



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

45<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION

---

# Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 027**

Le jeudi 26 mars 2026

---

Président : Terry Sheehan





## Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

Le jeudi 26 mars 2026

• (0820)

[Traduction]

**Le président (Terry Sheehan (Sault Ste. Marie—Algoma, Lib.)):** Bonjour, tout le monde. Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue à la réunion n° 27 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 au Règlement de la Chambre, le Comité poursuit son étude du projet de loi S-228, Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation).

Avant de commencer, je tiens à rappeler à toutes les personnes qui suivent nos délibérations qu'il existe une ligne d'aide, la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être, qui est accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à tous les Autochtones du Canada, au 1-855-242-3310. Si quelqu'un ressent de la détresse durant nos délibérations, je l'encourage à composer ce numéro.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à notre premier groupe de témoins.

Nous accueillons la Dre Lisa Richardson, de l'Université de Toronto, et Mme Karen Stote, professeure agrégée, Études sur les femmes et le genre, de la Wilfrid Laurier University, qui comparaissent à titre personnel. De l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, nous recevons Mme Liliane Brassard, vice-présidente. Du Collège des médecins du Québec, nous accueillons le Dr Mauril Gaudreault, président, et Me Linda Bélanger, directrice des affaires juridiques et secrétaire adjointe, qui comparaissent tous les deux par vidéoconférence. De la Fédération des femmes médecins du Canada, nous recevons la Dre Modupe Tunde-Byass, gynécologue-obstétricienne et professeure, Faculté de médecine, Université de Toronto. De l'Association nationale Femmes et Droit, nous accueillons Me Amanda Therrien, avocate et chercheuse féministe, par vidéoconférence.

Nous passerons ensuite aux questions.

Pour les participants en ligne, vous pouvez lever la main, et le greffier et moi vous verrons.

Tout le monde a fait un test vidéo, alors j'espère que tout fonctionnera bien.

J'ai un rappel à faire concernant l'interprétation. Vous pouvez soit garder l'écouteur dans l'oreille, soit le placer loin du micro sur les petits emplacements prévus à cet effet sur votre table. Veillez à ce que votre micro soit éteint pour protéger la santé des interprètes.

Tout le monde disposera de cinq minutes, et nous commencerons avec la Dre Lisa Richardson, qui comparaît à titre personnel.

Allez-y, je vous prie.

**Dre. Lisa Richardson (professeure, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, à titre personnel):** Bonjour et merci, monsieur le président et honorables membres du Comité permanent.

Je suis la Dre Lisa Richardson. Je suis d'origine anishinabe du côté de ma mère et je fais partie du territoire non cédé de Wiikwemkoong.

Je suis spécialiste de la médecine interne à l'Hôpital général de Toronto et professeure de médecine à l'Université de Toronto.

J'occupe plusieurs fonctions dans le domaine de la santé des Autochtones, notamment en tant que fondatrice du Cercle national pour la formation médicale en santé autochtone, responsable stratégique de la santé des Autochtones au Women's College Hospital, présidente du Comité sur la santé des Autochtones et membre du conseil d'administration du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Je vous remercie de me donner l'occasion de discuter avec vous de l'importance du projet de loi S-228 aujourd'hui.

Il est malheureusement bien établi que des femmes autochtones, des filles et des personnes bispirituelles ont été contraintes de subir une stérilisation alors que la procédure n'était ni dans leur intérêt ni de leur plein gré, et qu'il n'y avait aucune nécessité médicale. Cette pratique a été étudiée à fond et a été mise au jour par l'honorable sénatrice Yvonne Boyer, qui a présenté le projet de loi.

Cette modification au Code criminel précise clairement aux femmes que le consentement devrait toujours être préalable, donné librement et en connaissance de cause et qu'elles peuvent retirer leur consentement à tout moment sans coercition. La criminalisation explicite de la stérilisation forcée est une étape importante en vue de tenir les individus responsables de leurs actes.

Il est toutefois tout aussi important que les femmes autochtones et les personnes bispirituelles aient accès à des soins de santé reproductive de qualité. Il faut disposer de matériel éducatif exhaustif et adapté à la culture pour faciliter la prise de décisions éclairées pour les patients et offrir des soutiens destinés aux Autochtones tels que des intervenants pivots et des guérisseurs traditionnels.

Notre système de soins de santé a besoin de plus de médecins, de sages-femmes, d'infirmières, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels issus des communautés autochtones, qui non seulement offrent des soins adaptés à la culture des peuples autochtones, mais qui sont également à la tête de la transformation du système de santé.

Les hôpitaux doivent recenser et communiquer les cas de racisme en tant qu'indicateurs de la qualité. Tous les étudiants en médecine et les médecins en exercice doivent entendre les histoires des survivants de la stérilisation forcée. Ils doivent comprendre les nombreux aspects du processus de consentement: il est libre et donné volontairement, sans pression, coercition ou manipulation; il est sollicité avant toute intervention médicale, laissant le temps de comprendre et de prendre une décision; il est éclairé, si bien que des renseignements sont fournis sur la nature, les risques, les avantages et les solutions de rechange; il est adapté à la culture, si bien que les soins de santé sont fournis d'une manière qui respecte la culture, les valeurs et les croyances des peuples autochtones, reconnaissant la nécessité d'offrir des soins non discriminatoires.

Les médecins doivent faire preuve d'introspection et comprendre leurs propres préjugés. Ils doivent être attentifs aux rapports de force qui existent dans la relation entre le patient et le fournisseur de soins et s'efforcer de les atténuer.

Pour conclure, je tiens à souligner le travail de l'organisme Survivors Circle for Reproductive Justice pour soutenir les survivants de stérilisation forcée et revendiquer des changements apportés à ce projet de loi, ainsi qu'à celui de l'honorable sénatrice Yvonne Boyer.

Merci. *Meegwetch* de m'avoir donné l'occasion de prendre la parole aujourd'hui.

**Le président:** Merci, docteur Richardson.

Karen Stote, professeure agrégée, dispose maintenant de cinq minutes.

**Karen Stote (professeure agrégée, Études sur les femmes et le genre, Wilfrid Laurier University, à titre personnel):** Bonjour. Merci, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité.

Je mène des recherches sur la stérilisation forcée des femmes autochtones depuis une vingtaine d'années. J'ai écrit deux livres sur le sujet, et je soutiens pleinement les survivants de la stérilisation forcée, ainsi que leurs aspirations et leurs besoins. Le projet de loi S-228 est un outil qui contribuera à confirmer les mécanismes de consentement existants dans un cadre médical et à préciser clairement que les professionnels de la santé s'exposent à des conséquences s'ils ne respectent pas leurs obligations. Je joins ma voix à celle des autres témoins qui ont comparu devant votre comité pour appuyer le projet de loi.

Je suis ici pour rappeler à ce comité et au gouvernement que, comme certains l'ont déjà souligné, nous parlons d'une solution coloniale à un problème colonial qui perdure. Si on ne s'attaque pas à la source du problème, la situation continuera de s'aggraver. Si nous ne nous attaquons pas au contexte qui mène à la stérilisation forcée, les expériences de coercition vécues par les Autochtones risquent de se poursuivre ou de prendre simplement une autre forme.

Les Autochtones ont été stérilisés en vertu d'une législation eugénique à partir des années 1930. Plus de 1 200 stérilisations ont également eu lieu dans le Nord et dans des hôpitaux autochtones gérés par le gouvernement fédéral à la fin des années 1960 et dans les années 1970. À l'époque, il y avait des problèmes en matière de consentement éclairé, de racisme et de paternalisme de la part des représentants du gouvernement et des professionnels de la santé. De plus, le contexte était marqué par le colonialisme et l'affaiblissement de la souveraineté politique et de la souveraineté en matière de reproduction des Autochtones. La médecine occidentale a été

imposée comme un outil du colonialisme, et les pratiques autochtones en matière de santé, de guérison et d'accouchement ont été minées.

Ce contexte est en grande partie resté. Après 1970, la stérilisation forcée s'est poursuivie sous le couvert de la planification familiale. La pratique a servi à contrôler la population, l'accès à la terre et la répartition des ressources. Des modifications fédérales au Code criminel apportées en 1969 ont décriminalisé la contraception et rendu la stérilisation plus accessible, ouvrant la voie à des activités de planification familiale partout au Canada. Cela a joué un rôle déterminant dans la poursuite des stérilisations forcées. La modification a été influencée par les discussions internationales entre les pays occidentaux et les entreprises qui exploitaient les terres, les ressources et les gens à des fins lucratives partout dans le monde. C'est une raison pour laquelle les expériences des Autochtones d'ici sont semblables à celles des Autochtones aux États-Unis, en Amérique centrale, en Amérique du Sud, en Australie, en Asie, en Afrique et dans certaines régions de l'Europe, où les intérêts des entreprises ont également exploité les terres autochtones à des fins lucratives et où des personnes ont également été stérilisées de force.

