les communautés continuent de faire face à la crise. Nous avons besoin d'investissements stables dans la promotion de la santé et la prévention.

À cela s'ajoute le manque d'accès à des programmes et à du soutien en matière de services de santé communautaires, sûrs et durables. Dans le cadre de nos projets, nous avons constaté que 23 % des mères autochtones, contre 2 % de la population générale, parcourent plus de 200 kilomètres pour bénéficier de soins de santé périnataux et accoucher dans notre pays. Parallèlement, le gouvernement fédéral dépense plus de 150 millions de dollars chaque année pour le transport médical et l'évacuation obstétricale. C'est de l'argent qui pourrait être mieux utilisé.

Nous avons besoin d'infrastructures et d'investissements durables en matière de santé, en particulier pour la résurgence de la profession de sage-femme autochtone et du travail d'accompagnement à la naissance. À mon avis, nous devons payer à des membres de la population locale un salaire local pour soutenir la population locale.

Enfin, en tant qu'Anishinaabekwe, fille, sœur, tante et mère, je tiens à dire que nous devons continuer à éduquer et à autonomiser nos femmes, nos filles et les personnes qui font de l'accompagnement à la naissance afin qu'elles comprennent leurs droits et la véritable signification du consentement, et qu'elles n'aient pas peur de dire non ou de tenir tête au pouvoir.

Ce projet de loi constitue une étape importante vers la mise en place d'une réponse juridique claire, mais la criminalisation n'élimine pas le système qui est à l'origine des préjudices. Comme le dit l'enseignement sur le cordon ombilical, nous devons faire porter la responsabilité à ceux qui ont la capacité d'agir.

Je tiens à remercier chacun d'entre vous pour ce que vous avez fait jusqu'à présent.

Chi-meegwetch.

Le président: *Chi-meegwetch.*

Nous allons maintenant entendre Marjolaine Étienne, par vidéo-conférence.

Vous disposez de cinq minutes.

[Français]

Marjolaine Étienne (présidente, Femmes autochtones du Québec inc.): *Kwei*, bonjour. Je m'appelle Marjolaine Étienne. Je suis de la nation innue et je suis la présidente de Femmes autochtones du Québec.

Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour votre invitation.

Je représente Femmes autochtones du Québec, une organisation à but non lucratif fondée en 1974 qui cumule plus de 50 ans d'expérience dans la défense des droits fondamentaux des femmes et des filles des Premières Nations.

Nous appuyons le projet de loi S-228, mais ces avancées demeurent incomplètes. La réponse proposée demeure largement centrée sur la responsabilité pénale individuelle et ne permet pas de s'attaquer aux causes profondes des stérilisations imposées.

Les pratiques des stérilisations imposées à l'égard des femmes autochtones renvoient à un phénomène pancanadien répertorié dans plusieurs provinces. Elles s'inscrivent dans un continuum de violences structurelles et institutionnelles qui ne constituent pas des dérives ponctuelles du système de santé, mais l'expression contemporaine de rapports de pouvoir profondément ancrés dans l'héritage colonial.

Les travaux de la professeure Suzy Basile appuient l'analyse centrale selon laquelle les stérilisations imposées doivent être comprises comme des violences systémiques issues du colonialisme médical. Son rapport propose une documentation approfondie du phénomène au Québec selon une approche centrée sur les témoignages de femmes autochtones et les systèmes institutionnels.

Au Québec, au moins 22 cas ont été répertoriés entre 1980 et 2019, bien que ce chiffre soit vraisemblablement sous-estimé en raison des obstacles à la dénonciation et à la reconnaissance de ces pratiques. Plusieurs femmes rapportent que leur consentement a été sollicité dans des moments de grande vulnérabilité, notamment lors de l'accouchement.

Femmes autochtones du Québec a siégé au comité de recherche de la première partie de cette étude, contribuant à l'orientation des travaux et à leur ancrage dans les réalités vécues dans les communautés. Un second rapport de recherche sera rendu public sous peu.

Le racisme systémique constitue un facteur déterminant dans la compréhension des stérilisations imposées, puisqu'il est un obstacle majeur à l'accès à des soins de santé reproductive sûrs et équitables.

Une étape déterminante dans la reconnaissance judiciaire préliminaire du caractère potentiellement systémique des pratiques des stérilisations imposées a été franchie, alors qu'on a autorisé une action collective intentée par des femmes atikamekw de Manawan contre des institutions du réseau de la santé québécois.

L'intervention de Femmes autochtones du Québec pour obtenir cette autorisation a permis de situer les faits dans un cadre plus large de rapports de pouvoir, de discrimination et d'héritage colonial, dépassant une lecture individualisée des situations. La cour a souligné l'impact concret de notre intervention, qui lui a permis d'affirmer que le racisme systémique est un fait social qui ne peut raisonnablement être contesté, confirmant qu'il s'agit désormais d'un cadre d'analyse juridique pertinent.

Le contexte québécois demeure marqué par une contradiction institutionnelle profonde. Alors que les tribunaux reconnaissent le racisme systémique comme un élément structurant de l'analyse juridique, on observe un refus politique persistant d'en reconnaître explicitement l'existence au sein des institutions publiques. Cette tension crée un angle mort qui fragilise la cohérence des réponses institutionnelles et compromet l'efficacité des mesures visant à prévenir et à sanctionner les violations des droits fondamentaux des femmes autochtones.

Le projet de loi S-228 constitue une avancée significative dans la reconnaissance et la lutte contre les stérilisations imposées au Canada, notamment grâce à la criminalisation explicite, à la reconnaissance du consentement libre et éclairé et à la prise en compte du contexte colonial et du racisme systémique.

Malgré ces avancées, la réponse proposée demeure largement centrée sur la responsabilité pénale individuelle, ce qui ne permet pas, comme je l'ai dit, de s'attaquer aux causes profondes des stérilisations imposées. Ces limites sont particulièrement préoccupantes dans le contexte québécois, où plusieurs obstacles structurels persistent et où la non-reconnaissance politique du racisme systémique constitue un obstacle transversal majeur.

● (1220)

À la lumière de ces constats, Femmes autochtones du Québec recommande l'adoption rapide du projet de loi S-228 ainsi que l'intégration de définitions claires, strictes et contextualisées du consentement libre, préalable et éclairé au projet de loi.

Nous recommandons également la reconnaissance explicite du racisme systémique.

Nous recommandons aussi l'adoption de mesures structurelles complémentaires visant à prévenir les violations des droits reproductifs, à enquêter sur celles-ci et à les réparer.

De plus, nous recommandons la mise en place de mécanismes indépendants de surveillance, d'enquête et de traitement des plaintes.

Enfin, nous recommandons la mise en place de mécanismes systématiques de collecte de données désagrégées comprenant notamment l'identité autochtone, le genre et le territoire afin de démontrer l'ampleur du phénomène, le tout accompagné d'un accès au financement. De telles données permettraient également de cerner les facteurs de risque et d'évaluer l'efficacité des mesures adoptées.

Le projet de loi S-228 représente une avancée importante, mais qui demeure insuffisante. La responsabilité pénale à elle seule ne peut traiter des dimensions systémiques. La Charte d'égalité entre les femmes et les hommes des Premières Nations, adoptée par le conseil d'administration de Femmes autochtones du Québec, constitue un outil fondamental sur lequel nous continuerons de nous appuyer pour garantir le respect des droits individuels et collectifs des femmes autochtones, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive.

Je vous remercie beaucoup.

• (1225)

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Passons maintenant au Cercle des survivants pour la justice reproductive. Nous allons commencer par le Dr Don Wilson.

Dr Don Wilson (gynécologue-obstétricien, Cercle des survivants pour la justice reproductive): Je remercie le président et tous les membres du Comité de m'avoir invité à témoigner aujourd'hui.

Je suis le Dr Don Wilson, gynécologue-obstétricien, et j'exerce en tant que généraliste dans ce domaine depuis près de 20 ans. J'ai terminé ma formation en résidence en 2006 et, avec la Dre Robin Johnson, j'ai été l'un des deux premiers gynécologues-obstétriciens issus des Premières Nations à obtenir son diplôme au Canada. Je suis membre de la nation Heiltsuk et originaire de Bella Bella, en Colombie-Britannique.

Le Cercle des survivants pour la justice reproductive m'a demandé de vous faire part de mon point de vue sur la question de la stérilisation forcée ou contrainte et sur la nécessité que le projet de loi S-228 soit adopté sans amendement.

En tant que membre du comité d'experts du Cercle des survivants pour la justice reproductive, j'ai été chargé d'examiner les demandes d'adhésion au cercle des survivants. L'adhésion au cercle garantit l'accès à un certain nombre de ressources de soutien mises à la disposition des survivantes de stérilisation forcée ou contrainte, notamment un soutien psychologique et des consultations, un accompagnement culturel favorisant la guérison, la mise en relation avec d'autres survivantes, et même l'accès à des techniques de procréation assistée dans certains cas.

Le problème le plus frappant que j'ai relevé en examinant les dossiers des candidates est celui du consentement éclairé insuffisant pour les interventions ayant abouti à la stérilisation. C'est un thème quasi universel dans toutes les demandes: les soins médicaux prodigués reposaient souvent sur un processus décisionnel médical solide, mais les patientes n'étaient pas suffisamment informées ni sensibilisées au sujet des procédures qu'elles subissaient. Ce n'est qu'avec le recul que les patientes ont compris qu'elles avaient perdu leur capacité de procréation et avaient été stérilisées.

En tant que gynécologue-obstétricien de près de 20 ans d'expérience, je connais très bien l'éventail des situations cliniques qui peuvent rendre difficile un choix éclairé ou un refus éclairé. Je suis tout à fait conscient du fait que certaines situations cliniques peuvent rendre un choix éclairé valable pratiquement impossible, comme une hémorragie mettant la vie en danger chez une patiente instable. Il existe même un débat en cours au sein de la profession quant à savoir si les discussions sur le consentement que nous avons avec les patientes qui doivent finalement subir une césa-

rienne, par exemple, sont valables, car ces discussions ont souvent lieu lorsque la patiente ressent de la douleur, est épuisée ou est soumise à un stress physiologique important.

Je suis ici pour tenter de mettre l'accent sur l'expérience des survivantes qui ont été stérilisées sans avoir bénéficié d'un processus de consentement approfondi. Nous savons en médecine que le consentement n'est pas simplement une signature sur un formulaire officiel. Au cours de notre formation médicale, on nous enseigne que le consentement est un processus continu et qu'il peut être retiré à tout moment par le patient avant l'achèvement d'une intervention proposée. On nous enseigne que les éléments d'un consentement valide dépendent de l'établissement d'une relation de confiance avec nos patients et que l'information doit être communiquée de manière accessible au patient. Nous devons nous assurer que nos discussions sur le consentement sont pleinement comprises en demandant aux patients de confirmer qu'ils ont bien compris ce dont nous avons parlé. Nous devons passer en revue certains éléments essentiels des traitements proposés, tels que la description de l'intervention ou du traitement lui-même, les risques qui y sont associés, dont les risques courants, les risques peu courants et les risques rares mais catastrophiques, toute solution de rechange à l'intervention proposée, et toutes les complications possibles. En tant que cliniciens, nous avons la responsabilité de guider les patients tout au long du processus de consentement tout en nous assurant qu'ils comprennent bien et acceptent de manière continue les traitements ou interventions proposés.

Il existe de grandes possibilités d'amélioration au sein de la profession médicale pour atteindre ces objectifs. Dans le cas de la stérilisation forcée ou contrainte, je pense qu'il y a eu une évolution au fil du temps; on est passé d'une mise en œuvre paternaliste, fondée sur l'eugénisme et menée par les médecins de la stérilisation non consensuelle à la situation actuelle, le principal problème étant, selon moi, l'incapacité à garantir un consentement adéquat. Il y a également l'effet réciproque des préjugés et du racisme qui peut influencer le jugement des médecins qui pratiquent des interventions de stérilisation.

En tant que cliniciens, nous devons cesser de nous contenter de cocher des cases et nous engager véritablement dans ce processus. Il existe des réalités dans la pratique de la médecine qui rendent difficile l'obtention d'un consentement pleinement éclairé, mais cela ne nous dispense pas de notre responsabilité de tout mettre en œuvre pour atteindre cet objectif.

Dans le domaine des soins de santé reproductive, cela revêt une importance capitale, car les répercussions sont considérables, et un échec peut entraîner une souffrance et une détresse permanentes pour nos patientes. Les conséquences d'une stérilisation non consentie s'étendent au-delà des patientes; elles touchent leur famille, leur communauté et, dans le cas des Autochtones, l'ensemble de leur nation.

• (1230)

Le projet de loi S-228 établit un cadre juridique clair en matière de consentement éclairé pour la stérilisation. Cela n'existait pas auparavant et comble une lacune juridique dans la législation canadienne.