Mon analyse de 30 ans de politiques et de pratiques en matière de planification familiale en Saskatchewan, qui a commencé en 1970, montre comment les préoccupations du gouvernement concernant la pauvreté et les naissances chez les jeunes mères célibataires a risqué mettaient le plus souvent l'accent sur les femmes et les filles autochtones. La planification familiale était considérée comme une façon de lutter contre la pauvreté et de réduire les dépenses publiques en abaissant le taux de natalité chez les personnes qui ont recours aux services sociaux, sans se pencher vraiment sur les véritables causes de la pauvreté. C'était également une façon de garantir un accès continu aux terres autochtones à des fins lucratives, car la pauvreté dont souffrent les peuples autochtones est indissociable du colonialisme.

En 1978, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il adopterait une approche plus proactive à la planification familiale, et la province de la Saskatchewan a relevé que le taux de natalité autochtone était la tendance démographique la plus importante pour les 25 années à venir. Cette année-là, les Indiens inscrits ont commencé à être sur-représentés parmi les personnes stérilisées dans la province. Entre 1970 et 2018, 10 654 Indiens inscrits ont été stérilisés en Saskatchewan. Cela n'inclut pas les Indiens non inscrits ou les Métis.

La stérilisation constitue une option reproductive légitime lorsqu'elle est consentie, mais l'histoire regorge de témoignages d'Autochtones qui soulèvent la possibilité et la réalité de la coercition et qui insistent sur la nécessité de la souveraineté politique et de la souveraineté en matière de reproduction pour protéger contre cette forme de génocide.

Les entreprises dans l'économie politique canadienne continuent d'exploiter les terres autochtones à des fins lucratives. Le colonialisme se poursuit. Il existe un lien entre ce phénomène et le racisme systémique dans les soins de santé et ailleurs, et c'est un élément important du contexte nécessaire pour comprendre pourquoi la stérilisation forcée continue de se produire et quels changements profonds doivent être apportés pour y mettre fin.

La criminalisation ne suffira pas à régler les problèmes si rien ne change dans d'autres aspects de notre relation collective avec les peuples autochtones et leurs terres. Je vous exhorte, en tant que représentants élus et être humains, à adopter le projet de loi S-228. Ayez le courage de continuer de travailler avec les peuples autochtones pour mettre fin à la violence contre eux et leurs terres.

Je vous remercie de m'avoir écoutée.

• (0825)

**Le président:** Je vous remercie.

Nous entendrons maintenant Liliane Brassard, de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec.

La parole est à vous.

[Français]

**Liliane Brassard (vice-présidente, Association des obstétriciens et gynécologues du Québec):** Bonjour, monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité.

Je m'appelle Liliane Brassard. Je suis vice-présidente de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec. L'AOGQ représente plus de 500 médecins spécialistes dévoués qui se sont engagés à assurer des soins sécuritaires, accessibles et, surtout, d'une grande qualité pour les femmes.

D'entrée de jeu, permettez-moi d'être claire: nous reconnaissons pleinement les injustices graves et inacceptables qu'ont subies certaines femmes, en particulier des femmes autochtones et des femmes en position de vulnérabilité, notamment des stérilisations pratiquées sans consentement. Ces actes sont incontestablement des atteintes profondes aux droits fondamentaux, à la dignité et à l'intégrité des personnes. Ils doivent être dénoncés, ils doivent être sanctionnés comme prévu par la loi et les victimes doivent pouvoir obtenir justice. Nous sommes entièrement d'accord sur l'intention du projet de loi quant à cet objectif. Cependant — et c'est le cœur de notre message aujourd'hui —, nous sommes extrêmement préoccupés par le moyen proposé. Le projet de loi S-228, dans sa forme actuelle, risque malheureusement d'avoir des effets contraires à ceux recherchés.

Pourquoi est-ce le cas? Il est essentiel de rappeler ici que les stérilisations sans consentement sont déjà des actes criminels au Canada. Le cadre juridique existe. Le problème n'est pas un vide législatif, mais un manque d'enquêtes, de poursuites et, surtout, de mécanismes efficaces pour soutenir les victimes.

Plutôt que de créer une nouvelle infraction, nous recommandons que des directives claires soient transmises aux autorités compétentes pour assurer des enquêtes rigoureuses et des poursuites effectives. Il faut aussi renforcer les mécanismes de formation des professionnels de la santé, mais aussi les mécanismes pour les patientes, et renforcer le signalement et l'accompagnement des victimes. De plus, il faut une meilleure coordination entre les instances fédérales et provinciales. Ce sont ces actions qui vont réellement changer la donne.

À l'inverse, selon nous, le projet de loi comporte trois problèmes majeurs.

Premièrement, il y a un risque pour l'autonomie des patientes. La stérilisation, pour bien des patientes, est un choix libre, réfléchi et pleinement consenti. Or, en qualifiant largement ces actes comme des actes de blessures ou de mutilations, sans exception claire liée

au consentement, on risque de créer de la confusion et de la stigmatisation, ce qui pourrait amener des patientes à hésiter à demander un soin qu'elles désirent pleinement.

Deuxièmement, il y a un risque d'effet dissuasif chez les médecins. Le projet de loi introduit une nouvelle infraction criminelle au libellé large, sans mention explicite du consentement. Ce mot, « consentement », n'apparaît nulle part dans la nouvelle infraction. En droit criminel, l'incertitude a une conséquence: ça fait hésiter. En médecine, l'hésitation nuit aux patients. Je soulève à mon tour l'exemple des grossesses ectopiques. Une grossesse ectopique est une grossesse qui est située dans la trompe d'une patiente et qui peut mettre sa vie en danger. Quand on intervient chirurgicalement, c'est une urgence. La patiente est en train de s'exsangüer de sa trompe. Actuellement, le traitement recommandé est de retirer cette trompe qui est totalement endommagée. Dans un contexte flou sur le plan légal, certains médecins pourraient hésiter à procéder au retrait de la trompe, par crainte de poursuites, car ça pourrait causer un risque de stérilisation. Ça peut donc mener à des soins moins optimaux et à plus de complications.

Troisièmement, selon nous, ça risque de détourner l'attention du véritable problème. Créer une nouvelle infection peut laisser croire aux victimes que ces actes n'étaient pas déjà criminels auparavant, ce qui est totalement faux. Le véritable problème, c'est l'application insuffisante du droit existant. Ajouter une loi sans corriger ça ne va absolument rien changer sur le terrain.

L'AOGQ partage pleinement l'objectif de protection et de justice, mais, protéger les femmes, c'est aussi s'assurer que les solutions choisies ne vont pas réduire l'accès aux soins, ne vont pas fragiliser l'autonomie des patientes et ne vont pas créer d'effets indésirables.

La voie la plus responsable demeure une application rigoureuse des lois actuelles, accompagnée de mesures concrètes pour que ceux qui commettent ces crimes soient réellement poursuivis et sanctionnés.

Ce qu'ont vécu ces femmes est inacceptable. Nous devons le reconnaître et, surtout, agir au moyen des bons outils pour que ça ne se produise plus.

Je vous remercie de votre attention.

• (0830)

**Le président:** Merci.

Je donne maintenant la parole pour cinq minutes au docteur Gaudreault, président du Collège des médecins du Québec.

**Mauril Gaudreault (président, Collège des médecins du Québec):** Monsieur le président, monsieur et madame les vice-présidents, membres du Comité permanent des affaires autochtones et du Nord, je vous remercie de donner l'occasion au Collège des médecins du Québec de s'exprimer sur le projet de loi S-228 visant la criminalisation des stérilisations non consenties.

Je suis le président du Collège des médecins du Québec depuis près de huit ans. C'est mon deuxième et dernier mandat, selon nos statuts, et je suis heureux de ce que le Sénat est en train de proposer. Je suis accompagné de M<sup>e</sup> Linda Bélanger, directrice des affaires juridiques du Collège.

L'engagement du Collège à mettre fin à ces pratiques est plein, entier et sans nuances. Au fil des ans, le Collège a dénoncé ces pratiques et a pris fermement position contre les stérilisations imposées, contre la discrimination et contre le racisme systémique. Ce sont des actes qui portent atteinte à l'intégrité, à la dignité et à l'autonomie des femmes.

La publication à l'automne 2022 du rapport de la chercheuse Suzy Basile, de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, sur des cas de stérilisations imposées à des femmes des Premières Nations et inuites a été, au Québec, une onde de choc qui a indigné la population et choqué la communauté médicale.

Le Collège des médecins du Québec a immédiatement mis sur pied un groupe de réflexion. J'ai piloté ce groupe et j'y ai notamment inclus la chercheuse Suzy Basile, Marjolaine Sioui, qui est directrice générale de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, le Dr Stanley Vollant, qui est le premier chirurgien autochtone au Québec, et deux femmes médecins membres de notre conseil d'administration.

Ce groupe de réflexion a produit un rapport clair et sans détour qui contenait sept actions concrètes, que voici: déployer un plan d'action pour s'attaquer au problème des stérilisations et des interruptions de grossesse imposées aux femmes des Premières Nations et inuites; ajouter un préambule au Code de déontologie des médecins pour en teinter tous les articles et proscrire toute discrimination basée sur la culture et l'identité; rendre obligatoire une formation de base en sécurisation culturelle des soins de santé pour les professionnels des directions des enquêtes et de l'inspection professionnelle au Collège des médecins du Québec; promouvoir cette formation auprès de l'ensemble des médecins; revoir et bonifier le contenu de la formation sur le consentement aux soins; informer le public et les médecins des initiatives mises en place par le Collège; et déployer des outils de sensibilisation en matière de santé reproductive en collaboration avec les réseaux des Premières Nations et inuits. Ces actions ont pour la plupart été déployées et, si la situation l'imposait, nous en adopterions d'autres.

Plus largement, le Collège des médecins du Québec a cocréé une formation de base en sécurisation culturelle des soins de santé, en collaboration avec des experts représentant diverses populations marginalisées et discriminées dans les soins de santé. Cette formation permet aux médecins de prendre conscience des biais et des structures qui engendrent des inégalités dans les soins de santé et de comprendre comment y remédier. Notre objectif est de regagner la confiance des femmes, surtout des femmes autochtones.

Au Collège, nous sommes totalement engagés à lutter contre des systèmes ou des structures qui reproduiraient des oppressions ou engendreraient des inégalités de pouvoir envers la population ou au sein des équipes de soignants. Nous sommes déterminés à ce que nos actions fassent en sorte que plus jamais une femme ne subisse une stérilisation à son insu ou contre sa volonté.

Bien que les modifications proposées s'inscrivent dans le contexte particulier d'une loi codifiant les infractions criminelles, il nous apparaît important de vous préciser nos deux attentes dans son application.

Premièrement, le consentement devrait idéalement se faire par écrit, sauf si la situation est urgente. On nous a relaté des cas de consentement accordé pendant l'accouchement alors qu'il n'y avait aucune menace pour la santé de la mère ou de son enfant, dans des contextes de stress ou de grande vulnérabilité.

Deuxièmement, il faudra clarifier, dans les communications qui accompagneront l'adoption du projet de loi, que les médecins qui procèdent à un acte de stérilisation sans consentement dans une situation d'urgence sont à l'abri de responsabilités pénales si l'intervention vise le bien-être de la personne. Autrement, cela découragera des médecins d'effectuer les interventions chirurgicales nécessaires en matière de santé reproductive, par crainte de poursuites criminelles.

La chercheuse Suzy Basile rendra public sous peu un autre rapport sur les stérilisations non consenties. Les premiers signaux indiquent malheureusement que d'autres cas sont survenus. Le Collège en prendra acte et agira.

D'ici là, nous souhaitons que le projet de loi S-228 soit adopté pour définitivement criminaliser les stérilisations non consenties, car c'est aux personnes de faire le choix fondamental d'avoir ou de ne pas avoir un enfant ou plusieurs enfants.

La mission du Collège des médecins du Québec est de protéger le public en veillant à une médecine de qualité. Les stérilisations imposées n'en font pas partie. Nous veillerons à protéger les personnes.

Je vous remercie de votre écoute. Nous sommes prêts à répondre à vos questions.

• (0835)

**Le président:** Merci beaucoup.

[Traduction]

Nous allons maintenant céder la parole à la Fédération des femmes médecins du Canada, à la Dre Modupe Tunde-Byass, gynécologue-obstétricienne et professeure à l'Université de Toronto.

On vous écoute.

**Dre. Modupe Tunde-Byass (gynécologue-obstétricienne et professeure, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, Fédération des femmes médecins du Canada):** Merci, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité, de votre aimable invitation.

Je suis Modupe Tunde-Byass. Je m'adresse à vous aujourd'hui en ma qualité de présidente de la Fédération des femmes médecins du Canada, de gynécologue-obstétricienne et de fournisseur de soins de santé aux femmes noires. La mission de la Fédération des femmes médecins du Canada est de promouvoir le bien-être des femmes tant au sein de la profession médicale que dans la société en général. La FFMC soutient et partage l'intention du projet de loi S-228 de protéger l'autonomie reproductive et de garantir un environnement de soins de santé sûr et inclusif, plus particulièrement pour les femmes issues de communautés marginalisées, qui ont historiquement été victimes de préjudices. Les femmes autochtones ont été touchées de manière disproportionnée par ces actes odieux. La FFMC condamne sans équivoque la stérilisation forcée. Je suis également attristée et déçue par l'inaction et l'absence d'un processus de consentement rigoureux qui aurait garanti l'abolition de la stérilisation forcée dans l'ensemble du Canada.

Après examen et consultation, la FFMC soulève des préoccupations concernant les répercussions imprévues que pourrait avoir le projet de loi S-228 sur la profession d'obstétricien-gynécologue et sur la prestation des services de santé destinés aux femmes, y compris la stérilisation consentie. La politisation et la criminalisation de la santé des femmes réduiront l'accès aux soins et donneront lieu à une perte d'autonomie corporelle et de droits reproductifs. C'est ce pour quoi les femmes se sont battues.

En ce qui concerne l'égalité des sexes en médecine, en 2026, plus de 60 % des étudiants admis en médecine sont des femmes. En 1990, 84 % des obstétriciens-gynécologues en exercice étaient des hommes, tandis qu'en 2020, 64 % étaient des femmes, ce qui est quatre fois plus. On estime que plus de 80 % des résidents en obstétrique-gynécologie et de la plupart des spécialistes en exercice sont des femmes à l'heure actuelle. Cette évolution démographique est cruciale, et les membres de la FFMC s'inquiètent de la criminalisation ciblée d'une profession traditionnellement dominée par les hommes et marquée par un héritage patriarcal, paternaliste et misogyne, qui causera davantage de tort aux femmes. Les femmes occupent maintenant des postes de direction et sont de ferventes défenseuses des droits et de l'autonomie des femmes. La FFMC craint également que l'accès des femmes aux soins de santé reproductive, qui est déjà dans une situation de crise, ne soit encore davantage compromis par la criminalisation, ce qui nuirait à la pratique actuelle et dissuaderait les femmes médecins de choisir cette spécialité.

J'ai discuté avec certains de mes stagiaires en obstétrique-gynécologie, et l'un d'eux m'a dit : « Nous sommes expressément formés à obtenir un consentement sans pression qui tient compte des traumatismes, avec une documentation claire, surtout dans les cas à risque élevé comme les accouchements par césarienne. » Un autre a déclaré : « J'ai pratiqué deux hystérectomies d'urgence pour lesquelles les partenaires avaient donné leur consentement alors que les patientes étaient sous anesthésie générale. Les deux patientes ont survécu, mais elles étaient bouleversées, et l'une d'elles a porté plainte par la suite. Imaginez qu'une procédure pénale soit engagée contre vous en plus de devoir faire face à un procès pour faute professionnelle. En tant que stagiaires, nous n'avons jamais entendu parler de ce projet de loi. La stérilisation forcée est inacceptable. »

En ce qui concerne les risques associés aux soins d'urgence, les médecins qui pratiquent des procédures de stérilisation sans consentement suffisant s'exposent à une peine d'emprisonnement de 14 ans. Dans les situations d'urgence, ma question est la suivante : qui détermine ce qu'est un consentement suffisant ? Dans certains cas, le consentement est obtenu auprès des membres de la famille. Est-ce approprié ? La menace de poursuites criminelles peut amener les médecins à hésiter lors de décisions cliniques cruciales, ce qui entraînerait une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Ces décisions doivent être prises à partir de critères purement cliniques, sans crainte de poursuites pénales. Le fait d'hésiter, même un instant, peut coûter des vies, car chaque seconde compte lors d'une hémorragie active. Par conséquent, le risque d'hésitation est très préoccupant. Aux États-Unis, avec le renversement de l'arrêt *Roe c. Wade*, la criminalisation et l'incertitude juridique ont entraîné de la confusion, une hésitation des médecins et des retards dans les soins, et le manque de femmes médecins a mené à de nombreux décès maternels documentés. Nous devons nous protéger contre ces scénarios dans notre pays, le Canada.

• (0840)

En matière d'éducation et de réglementation, la FFMC est déçue qu'aucun progrès n'ait été réalisé à l'échelle nationale pour élaborer et mettre en œuvre un processus de consentement rigoureux pour prévenir la stérilisation forcée. La FFMC revendique une sensibilisation exhaustive auprès de ses membres. Nous cherchons à collaborer avec une commission nationale composée de médecins autochtones, de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, d'organismes de réglementation, d'associations de protection médicale, d'éthiciens biomédicaux, de sages-femmes et d'autres intervenants afin de mettre en place un processus de consentement d'urgence tout en renforçant les normes professionnelles qui garantiront un soutien solide aux fournisseurs de soins de santé. La FFMC s'engage à mettre fin à la stérilisation forcée et appuie le retrait immédiat de l'autorisation d'exercer des auteurs de tels actes.