Je reconnais les préoccupations de nombre de mes collègues, qui s'inquiètent d'un effet dissuasif sur les soins de santé reproductive, de la politisation de ces soins et du risque de conséquences imprévues; cependant, j'appuie l'adoption du projet de loi S-228 sans autre amendement. J'espère que ce projet de loi servira de puissant catalyseur pour que la profession médicale renforce nos processus en matière de consentement éclairé pour les actes de stérilisation, en particulier pour les personnes les plus vulnérables aux lacunes de ces processus, telles que les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis.

Le président: Merci, docteur.

Nous allons maintenant entendre la directrice exécutive, Mme Harmony Redsky.

Harmony Redsky (directrice exécutive, Cercle des survivants pour la justice reproductive): [*Le témoin s'exprime en anishinaabemowin et fournit un texte en anglais dont voici la traduction:*]

Bonjour. Mon nom est Femme du centre du ciel. J'appartiens au clan de l'Aigle de la Première Nation Wasauksing. Je suis des nations Bodéwadmi et Haudenosaunee.

[Traduction]

Je m'appelle Harmony Redsky. Je suis directrice exécutive du Cercle des survivants pour la justice reproductive. Le Cercle des survivants pour la justice reproductive travaille avec des survivants inuits, métis et des Premières Nations de tout le pays et représente des femmes, des hommes, des personnes bispirituelles, LGBTQ+ et non binaires.

Pour situer mon expérience dans ce contexte, je suis la fille d'une survivante de la stérilisation forcée. Ma mère est allée au service de chirurgie d'un jour d'un hôpital régional voisin pour une intervention de routine, mais lorsqu'elle s'est réveillée quelques heures plus tard, encore étourdie, elle avait été stérilisée. Cela s'est produit à son insu et sans son consentement. Bien qu'étourdie et sous sédatifs, elle s'est immédiatement sentie violée, comme si elle n'avait aucun contrôle sur la situation. Elle était encore en âge de procréer et avait prévu d'avoir d'autres enfants en plus de mon petit frère et moi.

Lorsque j'ai parlé à ma mère de mon engagement au sein du Cercle des survivants pour la justice reproductive, elle m'a regardée et m'a demandé: « Est-ce que ça veut dire que je suis une survivante? » De telles réactions sont de plus en plus courantes de nos jours, à mesure que le cercle des survivants se développe partout au pays et établit un contact avec de plus en plus d'Autochtones qui ont vécu cette situation.

La sénatrice Yvonne Boyer et les survivantes ont mis des mots sur les actes atroces auxquels les Autochtones sont encore exposées chaque jour. Le travail du cercle des survivants vise principalement à mettre en lumière l'expérience vécue par les survivantes et les répercussions considérables de la stérilisation forcée et contrainte sur leur famille, leur vie et leur communauté.

À la suite de la publication des rapports du Sénat de 2021 et 2022 sur la stérilisation forcée et contrainte au Canada, le Cercle des survivants pour la justice reproductive a été créé en réponse directe à ces rapports, afin de mettre en œuvre leurs recommandations, ainsi que celles formulées en 2018 à l'intention du Canada par le comité des Nations unies contre la torture et d'autres formes de traitements cruels et inusités.

En moins de deux ans, nous avons réussi à mettre en œuvre un certain nombre de ces recommandations, notamment la création d'un organisme national composé de survivants autochtones de tout le pays; la création d'un registre national respectant les lois fédérales et provinciales sur la protection de la vie privée tout en honorant les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession; la mise en place d'archives nationales destinées à conserver les dossiers et les témoignages des survivants qui ont eu le courage de partager leurs expériences vécues; et la création d'un fonds de soutien à la guérison qui offre une aide directe aux survivants ainsi qu'un accès aux technologies de procréation assistée, à des possibilités de guérison et à un soutien en matière de santé mentale.

Le registre et les archives nationaux comprennent un système national de collecte de données qui recense les dates, les médecins, les hôpitaux, le nombre de stérilisations forcées, les types de stérilisation contrainte, les autres systèmes dont les patients ont pu relever, ainsi que les récits des survivants, afin d'évaluer l'ampleur des stérilisations forcées et contraintes dans ce pays. Le cercle des survivants établit une base de référence sur la stérilisation forcée et les différents types de contrainte subis par les Autochtones. Nous identifions des schémas de comportement non seulement chez les médecins et le personnel infirmier, mais aussi au sein d'institutions, de régions et de politiques profondément enracinées à l'échelle nationale. À mesure que le registre s'étoffe, nous constatons qu'il s'agit d'un problème très actuel, car des personnes de partout au pays ont été stérilisées depuis 2020 alors qu'elles étaient encore en âge de procréer. La personne qui s'est jointe au groupe le plus récemment a été stérilisée en 2024.

Le registre montre clairement que, dans près de 100 % des cas répertoriés, le médecin n'a pas obtenu le consentement éclairé du patient. Au contraire, des actes délibérés et préjudiciables ont été commis à l'encontre de ces patients. Les systèmes ne sont pas les seuls responsables de ce dérapage. Certains médecins ne font pas preuve de la diligence requise.

• (1235)

Il est essentiel que le Cercle des survivants pour la justice reproductive bénéficie d'un soutien pour poursuivre ce travail, car il s'inscrit directement dans la lignée des objectifs du projet de loi S-228, qui vise à criminaliser de manière précise et claire la stérilisation forcée et contrainte. Ce n'est pas seulement important, c'est aussi un acte de réconciliation, comme le soulignent les appels à la justice lancés par la Commission de vérité et réconciliation, et un moyen de faire connaître la vérité à la grandeur du pays, soit qu'il s'agit d'un génocide qui se poursuit encore aujourd'hui.

Grâce au projet de loi S-228, les survivants de la stérilisation forcée et contrainte sont reconnus et leurs expériences vécues sont mises en lumière, à la vue de tous les Canadiens et du monde entier.

Meegwetch. Nia:wen.

Le président: *Meegwetch*, madame Redsky.

Nous allons maintenant entendre Mme Silvia McKay, agente de soutien aux survivants.

Silvia McKay (agente de soutien aux survivants, Cercle des survivants pour la justice reproductive): Bonjour. Je vous remercie de me donner l'occasion de vous faire part de mon expérience.

Je m'appelle Silvia McKay. Je suis une femme crie de 52 ans de la Première Nation de Peepeekisis, en Saskatchewan. J'ai déjà témoigné sous le nom de Sylvia Tuckanow.