En ce qui concerne les conséquences imprévues, les femmes marginalisées ont souvent peu d'occasions de discuter seules avec un fournisseur de soins et en toute sécurité, notamment pour des raisons linguistiques et culturelles. Par exemple, une femme qui — pour des raisons culturelles — n'est pas autorisée à décider seule si elle veut d'autres enfants peut en subir les conséquences négatives. Ces femmes sont déjà les plus à risque de subir des effets négatifs, ce qui pourrait compromettre davantage la qualité de leurs soins et donner lieu à des souffrances humaines. Nous constatons que ces femmes comptent sur leur fournisseur de soins pour les écouter et leur venir en aide. Bien qu'elles soient pleinement informées...

• (0845)

**Le président :** Merci, docteur Tunde-Byass. Le temps est écoulé. Vous pourrez fournir plus de renseignements durant la période des questions, mais nous devons passer au prochain intervenant. Pourriez-vous conclure vos remarques, puis vous pourrez nous en dire plus durant la période des questions ?

**Dre. Modupe Tunde-Byass :** D'accord.

Pour conclure, la FFMC reconnaît les répercussions de la stérilisation forcée parmi les populations autochtones, noires ou marginalisées. La criminalisation ne réglera pas le racisme structurel et la discrimination systémique qui permettent que ces actes odieux se produisent et continuent encore aujourd'hui d'avoir une incidence sur les populations qui méritent l'équité. Compte tenu du manque de clarté et des conséquences imprévues qui entourent le projet de loi S-228, il est recommandé de faire preuve d'une extrême prudence lors de son adoption. La FFMC privilégie l'éducation universelle, le consentement éclairé et la sensibilisation du public, qu'elle considère comme des outils plus efficaces que la criminalisation.

Je vous remercie.

**Le président :** Je vous remercie.

Nous allons maintenant entendre, de l'Association nationale Femmes et Droit, Amanda Therrien, avocate et chercheuse féministe.

Allez-y, je vous prie.

**Amanda Therrien (avocate et chercheuse féministe, Association nationale Femmes et Droit):** Merci à tous. Je m'appelle Amanda Therrien, et je suis avocate-conseil au sein de l'Association nationale Femmes et Droit, l'ANFD. Pour ceux d'entre vous qui ne sont pas familiers avec nos travaux, nous sommes une organisation féministe qui intervient au plan de la réforme législative. Nous comptons plus de 50 ans d'expérience dans la promotion de l'égalité réelle des femmes au moyen de l'éducation juridique et d'une réforme des politiques.

Je suis ici aujourd'hui pour discuter du projet de loi S-228, qui vise à lutter contre la pratique de la stérilisation forcée ou contrainte ici même, au Canada. Nous sommes devant vous aujourd'hui pour présenter certaines recommandations et certains amendements relatifs à ce projet de loi, afin de garantir qu'il traite de la stérilisation forcée ou contrainte, sans pour autant entraîner certains préjudices involontaires.

Notre première préoccupation concernant ce projet de loi est qu'il n'est pas pleinement inclusif sur le plan du genre. Tel qu'il est rédigé, le projet de loi se concentre sur l'anatomie reproductrice féminine: les trompes de Fallope, les ovaires, et l'utérus. Bien que nous reconnaissons que la stérilisation forcée ou contrainte a été largement pratiquée à l'encontre des femmes autochtones, les hommes — et notamment les hommes handicapés —, les personnes intersexuées, ainsi que les personnes non binaires ont également été visés. Nous recommandons donc que cet article fasse plutôt référence aux organes reproducteurs d'une « personne » de manière plus générale.

Ensuite, le projet de loi, dans sa forme actuelle, risque de freiner l'accès aux soins d'affirmation de genre et à la contraception permanente souhaitée. C'est l'une de nos principales préoccupations. Une version antérieure de ce projet de loi ne visait que les interventions ayant pour objectif principal d'empêcher la reproduction, mais ce projet de loi va plus loin. Il vise toute intervention entraînant une prévention permanente de la reproduction. Cela pose problème dans le contexte des soins d'affirmation de genre. Nous voyons souvent des personnes, des organisations et des gouvernements opposés aux soins d'affirmation de genre les décrire comme une forme de mutilation et d'atteinte à l'intégrité physique, ce qui en ferait donc une pratique coercitive. L'un des arguments les plus courants porte sur la prétendue perte de fertilité. Une disposition du Code criminel formulée en termes aussi généraux pourrait être utilisée ou brandie de manière à susciter la peur et l'hésitation chez les prestataires, ce qui limiterait l'accès à ce type de soins vitaux.

Une préoccupation similaire existe en ce qui concerne la contraception permanente consentie. Comme nous l'avons mentionné dans notre mémoire, la question de l'accès à la contraception voulue avait déjà été soulevée lors de l'examen du projet de loi S-250 au cours de la dernière séance. La Dre Diane Francoeur, PDG de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, a fait remarquer qu'il est toujours extrêmement difficile pour les femmes d'obtenir un traitement de stérilisation permanente au Canada, et qu'il existe actuellement une liste d'attente de trois ans en Ontario pour ce type d'intervention. Malheureusement, il ne s'agit plus d'une préoccupation théorique. À la suite de l'adoption du projet de loi par le Sénat, un médecin a contacté l'ANFD pour signaler que son hôpital lui avait donné pour consigne de ne pas proposer de contraception permanente aux femmes. Nous sommes d'avis que ce changement était, au moins en partie, une réaction à ce projet de loi.

Les conséquences sont importantes. Cela se traduit par une diminution du nombre de prestataires, un contrôle accru de l'accès aux soins et davantage d'obstacles, en particulier pour les femmes qui habitent en milieu rural ou dans des zones isolées, ainsi que pour celles qui sont victimes de coercition en matière de reproduction ou de violence familiale et qui pourraient avoir besoin d'accéder à une contraception permanente en toute sécurité et en toute discrétion.

Notre solution à ce problème comporte deux volets. Premièrement, supprimer le segment faisant référence à « tout autre acte exécuté sur une personne qui a pour effet d'empêcher la procréation de façon définitive ». Cette formulation est trop vague, et crée un flou juridique qui dépasse largement le champ d'application visé par ce projet de loi. Deuxièmement, ajouter une garantie claire précisant qu'aucune disposition du présent article ne limite l'accès à la contraception ou aux soins d'affirmation de genre, avec le consentement de la personne concernée.

Enfin, si je peux formuler un point d'ordre technique, ce projet de loi risque de rendre les poursuites pour stérilisation forcée plus difficiles — ou du moins plus complexes —, plutôt que de les faciliter. En l'état actuel du droit, sans ce projet de loi, les interventions chirurgicales non consenties, y compris la stérilisation, constituent des coups et blessures graves. Pour prouver l'existence de coups et blessures graves, il n'est pas nécessaire de démontrer que l'atteinte était permanente. Néanmoins, si l'on examine la définition de l'acte de stérilisation dans le projet de loi S-228, on constate qu'elle est définie comme « 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. ».

Cette définition introduit un élément d'incertitude. En effet, si un procureur décide d'inculper un individu pour voies de fait graves dans le cadre d'une intervention de stérilisation, sera-t-il désormais tenu de prouver que l'empêchement de la procréation est bel et bien définitif? C'est précisément parce que ce point n'est pas tout à fait clair dans ce projet de loi que nous recommandons de supprimer la définition de l'acte de stérilisation. Nous souhaitons mettre l'accent sur l'absence de consentement plutôt que sur des questions médicales invasives et susceptibles de faire l'objet de contestations.

Cela permettrait également d'aligner le projet de loi sur la section relative à la mutilation des organes génitaux féminins, qui contient elle aussi une disposition de précision. Dans sa forme actuelle, le projet de loi n'introduit pas de définition de la mutilation des organes génitaux féminins ni n'exige une perte permanente de fonction; le libellé énumère uniquement les actes qui constituent une forme de mutilation selon le sens juridique de voies de fait graves.

● (0850)

La version finale du projet de loi S-228 que nous proposons serait très succincte. Le libellé se lirait donc comme suit:

268.1 (1) Pour plus de clarté, dans le présent article, les termes « blesser » ou « mutiler » comprennent le sectionnement, l'amputation, la ligature, la cautérisation ou l'ablation des organes reproducteurs d'une personne.

(2) Aucune disposition du présent article ne doit être interprétée comme limitant la capacité des professionnels de santé à fournir des moyens de contraception ou des soins d'affirmation de genre avec le consentement de la personne concernée.

Pour conclure, ce qui a fait défaut jusqu'à présent, ce n'est pas un outil juridique permettant de poursuivre les auteurs de stérilisations forcées ou pratiquées sous la contrainte. C'est la volonté politique. Ce projet de loi, tel qu'amendé, permettra, espérons-le, d'aboutir à davantage de poursuites, mais le droit pénal, à lui seul, ne suffira pas à lutter contre le racisme systémique encore présent au sein de notre système de santé. Nous avons besoin de soins adaptés à la culture, de soins dirigés par des Autochtones, de services en langues autochtones, d'une plus grande responsabilisation des organismes de réglementation du secteur médical et des hôpitaux qui inscrivent le devoir de consentement libre, préalable et éclairé au sein de leurs politiques.

Le Code criminel ne permet pas d'apporter ce type de changements. C'est pourquoi le projet de loi S-228 doit marquer le début, et non la fin, du processus par lequel le Canada doit enfin rendre des comptes par rapport à la pratique de la stérilisation forcée ou contrainte.

Je vous remercie, et j'ai bien hâte de répondre à vos questions.

**Le président:** Merci beaucoup, maître Therrien.

Sur ce, nous allons à présent passer aux questions des membres du Comité.

Monsieur Schmale, à vous la parole pour les six prochaines minutes, je vous prie.

**Jamie Schmale (Haliburton—Kawartha Lakes, PCC):** Merci beaucoup, mesdames et messieurs les témoins, d'être ici aujourd'hui et pour cette discussion fort intéressante.

Je tiens également à remercier M<sup>e</sup> Therrien d'avoir non seulement exposé ses préoccupations au Comité, mais aussi plusieurs suggestions. Je pense que nous aurons l'occasion d'en discuter plus en profondeur.

Je vais commencer par vous poser mes questions, docteur Brassard, puisque vous êtes là. Malheureusement, je vais devoir vous les poser en anglais. Je m'en excuse.

Croyez-le ou non, mon français est tout aussi mauvais que mon anglais...

**Des voix:** Oh, oh!

**Jamie Schmale:** ... je vais donc m'en tenir à ma langue maternelle.

Blague à part, lorsque vous avez défini la position adoptée par votre organisation, et exposé vos préoccupations, avez-vous également pris en compte les personnes interrogées issues de régions où les populations autochtones sont majoritaires, où les gens vivaient au sein de leur communauté et étaient en contact avec... et discutaient avec des personnes qui avaient pu ou non être victimes de stérilisation sans leur consentement?

[Français]

**Liliane Brassard:** En fait, ça concerne absolument tous les endroits au Québec. Nous avons aussi des communautés autochtones à plusieurs endroits.

Je dois vous dire que, dès que le projet de loi S-228 a vu le jour, beaucoup de membres de notre association ont communiqué avec nous pour nous faire part de leur inquiétude. Effectivement, comme on l'a souvent mentionné, avoir accès à un obstétricien-gynécologue est déjà une difficulté pour beaucoup de femmes; avoir accès à des soins de la reproduction représente un autre niveau de diffi-

culté. Je suis gynécologue à temps plein à Drummondville. Je ne suis pas juste vice-présidente de l'AOGQ. Je travaille à temps plein avec des femmes. En gynécologie et obstétrique, je le dis souvent, beaucoup de nos soins touchent aux organes reproducteurs et peuvent entraîner la stérilisation, même si ce n'est pas un objectif primaire. C'est certain que nous sommes extrêmement inquiets de voir que cette accessibilité pourrait s'en trouver réduite.

Pour ce qui est du consentement, nous en avons parlé à plusieurs reprises. Que veut dire le consentement? Est-ce que c'est une signature? Est-ce que c'est le dossier? Est-ce que c'est la compréhension de la patiente? C'est extrêmement complexe.

Par ailleurs, la médecine suit une évolution quand même différente. Je vous dirais qu'au Québec actuellement, dans les nouvelles cohortes, 92 % des étudiants admis en obstétrique et gynécologie sont des femmes. Donc, la profession se féminise énormément.

Pour répondre à votre question, je dirais que oui, ça touche toutes les communautés. Ça nous inquiète pour toutes les femmes au Québec, y compris les femmes autochtones, de voir une réduction d'accès. Certaines femmes autochtones peuvent vouloir des traitements en stérilisation de façon tout à fait consentie et volontaire, aussi.

• (0855)

[Traduction]

**Jamie Schmale:** D'accord.

Évidemment, je ne suis pas avocat de formation; j'ai l'air beaucoup trop normal.

**Des voix:** Oh, oh!

**Jamie Schmale:** Et j'ose dire cela devant une salle remplie d'avocats, et devant un groupe d'invités lui aussi composé d'avocats. Et comme si ce n'était pas assez, le sénateur à l'origine de cette proposition est lui aussi avocat.

**Des voix:** Oh, oh!

**Jamie Schmale:** Eh bien, je pense qu'on devrait supprimer mes dernières envolées aux fins du compte rendu.

Y a-t-il consentement unanime pour que mes derniers propos soient supprimés du compte rendu?

**Le président:** Monsieur Schmale, décidément, vous continuez de vous enfoncer.

**Des voix:** Oh, oh!

**Jamie Schmale:** Oh, mon Dieu.

En matière de responsabilité criminelle, le geste reproché doit être intentionnel. Autrement dit, il faut qu'il y ait l'intention que l'acte commis ait entraîné un effet. La notion de consentement est bien définie dans le Code criminel. Il existe des dispositions protectrices pour les soins médicaux d'urgence, et notamment l'article 45 du Code criminel. Tous ces cas sont protégés par la loi. Imaginons le scénario suivant: un patient se présente à l'urgence couvert de sang, et le chirurgien doit alors prendre une décision dans un laps de temps extrêmement réduit. Le chirurgien parvient à sauver la vie du patient, même si l'opération l'a malheureusement rendu stérile. Dans ce cas bien précis, l'article 45 du Code criminel protège le chirurgien bien intentionné contre toutes poursuites.

Je pense que ce que nous essayons d'empêcher, et ce que nous avons entendu lors des témoignages devant le Comité, c'est le fait qu'il y a des femmes — et oui, des hommes parfois — à qui l'on fait certaines promesses, mais où les choses se sont passées autrement sur le bloc opératoire. Des patients se réveillent après l'opération et on leur explique qu'ils ne pourront plus jamais avoir d'enfants. C'est ce genre de tragédies que nous souhaitons empêcher.

Comme je l'ai dit, le Code criminel prévoit certaines garanties en matière de stérilisation et de preuve de l'intention. Nous essayons simplement de trouver une solution pour empêcher que cela se produise et touche des personnes qui ont la ferme intention d'avoir d'autres enfants, mais qui ont malheureusement perdu cette chance inestimable à jamais.

[Français]

**Liliane Brassard:** À mon tour, je dirai que je ne suis pas avocate. Ce n'est donc pas ma force. Je suis beaucoup plus à l'aise dans une salle d'accouchement ou dans une salle d'opération.

Cependant, ce que je peux vous dire, c'est que j'ai quand même 14 années d'expérience derrière moi, et le consentement est quand même quelque chose de complexe.

En fin de compte, la décision doit se prendre entre un médecin et une patiente. Les options doivent être bien expliquées à la patiente. On comprend tout ça. Bien que je fasse mon travail de façon diligente, j'ai pu voir beaucoup de cas dans ma carrière où les patientes regrettaient des décisions. Il arrive des moments dans une vie où on regrette certaines choses.

Je vais vous parler d'un cas en particulier. Une patiente m'avait demandé une stérilisation tubaire. Je lui ai donc enlevé ses trompes parce qu'elle ne voulait plus d'enfants. C'était une patiente que j'avais suivie pendant ses trois grossesses. Nous avons pris le temps d'en discuter. Ça s'est fait en dehors d'un accouchement, dans le cadre d'une deuxième procédure. Cependant, ce dont elle ne m'avait jamais parlé, c'est qu'elle vivait de la violence conjugale et que c'était sa façon de ne plus avoir d'enfants avec cet homme. Quelques années plus tard, elle est revenue me voir alors qu'elle était avec un nouveau partenaire et elle m'a dit que, finalement, elle aimerait avoir d'autres enfants. Or, ce n'était plus possible de revenir en arrière.

Des cas comme celui-là, nous en avons tous vécu en carrière et nous allons tous en vivre. C'était pleinement consenti, mais il y a le risque de regretter la décision.

C'est sûr que ça ouvre la porte au questionnement: est-ce que c'était pleinement consenti, étant donné qu'elle était en situation de violence conjugale? Or, quel moyen ai-je à ma disposition pour m'assurer que la patiente est consentante à 100 %? C'est sur ce plan que nous tirons un peu la sonnette d'alarme et que nous sommes inquiets relativement au projet de loi S-228.

[Traduction]

**Jamie Schmale:** D'accord, je comprends.

**Le président:** Merci beaucoup. C'est tout le temps dont nous disposons.

**Jamie Schmale:** Très bien.

**Le président:** Sur ce, nous cédon la parole à M. Hanley.

**Brendan Hanley (Yukon, Lib.):** Je tiens d'abord à remercier tous nos invités pour leur présence parmi nous aujourd'hui.

Nous sommes assurément devant des dilemmes intéressants en matière de consentement et de gestes criminels.

• (0900)

[Français]

Docteur Brassard, je vais aussi poser mes questions en anglais, parce que nous parlons de choses assez techniques et je veux être sûr de dire les choses correctement.

[Traduction]

Vous avez entendu certains de nos invités, en particulier M<sup>e</sup>Therrien, au sujet de la réforme du droit sous l'angle féministe, proposer certains amendements qui pourraient rendre ce texte, pourrait-on dire, plus acceptable ou peut-être plus conforme aux normes actuelles en matière de consentement et à la pratique.