Je suis une survivante. J'ai été stérilisée contre ma volonté à l'âge de 29 ans. Le 9 juillet 2001, je me suis rendue à l'hôpital universitaire Royal de Saskatoon, en Saskatchewan, alors que j'étais en plein travail. J'ai donné naissance à un petit garçon en bonne santé, avec mon défunt mari à mes côtés. Peu après la naissance, j'ai entendu mon mari dire: « Je ne signerai pas ça. » Personne ne m'a rien demandé ni rien expliqué à propos de ce qu'on lui avait demandé.

Lorsque mon mari est rentré à la maison pour rejoindre nos autres enfants, je me suis retrouvée là-bas sans aucun soutien. On m'a emmenée en fauteuil roulant dans un ascenseur vers une autre pièce. Je ne me souviens pas si je suis montée ou descendue, car j'étais désorientée par l'accouchement et les effets des analgésiques. On m'a placée devant cette pièce, près de la porte. J'ai réussi à jeter un coup d'œil à l'intérieur de la pièce, qui m'était inconnue. J'ai automatiquement ressenti de la peur. J'ai commencé à essayer de me diriger vers l'ascenseur, mais je n'y suis pas parvenue, car un homme s'est approché derrière moi et m'a ramenée vers cette pièce. Je lui ai dit que je ne voulais pas, mais il ne m'a pas écoutée. Je ne savais pas exactement à quoi je m'opposais à ce moment-là, mais j'avais un mauvais pressentiment, car personne ne m'avait expliqué ce qui se passait. J'ai ressenti de la terreur et de la peur lorsqu'on m'a emmenée dans cette pièce.

Quelques infirmières m'ont entourée — je ne sais pas exactement combien — pour me préparer à une péridurale. J'avais déjà une canule de péridurale qui sortait de mon dos depuis l'accouchement, alors je me demandais pourquoi elles avaient besoin d'en poser une autre. Je n'arrêtais pas de demander si celle qui était déjà dans mon dos pouvait être utilisée. J'essayais de gagner du temps, je crois. Je n'arrêtais pas de trouver des excuses. Pendant tout ce processus, je n'arrêtais pas de dire: « Non, je ne veux pas faire ça. » Je pleurais sans pouvoir m'arrêter, mais personne ne m'écoutait. J'ai dit « non » de nombreuses fois. J'ai été complètement ignorée par tout le monde dans cette pièce.

J'étais tellement vulnérable et impuissante. Mes jambes ne fonctionnaient pas bien, à cause de l'accouchement et de la première péridurale. On m'a mise sur ce lit, et j'étais terrifiée. Je n'arrêtais pas de pleurer. Je faisais aussi de l'hyperventilation, à cause de la position dans laquelle on m'avait mise sur ce lit. Ma tête était plus basse que mon corps, et j'étais attachée à ce lit. Je demandais sans cesse au chirurgien s'il avait fini. Il ne m'a pas répondu avant la fin de l'intervention. Quand il a eu terminé, il m'a dit: « Voilà: ligaturé, coupé et cautérisé. Rien ne passera par là. » De plus, une odeur de brûlé flottait dans l'air, et jusqu'à aujourd'hui, je ne peux pas expliquer cette odeur. Ce qui s'en rapproche le plus serait du canard ou du poulet brûlé.

J'ai ressenti un soulagement. Je sortais de cette salle. On m'a ensuite ramenée à la maternité, et c'est là que j'ai enfin pu tenir mon fils dans mes bras.

Cette expérience terrifiante a laissé un vide en moi. Je ne me sentais plus comme une femme. J'ai une peur panique des hôpitaux et des médecins. J'ai vécu avec le souvenir de cette expérience pendant 14 ans avant de raconter mon histoire en 2016. Je pensais que ce n'était arrivé qu'à moi, mais je sais maintenant que je ne suis pas la seule. Aujourd'hui, je raconte mon expérience à tous ceux qui veulent bien m'écouter.

De plus, en 2017, j'ai raconté mon expérience dans le cadre d'une enquête externe menée par la Dre Judith Bartlett et la sénatrice Yvonne Boyer. À ce moment-là, j'ai enfin eu le sentiment que quelqu'un m'écoutait vraiment, et toutes les émotions liées à mon expé-

rience ont enfin refait surface. J'ai pleuré pendant des jours après cela.

Tout ce que je fais est tellement important pour moi. J'encourage d'autres femmes à se manifester, et je sais à quel point c'est difficile et effrayant. Je travaille au Cercle des survivants pour la justice reproductive en tant qu'agente de soutien. Je fais partie de cette organisation depuis ses débuts. Le travail que j'accomplis fait partie de mon parcours de guérison. Je suis également plaignante dans le cadre d'un recours collectif en Saskatchewan.

● (1240)

Je peux dire que je ne suis plus seule. Notre travail vise à protéger nos générations futures et nos nations contre le génocide. Imaginez tous ces petits esprits qui auraient été présents dans nos vies pour nous enseigner, apprendre de nous et former l'épine dorsale de nations autochtones fortes. Ce qu'ils ont fait à ma famille et à tant d'autres était mal, et ils doivent être tenus responsables de ces horribles tortures et de ces actes génocidaires.

C'est pourquoi le projet de loi S-228 est si important pour protéger nos filles, nos fils et nos petits-enfants et pour garantir qu'ils n'aurent pas à subir ces mauvais traitements. Il est temps d'adopter ce projet de loi.

Je vous remercie encore une fois du temps que vous m'avez accordé.

Le président: Merci, madame Mckay.

Nous avons ensuite Mme Shelby Ponace, agente de soutien aux survivants.

Allez-y, je vous prie.

Shelby Ponace (agente de soutien aux survivants, Cercle des survivants pour la justice reproductive): Bonjour. *Boozhoo* à tous. *Kitchi meegwetch* de m'avoir invitée et de me donner l'occasion de vous faire part de mon expérience.

Je reconnais également ce territoire et je remercie le Créateur de m'avoir permis d'être parmi vous aujourd'hui.

Je m'appelle Shelby Ponace. Mon nom spirituel est Dandelion Woman. Je vous prie de m'excuser; j'apprends encore à prononcer mon nom. Je suis la mère de deux jeunes garçons. Je réside actuellement sur le territoire du Traité n° 1, mais ma communauté d'origine se trouve sur le territoire du Traité n° 4.