Je me demande si vous avez eu le temps de réfléchir à certaines de ces propositions d'amendements et, en fin de compte, si vous estimez que ce projet de loi dans son ensemble est inutile ou si, moyennant des amendements appropriés, vous voyez une voie à suivre.

[Français]

**Liliane Brassard:** Merci. Je vais vous répondre en français, parce que c'est plus simple pour moi.

C'est sûr que, à chaud comme ça, c'est un peu difficile pour moi de répondre. N'étant pas avocate, je ne voudrais pas m'embourber. Toutefois, c'est sûr que, si le projet de loi est adopté, l'AOGQ est entièrement prête à collaborer et à travailler justement sur le concept de consentement.

Cela dit, nous sommes extrêmement préoccupés par le projet de loi dans sa forme actuelle. Notre opinion reste la même, à savoir qu'il faut agir sur les vrais problèmes déjà existants. Le droit, il existe. Les patientes peuvent avoir des recours judiciaires. Notre question est plutôt de savoir pourquoi les poursuites n'ont pas été effectives. C'est là que se trouve le problème. Si on ne va pas corriger ça, qu'est-ce que ça va changer, en fin de compte? Rien ne va changer, probablement. J'en reviens à ça.

[Traduction]

**Brendan Hanley:** Vous vous trouvez dans une situation particulière, car vous exercez en tant que gynécologue-obstétricienne tout en occupant un poste de direction. À mesure que nous entendons les témoignages, je constate que plus les témoignages proviennent d'intervenants proches du terrain, plus nous émettons des réserves, car ce sont ces praticiens qui sont directement impliqués dans les procédures de consentement et qui sont souvent confrontés aux complexités de ce dernier. Je crois que vous avez mentionné avoir entendu les préoccupations de vos collègues.

Avez-vous l'impression que les préoccupations sont peut-être plus nombreuses dans le milieu professionnel que dans le milieu politique et universitaire?

[Français]

**Liliane Brassard:** C'est tout à fait le cas. Beaucoup de nos membres sur le terrain nous ont abordés pour nous faire part de leur inquiétude relativement à ce projet de loi.

Je me permets de dire qu'à l'heure actuelle, pour une jeune femme qui ne désire pas concevoir d'enfants, l'accès à une stérilisation volontaire est extrêmement compliqué. Une patiente de 23 ou 24 ans qui fait le choix de ne pas avoir d'enfant et qui ne veut utiliser aucune méthode de contraception va galérer pour trouver un gynécologue qui va accepter de lui fournir ce soin. Ça, c'est connu et c'est décrit.

Pour ma part, je pratique des stérilisations chez de jeunes patientes, après plusieurs rencontres, mais c'est déjà extrêmement difficile d'être sûre que la patiente a pleinement compris les conséquences à long terme de la stérilité totale. Il ne faut pas non plus entrer dans un cadre médical paternaliste. Les femmes ont le droit d'avoir accès à cette option.

Actuellement, les gynécologues sont déjà frileux quant à ce concept, mais on a nettement amélioré l'accès dans les dernières années. C'est sûr que nos membres ont beaucoup de craintes. Les médecins ne sont pas des avocats ni des juristes. Criminaliser un acte médical précis, ça fait extrêmement peur. La conséquence, on l'a vue dans certains dossiers au Québec.

Je vous donne un exemple. Il y a eu des techniques chirurgicales pour les patientes souffrant d'incontinence qui impliquaient des bandelettes urinaires. Une certaine proportion des femmes développaient des douleurs chroniques. C'était de 5 à 6 % des patientes qui devaient avoir des interventions pour se faire enlever ces bandelettes. Il y a eu beaucoup de pression politique et médiatique dans ce dossier, ce qui a fait qu'il y a eu un très grand encadrement relativement au consentement. La réalité qu'on vit actuellement sur le terrain, c'est qu'à peu près tous les médecins qui installaient des bandelettes n'en installent plus. Ce sont en majorité des obstétriciens et gynécologues qui continuent à offrir le service, parce qu'ils ont à cœur la santé des femmes. Quant aux femmes qui sont maintenant incontinentes, elles n'ont plus accès à des techniques chirurgicales qui étaient hautement efficaces. Ça a donc créé un effet pervers.

Je ne vous parle même pas de poursuites pénales; je vous parle de poursuites judiciaires.

C'est certain que les gynécologues au Québec ont des inquiétudes. Je peux parler pour ma population, mais je pense que c'est aussi le cas au Canada. Nous sommes extrêmement inquiets des conséquences négatives que ça pourrait avoir.

• (0905)

[Traduction]

**Le président:** Je vous remercie.

[Français]

Madame Gill, vous avez la parole pour six minutes.

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

Je remercie également l'ensemble des témoins qui sont des nôtres aujourd'hui. Évidemment, nous souhaitons faire notre travail, comme comité et comme élus, de façon absolument rigoureuse, ce qui fait que nous devons également aborder...

Je m'excuse, monsieur le président, mais il y a une conversation qui se tient à côté de moi et ça me dérange au moment où je pose des questions. Je remercie ces personnes de poursuivre leur conversation à l'extérieur.

Je vais recommencer mon intervention, monsieur le président.

Je remerciais tout simplement l'ensemble des témoins d'être des nôtres aujourd'hui, même s'il est difficile d'avoir ces discussions quand on sait qu'il y a un consensus sur le principe même à la base du projet de loi. Or, plusieurs témoins, dont ceux que nous entendons aujourd'hui, posent des questions assez complexes, nommément celle du consentement. Je sais que cette question a été abordée, par exemple, par le Collège des médecins du Québec, par la Fédération des femmes médecins du Canada et par l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec.

Madame Brassard, j'aimerais entendre vos commentaires sur la question du consentement. Comme vous l'avez dit, le consentement n'est pas défini dans le projet de loi. Il n'y a pas de processus non plus. Vous avez aussi parlé du fait que, quand on parle de choix libre et éclairé, il faut comprendre ce qui se passe. Personnellement, j'ai eu trois césariennes, tant de façon planifiée que de façon non planifiée. Même si je ne me souviens pas exactement de tout, j'ai pu constater la complexité de ce processus.

Pouvez-vous expliquer le consentement et toutes les nuances qu'il peut y avoir, même s'il est difficile d'être exhaustif? Pouvez-vous aussi nous dire s'il y a des solutions qui peuvent être apportées? J'ai parlé, un peu plus tôt, de possibles angles morts du projet de loi. De quelle façon peut-on mettre ça en lumière et protéger tant les patientes que les médecins?

**Liliane Brassard:** En effet, le consentement, en médecine, a un sens assez large. Pour donner son consentement, une patiente doit être apte, au moment où on la rencontre, à entendre ce qu'on a à lui dire. Lorsqu'une patiente est en souffrance en salle d'accouchement, ce n'est peut-être pas le bon moment pour obtenir son consentement. Cependant, il est clair que le consentement ne veut pas dire tout à fait la même chose dans toutes les disciplines médicales.

De notre côté, en gynécologie et obstétrique, nous vivons des situations d'urgence en salle d'accouchement. Il y a parfois des complications extrêmement graves, et nous avons des décisions très difficiles à prendre. Le consentement en urgence est extrêmement différent du consentement en soins non urgents, où les soins sont planifiés dans un bureau avec une patiente. C'est toujours beaucoup plus facile lorsqu'une patiente peut donner son consentement à tête reposée.

Après viennent les barrières de langue aussi, pour lesquelles nous n'avons pas toujours les outils nécessaires à notre disposition. Alors, c'est sûr qu'on peut faire mieux et offrir des outils aux médecins pour améliorer les pratiques de consentement. Par exemple, il n'est pas rare qu'on mette dans mon horaire un rendez-vous avec une patiente unilingue, que nous ne nous comprenions pas et que nous devions reporter le rendez-vous. Nous essayons de nous comprendre avec des outils comme Google Translate, mais c'est difficile. On a des choses à améliorer à cet égard.

Actuellement, dans les facultés universitaires, il y a déjà des cours qui sont mis en place pour améliorer les pratiques de consentement. On voit que le consentement est quelque chose de très sérieux pour les nouvelles cohortes de médecins. Ça a toujours été sérieux, mais ça a pris une tout autre dimension.

Donc, j'ose croire qu'on tend vers quelque chose de mieux, mais ça reste quand même un élément problématique très important à préciser.

**Marilène Gill:** Comme on le disait, ce n'est pas précisé dans le projet de loi. Est-ce que vous pensez que ça devrait faire partie de nos objectifs, comme législateurs? Je sais que mon collègue a mentionné que la notion de consentement était déjà circonscrite, mais je ne sais pas si la définition s'applique à ce cas précis. Comme vous l'avez dit, le consentement est différent selon les spécialités médicales. Donc, quelles solutions pourraient être apportées, s'il y en a, pour mieux encadrer le consentement? J'ai même l'impression qu'il pourrait être divisé.

J'entendais, par exemple, une survivante parler du fait qu'elle n'avait pas consenti à ce qu'on crève ses eaux. Je ne suis pas médecin, et je me demande quel est le risque de stérilisation dans un tel cas. On parle d'un effet de stérilisation, et non d'une intention. Un effet et une intention, c'est différent. Je pense à l'interruption volontaire de grossesse, par exemple, qui peut rendre une personne stérile, dans des cas extrêmes. Enfin, je dis « extrêmes », mais ce n'est peut-être pas le bon terme.

Alors, je me pose tout plein de questions. À quel moment est-on apte à donner son consentement? Comme vous l'avez dit, la langue peut être un obstacle. Ensuite, bien sûr, sur le plan des connaissances, il faut avoir une idée de tout ce qui se passe. En plus, il peut s'agir de situations d'urgence, comme vous en avez parlé. À certains moments, on peut même devoir prendre des médicaments, mais on n'est pas apte à donner son consentement. Je parle de mon expérience personnelle. À ce moment-là, je savais que je n'étais pas apte à prendre une décision.

J'aimerais donc vous entendre nous parler du processus. Je sais que nous n'avons pas beaucoup de temps, mais, si vous n'avez pas suffisamment de temps, vous pouvez aussi transmettre par écrit toutes les informations nécessaires, vos suggestions d'amendement et vos recommandations au Comité, bien entendu.

● (0910)

**Liliane Brassard:** Pour ce qui est de l'encadrement législatif de la notion de consentement, je ne m'y connais pas assez pour vous dire jusqu'où ça devrait aller. Si je m'exprimais là-dessus, honnêtement, je parlerais à tort et à travers.

Je pense que c'est un travail qui revient aux universités qui forment les médecins. Je pense que c'est un travail de fond pendant la formation. Au même titre qu'on m'a enseigné à faire une césarienne, à accoucher une patiente et à prendre des décisions difficiles en salle d'accouchement, on doit intégrer directement le consentement dans la formation. On doit aussi travailler en partenariat avec des comités de populations autochtones, des comités de femmes vulnérables, des communautés immigrantes, etc. C'est comme ça qu'on va réussir à améliorer les pratiques de consentement.

Je ne pense pas que le cadre législatif soit nécessairement la voie de passage à cet égard, mais laissez-moi vous dire une chose: ça fait 14 ans que je pratique et, lorsqu'on compare les médecins d'aujourd'hui aux médecins d'il y a 30 ans, on constate que la pratique a énormément changé. Aujourd'hui, la patiente est vraiment perçue comme une partenaire qui doit s'inscrire dans la prise de décision. Quand je prescris une méthode de contraception à une patiente, par exemple, je lui dis toujours que la meilleure décision est celle qui va lui convenir à elle. Je peux bien penser qu'une certaine méthode de contraception est une bonne option pour elle, mais je vais quand même lui expliquer les avantages et les inconvénients de chaque option et, finalement, c'est la patiente qui doit décider des soins.

Alors, je pense que c'est le travail des universités et des médecins formateurs que de s'assurer que la nouvelle génération est bien outillée pour obtenir le consentement libre et éclairé.

**Le président:** Merci beaucoup.

[Traduction]

Monsieur Morin, à vous la parole pour un total de cinq minutes, je vous prie.

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

En repensant à cette conversation très sérieuse, j'ai une remarque à faire. Souvent, lorsqu'il est question du consentement libre, préalable et éclairé, le débat politique à Ottawa est accaparé par des discussions sur les grands projets. Il est intéressant de constater que nous en parlons désormais au niveau individuel, ce qui est, je dirais, à bien des égards plus important que certaines des questions qui accaparent toute l'attention. Je reconnais que, dans le cadre de la discussion d'aujourd'hui, il convient de prendre en compte le fait de remercier le personnel de première ligne, compte tenu du travail qu'il accomplit et des pressions auxquelles il est soumis.

Ce message s'adresse à certains de nos invités en ligne. J'aimerais à présent céder la parole à la Dre Modupe Tunde-Byass, qui représente la Fédération des femmes médecins du Canada. Pourriez-vous nous présenter certaines des mesures éducatives proactives ainsi que les pratiques actuelles des médecins sur le terrain, notamment des gynécologues et de ceux qui exercent dans ce domaine et subissent ce type d'énormes pressions? J'entends sans cesse dire qu'il faut mettre l'accent sur cette question — je pense qu'il s'agit d'une évidence —, mais où pourrait-on améliorer les choses? On peut dire que ce projet de loi est à l'étude depuis sept ans déjà. J'entends tout le monde dire que la stérilisation sous la contrainte est inacceptable. Nous sommes tous d'accord là-dessus, semble-t-il, naturellement. Pouvez-vous nous parler de ce qui a changé, peut-être au cours des sept dernières années, sur le terrain pour remédier à ce problème, voire de manière proactive au-delà de l'adoption de ce projet de loi?

● (0915)

**Dre. Modupe Tunde-Byass:** Je vous remercie, monsieur le président.

Je pratique la médecine depuis 39 ans. J'ai vu la nouvelle génération apprendre comment obtenir une forme plus claire de consentement. La notion de consentement consiste à décrire l'intervention, à examiner les risques et les avantages, et à s'assurer qu'il y a consentement pour refuser de subir une intervention. Il est également important de proposer des alternatives. Dans mon travail actuel, lorsque je reçois des patients, je leur propose plusieurs alternatives. Je les encourage à réfléchir aux raisons, notamment en ce qui concerne la stérilisation et les regrets, et je leur dis: « C'est particulièrement important. Une fois que c'est fait, il n'y a vraiment plus de retour en arrière possible. ». Cette mentalité est désormais inculquée aux nouvelles générations, et je constate à quel point les choses ont changé depuis mes débuts. Le consentement ne se résume plus à signer un document.

Dans une situation d'urgence, les choses sont un peu différentes, et nous continuons d'apprendre. Lorsqu'une patiente est en train de subir une césarienne et qu'elle pose des questions au sujet de la stérilisation, ce n'est pas le moment idéal, à moins qu'elle n'ait déjà discuté de la question avec son professionnel de la santé, et que son souhait soit déjà consigné dans son dossier médical. Il faut également leur demander: « Est-ce bien ce dont vous avez discuté? ». En cas d'ambiguïté, il ne faut pas donner suite au consentement. C'est généralement là que le bât blesse dans les situations d'urgence: qu'est-ce qui constitue un consentement raisonnable?

Cela dit, nous pouvons encore faire davantage en matière d'éducation et de sensibilisation, tant du point de vue du patient que de celui du professionnel de la santé. Nous avons constaté que le fait d'impliquer les patients dans les questions de sécurité et de respect des directives, ainsi que dans les travaux du Comité, s'est avéré bénéfique. De mon vivant, il fut un temps où certains chirurgiens ont opéré du mauvais côté du corps. Ce problème a presque totalement disparu, car la voix du patient est désormais prise en compte dans ce type de processus de consentement.

J'ai également suivi une formation dans un autre pays, le Royaume-Uni, où l'éducation universelle revêt une grande importance. Je sais que le système de santé est géré au niveau provincial au Canada, mais dans ce genre de situation, je pense que nous avons besoin d'un processus de consentement universel à l'échelle nationale qui s'adresse à tout le monde sans exception. Au Royaume-Uni, cela a permis à lui seul de réduire le nombre de décès maternels, en particulier chez les femmes marginalisées, car elles bénéficient d'une éducation uniforme à l'échelle nationale. Je souhaite voir ce type de processus mis en place dans notre pays afin d'éviter une situation où une province fait ceci et une autre province fait cela. L'éducation et la sensibilisation sont essentielles, tout comme le partenariat avec les patients.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant céder la parole à M. Ramsay.

Je vous souhaite la bienvenue au Comité, monsieur Ramsay.

[*Français*]

**Jacques Ramsay (La Prairie—Atateken, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Tout d'abord, je voudrais remercier tous les témoins.

Je pense que c'est un principe simple, mais vous avez permis de mettre en lumière la complexité de la chose.

Je commence par une première demande pour vous, docteur Brassard. La première question de M. Hanley était très importante. M<sup>c</sup> Therrien a fait une proposition qui a le mérite de toucher tous les aspects à l'égard desquels on devrait faire preuve de prudence. Vous avez dit que, à chaud, vous aviez de la misère à faire des commentaires, et je vous comprends très bien. Je me demandais si l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec pouvait nous envoyer une réponse écrite à cette question.

Vous avez également beaucoup parlé de consentement. Vous avez fait allusion aux regrets. Comme médecin, je sais que les regrets et le consentement sont deux choses. Nous savons tous qu'un patient peut donner un consentement éclairé et avoir quand même des regrets plus tard.

Cela dit, vous avez aussi parlé du patient partenaire. C'est un concept tellement important. Je suis un vieux médecin; j'ai connu

des patrons paternalistes. Ensuite, nous avons eu une position plus corporatiste. Le Dr Gaudreault me voit venir. Autrement dit, nous faisons ce que la corporation ou le collège nous demandait de faire. Ce qui était bien et ce qui était permis par le collège, c'était ce qu'il fallait faire. Par la suite, nous avons eu une position qui plaçait le patient au centre, mais, là encore, nous décidions ensemble de ce qui était mieux pour le patient. Maintenant, vous avez parlé du patient partenaire. C'est fondamental. C'est la notion que nous devons retenir.