En juin 2018, à l'hôpital St. Boniface de Winnipeg, après la naissance de mon deuxième enfant, j'ai subi une ligature des trompes sous la contrainte et sans en avoir été informée, à l'âge de 24 ans. J'ai déjà raconté mon histoire en tant que témoin lors des audiences du comité sénatorial consacrées à l'étude du projet de loi S-250. Depuis, des études ont été menées, des survivantes se sont exprimées, et je peux affirmer avec certitude que le temps est venu d'agir.

À ce moment-là, ma vie s'est effondrée. Ma relation s'est brisée. Mon ancien partenaire a utilisé mon incapacité à avoir d'autres enfants comme prétexte pour quitter notre famille. Je me suis retrouvée à devoir assumer mon rôle de mère tout en étant profondément en proie à une crise d'identité. Je me sentais perdue, non seulement en tant que femme, mais aussi en tant que mère. J'avais du mal à créer un lien avec mon bébé. Au lieu de célébrer ses étapes importantes, je les pleurais, car je croyais qu'elles seraient les dernières pour moi. Ses premières fois devenaient mes dernières. Le fait de ne plus pouvoir choisir a entraîné l'isolement, la rupture et l'effondrement de ma famille et de mes réseaux de soutien.

Pendant mon accouchement, on a tenté de déclencher le travail pendant trois jours. J'ai été confrontée à de multiples problèmes et je n'ai pas donné mon consentement pour les soins qui m'étaient prodigués. On a rompu la poche des eaux sans mon autorisation. Il a fallu plus de 34 heures à mes médecins pour décider de mettre mon fils au monde par césarienne d'urgence. Cela a entraîné une septicémie chez mon bébé et moi. On m'a reproché cette situation. On m'a dit que mon corps nous avait trahis, moi et mon fils. On m'a dit que de futures grossesses mettraient ma vie en danger.

Dans ce moment de crise — sous l'effet de puissants médicaments, effrayée et seule après que mon ancien partenaire a été prié de quitter la salle —, j'ai été abordée par deux médecins qui ont insisté pour que je subisse une ligature des trompes. On m'a dit que si je n'acceptais pas, je mourrais et que mes futurs enfants mourraient aussi. Je ne comprenais pas la procédure, car on ne m'en avait jamais parlé auparavant. Je ne prenais pas une décision éclairée. J'essayais simplement d'assurer la survie de mon fils à naître et la mienne. Ce n'est pas un consentement.

Après la naissance de mon fils et son transfert à l'unité néonatale des soins intensifs, l'intervention a été pratiquée. Je me souviens de l'odeur de chair brûlée. Je me souviens de mes pertes de conscience momentanées. Je me souviens du médecin disant que c'était une bonne ligature — que rien ne passerait par là —, suivi d'un éclat de rire. Ces mots m'ont marquée. Ils reflètent plus qu'une simple intervention. Ils reflètent une intention et un système qui n'ont pas respecté mon corps, mon droit à des soins appropriés et ma dignité.

Aujourd'hui, je suis à la fois membre survivante et agente de soutien aux survivants au sein du Cercle des survivants pour la justice reproductive. Grâce à ce travail, j'ai accompagné des centaines de survivants de tous âges, de tous horizons et de toutes origines partout au Canada. Si chaque histoire est différente, les schémas sont les mêmes: coercition, absence de consentement, silence et profonde méfiance envers le système de santé.

Toutefois, j'ai également été témoin de quelque chose de puissant: la guérison. C'est pourquoi ce travail est important. Il y a des systèmes en place qui protègent les fournisseurs de soins de santé, mais il n'y en a pas assez pour protéger les patients. Cela doit changer. Ce qui aurait changé les choses pour moi, c'est un consentement libre, éclairé et volontaire, sans pression, sans peur et sans isolement. Cela veut dire que ma personne de soutien aurait été présente. Cela veut dire que ma décision d'avoir d'autres enfants aurait été respectée. Aujourd'hui, je vis avec la réalité que mon partenaire et moi n'aurons peut-être jamais ce choix, et cela s'accompagne d'une peur persistante de perte et d'abandon.

• (1245)

Le projet de loi S-228 est nécessaire, non seulement pour ceux et celles qui ont déjà subi des préjudices, mais aussi pour les généra-

tions futures. Il ne s'agit pas d'un problème qui touche uniquement les Autochtones, même si nous sommes touchés de manière disproportionnée. Il s'agit d'une question de droits de la personne, et il s'agit de veiller à ce que les atteintes à l'intégrité physique commises sous la contrainte ne se substituent jamais au consentement.

Pour conclure, je vous demande de garder ceci à l'esprit: si le consentement n'est pas pleinement éclairé, ce n'est pas un consentement. Si les systèmes protègent davantage les professionnels de la santé que les patients, alors ces systèmes doivent être modifiés.

Je tiens à dire *kitchi meegwetch* à la sénatrice Boyer et à son équipe, à Alisa Lombard et à son cabinet, au député Jamie Schmale, à Harmony Redsky et au Cercle des survivants pour la justice reproductive, ainsi qu'à tous nos alliés pour leur plaidoyer et leur soutien continus.

Kitchi meegwetch à mes enfants, à mon partenaire, à ma famille et à ma communauté de toujours être à mes côtés.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes présentes ici aujourd'hui d'avoir pris le temps d'écouter mon histoire et d'entendre la voix des survivants.

J'ai une dernière remarque à faire. Il y a des systèmes en place pour protéger les fournisseurs de soins de santé, mais il n'y en a pas assez pour protéger les patients. Cela doit changer.

Kitchi meegwetch.

• (1250)

Le président: *Kitchi meegwetch*, madame Ponace. Merci beaucoup.

Un grand merci à vous tous pour vos témoignages.

M. Schmale sera le premier à prendre la parole. Il est le parrain du projet de loi à la Chambre.

Nous disposerons de six minutes chacun.

Jamie Schmale (Haliburton—Kawartha Lakes, PCC): Je remercie tous les témoins de nous avoir raconté leur histoire. Je les remercie également pour leurs mots d'encouragement et de leur soutien alors que ce projet de loi franchit les étapes du processus législatif ici.

Je remercie bien sûr la sénatrice Boyer d'avoir continué à faire pression pour le présenter à plusieurs reprises au Sénat et pour le renvoyer à la Chambre. Elle a été une véritable leader et une véritable porte-parole pour ceux qui souhaitent voir des changements être apportés à notre système de justice pénale afin que la stérilisation sans consentement soit traitée comme elle le devrait dans le Code criminel.

Cela me fait mal d'entendre les récits qui ont été racontés, mais ces témoignages poignants nous ont aidés, en tant que parlementaires, à en arriver là où nous en sommes déjà. Pour ceux qui ne le sauraient pas, la Chambre a donné son consentement unanime pour renvoyer le projet de loi en comité sans attendre un vote, ce qui aurait retardé encore davantage. Je tiens à remercier nos collègues du Bloc et du Parti libéral également. Jaime Battiste a effectivement soulevé cette question à la Chambre. Cela nous a tous quelque peu surpris, mais des négociations en coulisses ont permis d'aboutir à ce résultat. Je peux parler en bien de Jaime Battiste puisqu'il n'est pas ici, ce qui aide.

Je vais peut-être simplement poser quelques questions. Je sais que notre temps est limité et qu'il y a beaucoup de choses à dire.

Il a été question à plusieurs reprises au cours de la discussion d'aujourd'hui qu'il faut trouver un équilibre. Il faut créer un équilibre qui garantit des protections pour les professionnels de la santé qui doivent prendre une décision rapide en situation d'urgence, mais aussi, éventuellement, des sanctions pour ceux qui outrepassent ce cadre, y compris en pratiquant un acte de stérilisation sans consentement, comme nous l'ont rapporté plusieurs personnes présentes à cette table aujourd'hui.

Je pourrais peut-être commencer par poser la question à la Dre Burnell, puis nous passerons à Mme Harmony Redsky ou au Dr Wilson.

Êtes-vous d'accord pour dire que cela crée un juste équilibre entre la protection des professionnels de la santé et la garantie que nous ne verrons pas se reproduire certaines des situations dont on nous a parlé aujourd'hui?

Dre Margot Burnell: Je pense que ce projet de loi, tel qu'il est présenté, répond effectivement à cet objectif. Il apporte la clarté nécessaire pour que les médecins puissent pratiquer ces interventions, essentiellement facultatives, lorsque les patientes souhaitent subir une stérilisation ou discuter des options de contraception. Dans ce contexte, elles ont le temps d'examiner les avantages, les inconvénients, les risques, les bénéfices et les options disponibles, ce qui leur permet de réfléchir et de prendre la décision qui leur convient le mieux. Elles peuvent partir, réfléchir et venir à ces rendez-vous accompagnées d'une personne de confiance ou de leur partenaire. Elles ont alors la possibilité d'avoir une discussion approfondie sur leurs objectifs en matière de santé reproductive et de disposer d'une autonomie totale sur ces décisions.

L'équilibre pour les médecins prévu à l'article 45 est toujours présent. Dans le cadre d'une intervention d'urgence non prévue, cela peut faire partie de la procédure lorsque la vie de la personne est en jeu ou qu'il existe un risque de préjudice grave pour elle. Cela constitue le fondement et le recours qui permettent aux médecins de dire qu'ils ont agi avec la meilleure intention possible pour sauver la mère et prévenir une maladie ou une morbidité à long terme. C'est prévu à l'article 45; je pense donc qu'il s'agit d'un équilibre approprié.

• (1255)

Harmony Redsky: Je partage cet avis. D'après ce que nous avons constaté avec le registre et les personnes qui ont soumis des cas au registre, il existe un contraste frappant entre ce qui relève de la stérilisation forcée et contrainte et ce qui constitue une intervention nécessaire à la survie. Au sein du groupe d'experts, nous avons examiné des cas et des demandes qui concernaient une intervention visant à sauver une vie en situation d'urgence. Certains d'entre eux n'ont pas été inscrits au registre, car ils ne correspondaient pas aux critères liés à la stérilisation forcée et contrainte. Je tenais simplement à le préciser.

Le projet de loi ne vise pas à punir les médecins pour avoir pratiqué des interventions tout à fait légales. Il vise les femmes qui n'ont pas donné leur consentement et qui ne le donnent pas dans des circonstances où elles sont particulièrement vulnérables, comme lors d'un accouchement, lorsqu'elles sont complètement inconscientes ou dans d'autres situations de ce genre.

Dr Don Wilson: Si ce projet de loi est adopté, en tant que gynécologue-obstétricien en exercice, je ne changerai pas ma pratique,

car je n'ai rien à changer si je ne pratique pas de stérilisation forcée ou contrainte.

Je pense également que ce projet de loi sera extrêmement important et qu'il servira de catalyseur à un débat beaucoup plus large au sein de la profession médicale, en particulier dans la discipline de l'obstétrique et de la gynécologie, sur la manière dont nous menons le processus de consentement éclairé auprès des patientes afin de garantir sa validité.

Nous n'avons pas vraiment à nous inquiéter de la façon dont ce projet de loi est rédigé si nous ne nous livrons pas à ces pratiques coercitives.

Jamie Schmale: Combien de temps me reste-t-il?

Le président: Votre temps de parole est écoulé, mais étant donné que vous êtes le parrain du projet de loi, vous pouvez prendre quelques libertés.

Jamie Schmale: Merci, monsieur le président.

Je salue le travail qui a été accompli. Le travail que le cercle des survivants a accompli en coulisses partout au pays pour faire entendre la voix des personnes qui ont été victimes de préjudices est tout simplement incroyable.

Ce fut formidable de faire la connaissance de tant de personnes de tout le pays, que je n'aurais probablement jamais rencontrées autrement. Il y a des gens tout à fait remarquables dans ce pays, et j'ai été touché de pouvoir leur parler et d'en apprendre davantage à leur sujet. Ce fut un parcours intéressant, et j'espère que nous parviendrons à mener ce projet à bien pour vous. Je sais que beaucoup d'entre vous déploient beaucoup d'efforts depuis de nombreuses années et sont très près du but. Votre présence ici aujourd'hui témoigne de cette passion et de la motivation que nous avons, en tant que parlementaires, pour mener ce projet à bien.

De plus, cela montre aux personnes qui nous regardent à la maison que les parlementaires travaillent parfois bien ensemble et que nous pouvons faire avancer les choses à Ottawa. Il n'y a pas toujours cette approche combative que l'on voit à la télévision. En réalité, il y a du bon travail qui est accompli en coulisses, et nous faisons bouger les choses pour faire de ce pays un meilleur endroit où vivre.

Merci à tous pour votre passion, vos observations, votre travail et la collaboration dont nous avons fait preuve ici aujourd'hui et au cours des dernières semaines.

Merci, monsieur le président, pour ce temps de parole supplémentaire que vous m'avez accordé. Nous devons continuer dans cette voie lors des prochaines réunions.

Le président: Vous en avez bien profité. Bien dit, mon ami.

Docteur Hanley, vous disposez de six minutes.

Brendan Hanley: Dans un esprit de collaboration, je tiens à vous remercier tous de vos témoignages courageux et de votre présence. Je remercie encore une fois la sénatrice Boyer, qui est toujours dans la salle, je crois, ainsi que M. Schmale pour s'être fait le porte-parole de cette cause extrêmement importante.

Encore une fois, en tant que parlementaires, nous devons poser les questions difficiles et veiller à tenir pleinement compte des avantages et des conséquences imprévues que peut avoir la présentation d'un projet de loi, en particulier lorsqu'il concerne le Code criminel.

Je voudrais revenir sur certains thèmes semblables à ceux soulevés dans les questions que M. Schmale vous a posées concernant la manière dont nous pouvons garantir un juste équilibre dans cette mesure législative, si elle venait à être adoptée. Je tiens notamment à souligner, une fois encore, les mémoires que nous avons reçus de certains groupes médicaux, notamment la SOGC, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada — qui, comme vous le savez, docteur Wilson, est une organisation très respectée — et la Fédération des femmes médecins. Ces deux organisations s'efforcent de souligner à quel point elles soutiennent l'esprit et l'objet de ce projet de loi « afin qu'on mette enfin un terme [...] à la stérilisation forcée », comme le dit la SOGC, « et que ceux qui perpétuent ces agressions contre les femmes soient tenus de rendre des comptes ». Je pense que nous sommes tous d'accord sur l'intention, mais le mémoire de la SOGC, en particulier, souligne « des préoccupations importantes concernant les conséquences imprévues que ce projet de loi pourrait avoir [selon la SOGC] sur l'accès des femmes aux soins de santé reproductive ». Elle souligne également qu'un « instrument législatif » n'est peut-être pas l'outil approprié pour résoudre le problème existant.

J'aimerais que la Dre Burnell et le Dr Wilson en particulier — ainsi que toute autre personne que nous pourrions avoir le temps d'entendre — nous disent simplement comment nous pouvons répondre à ces préoccupations soulevées par les groupes médicaux. Que recommandez-vous, quels conseils nous donneriez-vous pour répondre à ces préoccupations?

Docteur Burnell, vous pouvez peut-être commencer.

• (1300)

Dre Margot Burnell: Je vous remercie de la question.

Nous espérons sincèrement que ce projet de loi ne fera jamais l'objet de contestations. Nous avons entendu aujourd'hui des témoignages poignants sur ce qui se passe au sein des institutions de ce pays. Notre responsabilité est de protéger l'autonomie et le pouvoir de décision des femmes en matière de justice reproductive. Les éléments qui y contribueront sont l'éducation, tant des patientes que des médecins, la détermination des exigences relatives au consentement préalable, libre et éclairé, et la facilitation d'un dialogue entre les patientes et leurs professionnels de la santé.

J'abonde dans le sens du Dr Wilson: si on respecte les principes du consentement préalable, libre et éclairé, on n'a pas besoin de modifier sa pratique.

Dr Don Wilson: Avant d'être invité à participer à cette discussion, j'avais déjà entendu certaines de ces préoccupations, car je suis moi-même membre de la SOGC. Il y a quelques points que j'aimerais souligner.

L'un des arguments avancés pour remettre en question la nécessité réelle de ce projet de loi était que nous disposons déjà de mécanismes pour répondre aux situations de stérilisation forcée et contrainte. La question qui se pose, c'est à quel moment ces mécanismes ont-ils jamais permis de rendre justice aux personnes qui ont subi une stérilisation forcée ou contrainte? Les systèmes actuels sont inadéquats. Comme l'a souligné l'une de nos survivantes, il existe des protections solides pour les médecins confrontés à des poursuites judiciaires, qu'il s'agisse de fautes professionnelles, de négligence ou de plaintes déposées contre eux pour quelque raison que ce soit. L'Association canadienne de protection médicale existe. Il est intéressant de noter que les gynécologues-obstétriciens paient l'une des primes les plus élevées pour cette couverture, prin-

cipalement en raison de problèmes obstétricaux. À ma connaissance, je n'ai jamais entendu parler de patientes ayant obtenu justice grâce aux mécanismes actuels.

J'ai mentionné précédemment que, selon moi, cette loi donnera lieu à des discussions qui n'auraient pas eu lieu autrement au sein de la profession d'obstétrique et de gynécologie. Elle obligera la profession à se mobiliser et à se pencher sur la manière dont nous obtenons le consentement des patientes pour ces interventions. Elle mettra également en évidence l'importance de cette question non seulement pour les médecins qui pratiquent ces interventions, mais aussi pour tous les membres de l'équipe qui y participent. Je ne peux pas pratiquer une intervention chirurgicale sans anesthésiste. Je ne peux pas pratiquer une intervention chirurgicale sans personnel infirmier de salle d'opération. Je ne peux pas pratiquer une intervention chirurgicale sans que les patientes soient admises dans une unité de chirurgie de jour ou une salle d'accouchement. Cela aura une incidence sur l'ensemble du système de soins de santé. Je pense que le moment est venu de nous pencher sur la question du consentement éclairé adéquat, non seulement pour les actes de stérilisation, mais aussi pour bien d'autres interventions et actes médicaux.

En tant que médecin, j'ai souvent entendu des patients me dire, lorsque je leur expliquais, comme je le fais toujours, l'intervention proposée, que c'était la première fois qu'un médecin prenait le temps de leur expliquer le processus. Cela ne devrait pas être le cas. Il devrait être tout à fait normal que les médecins prennent le temps d'expliquer l'intervention, les risques, les autres options, les complications et les séquelles potentielles, mais ce n'est pas toujours le cas.

Je pense qu'il est temps de... Cela incitera les membres de la profession à se mobiliser et à trouver des moyens de s'améliorer. J'ai mentionné dans mon exposé qu'il existe des réalités dans la pratique de la médecine qui rendent extrêmement difficile l'atteinte de cet objectif. Il y a des contraintes de temps. Il y a des pressions liées au volume, et beaucoup de patientes en travail en même temps. Cela ne nous dispense pas d'essayer d'atteindre cet objectif.

Nous le devons à nos patientes, et en particulier à celles qui sont les plus susceptibles de subir une stérilisation forcée et contrainte. En tant que gynécologue-obstétricien autochtone, j'estime que ce filet de sécurité juridique constituera une protection importante pour les Autochtones qui, sans cela, pourraient être soumises à cette pratique.

• (1305)

Le président: Merci beaucoup.

[Français]

Madame Gill, vous avez la parole pour six minutes.

Marilène Gill: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'être parmi nous aujourd'hui, y compris Mme Étienne, qui participe à la réunion de façon virtuelle.

Tout le monde a fait des témoignages de façon courageuse et généreuse. Je crois que nous en sommes au mot de la fin pour ce groupe de témoins. Je laisse aux témoins l'occasion de faire des ajouts s'ils voient qu'il y a des questions que nous, comme élus, n'avons pas posées, mais auxquelles les réponses seraient pertinentes. Je leur laisse la parole le plus possible. On a dit qu'il fallait céder la parole à ceux qui en avaient besoin, alors je les laisse s'exprimer, sans imposer d'ordre ni dire qui peut parler, s'ils veulent ajouter un dernier commentaire, une question ou une proposition.

Merci beaucoup. *Meegwetch.*

[Traduction]

Shelby Ponace: J'ai pris la parole pour le centre pour la vérité et la réconciliation lors d'un dîner-conférence. Cela m'a vraiment ouvert les yeux sur les questions du consentement et de la coercition et sur ce qu'elles signifient pour moi.

Pour donner son consentement, on doit avoir une compréhension totale de la situation, disposer de temps et ne subir aucune pression. Je souffrais, j'étais traitée avec des médicaments et on me disait que je risquais de mourir. Ce n'est pas une situation dans laquelle une personne peut donner son consentement de plein gré et en connaissance de cause.

Je tenais à parler de l'intention des médecins et des répercussions qu'elle peut avoir sur les patients. Les intentions comptent, car elles ont une influence sur les décisions. Qu'ils en soient conscients ou non, les préjugés peuvent influencer sur la manière dont les professionnels traitent leurs patients. Dans mon cas, leurs remarques et leurs actes montraient un manque de respect à mon égard tant pour mon droit à l'autonomie corporelle que pour mon avenir.

Je voulais également parler de l'éléphant dans la pièce, à savoir notre travail à titre d'agents et d'agentes de soutien aux personnes survivantes. J'en accompagne des centaines partout au Canada. Je constate sans cesse la même chose: pression, manque d'information et traumatismes durables. Il ne s'agit pas de cas isolés. La situation perdure.

Je ne sais pas si je peux le mentionner, mais notre financement a été réduit. En tant qu'agentes de soutien aux personnes survivantes, j'ai le sentiment que nous causons autant de mal que les gens qui nous ont fait du mal. Nous rouvrons les blessures de nombreuses personnes, mais les compressions budgétaires nous empêchent de les soutenir pleinement. Je me retrouve à nouveau déconnectée et je ne veux plus entretenir ce lien avec d'autres personnes survivantes, car je ne peux pas leur offrir le soutien dont elles ont besoin. C'est quelque chose de vraiment important pour ces personnes. Une fois qu'elles sont écoutées, elles se sentent vues et appuyées. Le manque de financement va désormais les plonger dans une situation encore plus difficile.

L'une des choses que je tiens vraiment à souligner ici, c'est l'importance du Cercle des survivants pour la justice reproductive, ainsi que de notre travail.

Merci.

• (1310)

Le président: Allez-y, docteur Burnell.

Dre Margot Burnell: Je voudrais simplement ajouter que, du point de vue de l'Association médicale canadienne, cela s'inscrit véritablement dans notre plan d'action pour la réconciliation, dans la

foulée des excuses que l'Association a présentées aux peuples autochtones en septembre 2024. C'est une mesure législative qui a été demandée. Nous avons travaillé avec notre cercle d'orientation stratégique autochtone et nos leaders autochtones au sein de l'Association médicale canadienne pour nous pencher sur la question, écouter les témoignages et les faire connaître.

Une fois encore, il s'agit d'un texte législatif qui s'avère essentiel pour instaurer la confiance et tisser des liens.

Le président: Nous avons quelqu'un en ligne qui aimerait ajouter quelque chose.

Allez-y. Vous avez levé la main.

[Français]

Marjolaine Étienne: Merci. Ce sera mon dernier commentaire.

En fait, il y a un point de vue très particulier au Québec, qui est un élément très important, et c'est celui de la reconnaissance du racisme systémique dans les établissements de santé, notamment.

Il y a effectivement matière à regarder la situation du point de vue médical ou chirurgical, mais, d'un autre côté, il ne faut pas oublier que les femmes autochtones ont des droits, et elles doivent pouvoir, une fois pour toutes, les faire valoir également. L'injustice qui a été vécue dans le passé et la vérité qui est exprimée publiquement aujourd'hui à l'aide de rapports et de témoignages de femmes du Québec sont des éléments extrêmement importants.

Si on ne travaille pas sur la reconnaissance du racisme systémique au Québec, on va juste mettre des pansements sur la plaie. Vous savez comme moi que, en ce qui concerne les médecins et les infirmières, si on ne travaille pas sur la source du problème, il est certain que, d'année en année, la plaie finira par s'infecter.

Je tiens aussi à remercier et saluer les femmes qui comparaissent en comité parlementaire pour parler avec courage de leur histoire. Leurs témoignages rejoignent également ceux que j'ai entendus de femmes autochtones de partout au Québec.

[Traduction]

Le président: Merci.

Merci à tous de vos importants témoignages. Ils sont très utiles.

Merci au parrain et à la marraine du projet de loi: le député Schmale et la sénatrice Boyer.

Avant de demander la levée de la séance... Je sais que le Comité souhaite procéder sans tarder. Je demanderais donc aux députés de réfléchir aux témoins à faire comparaître dans le cadre de l'étude du projet de loi S-2. Nous nous réunirons jeudi au sujet du projet de loi actuellement à l'étude, à notre retour, et nous espérons la terminer, ce qui signifie que nous passerons ensuite au projet de loi S-2. Veuillez nous faire parvenir votre liste de témoins pour le projet de loi S-2 d'ici vendredi. Ainsi, le greffier pourra commencer à planifier le tout.

Chi-meegwetch à tous. Merci beaucoup pour votre courage. Merci d'avoir raconté vos expériences.

Ai-je la permission de lever la séance?

Des députés: Oui.

Le président: Merci.

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 des communes.

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 :
<https://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: <https://www.ourcommons.ca>