Docteur Gaudreault, ce dont vous avez parlé est tout à votre honneur. Vous avez parlé de l'étude en Abitibi. Vous avez parlé du comité qui a été formé au Collège des médecins du Québec. Vous avez même dit que vous aviez présidé ce comité, ce qui est étonnant de la part d'un président d'un tel collège.

Par contre, vous êtes conscients que notre comité est réuni aujourd'hui parce que les collèges n'ont pas fait leur travail. Où étaient les collèges pendant toutes ces années? Je parle du vôtre et de ceux des autres provinces. Pourquoi en sommes-nous là aujourd'hui? Est-ce qu'il y a eu une forme de mea culpa faite par les collèges? Si oui, à qui a-t-elle été faite?

• (0920)

**Mauril Gaudreault:** Je ne suis pas là pour parler des collèges et des présidents antérieurs.

Toutefois, comme je l'ai dit, nous avons été tout à fait sous le choc lors de la sortie du rapport de la professeure Suzy Basile. Je pense que tout cela vient aussi de préjugés vécus à la fois par les patients et patientes et par les soignants. Je pense que les collèges, les organisations et les institutions comme le collège que j'ai le privilège de présider ont fait leur travail antérieurement. Un problème que le groupe de réflexion que j'ai présidé a mis en lumière était que les patientes, notamment les femmes autochtones, n'avaient pas confiance dans nos institutions, y compris le Collège des médecins du Québec. Elles ne se sentaient pas protégées par celui-ci, n'avaient pas confiance dans les diverses institutions qui représentaient leurs droits et n'osaient pas porter plainte. Cela a été mis en évidence très clairement par l'étude de Mme Basile, de même que par les témoignages que nous avons eus lors des travaux du groupe de réflexion.

Nous l'avons admis également dans des énoncés de position territoriale concernant toutes les communautés autochtones: nous n'avons pas toujours fait le travail que nous aurions dû faire. Cela dit, ce que nous avons coconstruit avec les communautés autochtones et dont j'ai parlé dans mon allocution, c'est vraiment un programme qui consiste à faire prendre conscience aux divers intervenants et soignants des préjugés qui peuvent tous nous habiter quant à la façon dont nous accueillons les femmes, notamment celles des communautés autochtones, et dont nous nous adressons à elles.

Pour répondre à la question, je dirais que oui, évidemment, le travail est à faire. Nous admettons, pour notre part, que nous aurions pu faire autrement.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Gaudreault.

Merci, monsieur Ramsay.

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

**Marilène Gill:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vais poser une autre question à la Dre Brassard, et j'aimerais, si possible, que l'ensemble des témoins, y compris les représentants du Collège des médecins du Québec, puissent répondre aussi à ma question sur le consentement. La prochaine question, je souhaitais qu'elle porte sur la définition, parce que tant le Collège des médecins du Québec que l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec se sont prononcés sur la définition.

Je vous cède donc la parole, madame Brassard et monsieur Gaudreault. Bref, je vous laisse répondre.

**Liliane Brassard:** Pour répondre simplement, je dirais qu'à l'AOGQ, nous représentons nos membres pour nous assurer que les patientes ont accès à des soins de qualité, mais nous nous référons beaucoup à la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, qui est notre entité savante. Il y a eu des comités de travail sur ce qu'est le consentement. Par définition, le consentement, comme on l'a dit tantôt, c'est...

En fait, peut-être que vous pourriez préciser votre question.

**Marilène Gill:** C'est moi qui me suis trompée. C'est vrai que ma question aurait pu porter sur la définition du consentement, mais je parlais plutôt de la définition de la stérilisation telle qu'elle apparaît dans le projet de loi. Je suis désolée.

• (0925)

**Liliane Brassard:** C'est sûr que, pour nous, c'est extrêmement préoccupant, parce que beaucoup de nos interventions chirurgicales sont stérilisantes, même si ce n'est pas l'effet recherché.

Par exemple, pour une patiente qui a des saignements très anormaux, on peut brûler la couche de l'endomètre sans enlever son utérus. Après, il n'est pas recommandé que cette patiente tombe enceinte. Je dis souvent qu'on a brûlé la maison et qu'on ne fait plus de famille à l'intérieur.

Beaucoup de nos interventions chirurgicales ont donc des effets de stérilisation. Tout ça est discuté avec les patientes et ce sont des choix pleinement consentis. Actuellement, quand il faut demander le consentement de la patiente, je dis toujours que l'on consent à l'intervention chirurgicale et que l'on consent à la stérilisation. Par exemple, si j'enlève l'utérus à une patiente en raison de saignements, je lui parle de sa stérilisation et elle est bien consciente qu'en n'ayant plus d'utérus, elle ne pourra plus avoir d'enfant. Toutefois, le consentement n'a été donné qu'à l'intervention chirurgicale.

Dans notre cas, la majorité de nos interventions chirurgicales ont un potentiel stérilisant, alors c'est sûr que nous sommes extrêmement préoccupés. Ce projet de loi, tel qu'il est écrit actuellement, a un effet sur la quasi-totalité de ma pratique. C'est ce que je répondrais.

**Marilène Gill:** Merci.

Monsieur Gaudreault, j'imagine que vous pourriez répondre à la question par écrit. Merci beaucoup.

[Traduction]

**Le président:** Il ne vous reste qu'une vingtaine de secondes.

[Français]

**Marilène Gill:** Ah oui? Vous êtes généreux, monsieur le président.

En fait, pour toutes les autres questions également, j'aimerais que le Comité puisse bénéficier des réponses du Collège des médecins

du Québec et de tout autre témoin qui souhaiterait nous en faire part.

**Mauril Gaudreault:** Vous parlez précisément du consentement libre et éclairé, n'est-ce pas?

**Marilène Gill:** Oui, et je parlais aussi de la définition de la stérilisation.

**Mauril Gaudreault:** Il faudra que ce soit clair dans le projet de loi, évidemment.

Pour ce qui est du consentement libre et éclairé, il faut que ce soit fait dans des conditions appropriées et optimales. Je vais donner la parole à ma collègue, qui est la directrice des affaires juridiques et qui saura vous donner une meilleure définition du consentement libre et éclairé de la part du Collège des médecins du Québec.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup, mais notre temps est écoulé.

Comme l'a mentionné la députée Gill, vous pouvez également transmettre des messages écrits aux invités avec lesquels vous n'avez peut-être pas eu l'occasion de vous entretenir.

[Français]

**Mauril Gaudreault:** D'accord.

[Traduction]

**Le président:** Il nous reste encore un peu de temps pour aborder ce sujet très important.

Monsieur Schmale, à vous la parole pour cinq minutes, je vous prie.

**Jamie Schmale:** Je vous remercie, monsieur le président.

Je promets de ne pas faire de blagues aux dépens des avocats cette fois-ci.

Docteur Brassard, je propose de reprendre la discussion là où nous en étions...

[Français]

**Mauril Gaudreault:** [Inaudible]

[Traduction]

**Le président:** Docteur Gaudreault, pourriez-vous désactiver votre micro, s'il vous plaît?

Je vous remercie.

**Jamie Schmale:** Lorsque je me suis arrêté, je parlais de l'importance que revêt la sensibilisation. Ce projet de loi a été rédigé parce que les femmes et les filles autochtones étaient prises pour cible. De nombreux documents attestaient qu'elles constituaient la majorité des victimes de stérilisations pratiquées sans consentement. C'est ce qui a motivé ce projet de loi, qui a pris différentes formes au cours des sept dernières années.

Docteur Brassard, pourriez-vous nous dire quelles actions votre association a menées au Québec et dans le reste du pays pour sensibiliser ses membres à l'enjeu de la stérilisation forcée ou contrainte?

[Français]

**Liliane Brassard:** Tout à fait. Je répète que la stérilisation non consentie est totalement inacceptable. Nous sommes totalement d'accord sur ce point.

C'est la société savante représentant les obstétriciens et gynécologues qui assure la formation continue en matière de soins. Au fil des dernières années, elle a offert beaucoup de formation aux cliniciens au moyen d'outils cliniques qui ont été travaillés et coconstruits en partenariat avec les comités autochtones. Il existe même un comité consacré à la santé des femmes autochtones; je ne pourrais pas dire depuis combien d'années exactement il existe, mais ça fait plusieurs années. On fait beaucoup de promotion entourant la sécurité culturelle et la nécessité d'adapter les soins. C'est quelque chose qui est actuellement mis en avant par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

De notre côté, à l'AOGQ, nous avons un congrès annuel pour nos membres du Québec auquel plus de la moitié des gynécologues du Québec assistent chaque année. Bien entendu, nous avons soulevé auprès de la direction de notre formation professionnelle la préoccupation qui est abordée aujourd'hui et qui a donné lieu au projet de loi S-228. Ce sera quelque chose que nous aurons intérêt à promouvoir auprès de nos membres et à encourager dans le cadre de la formation des médecins cliniciens. Je peux vous assurer que nous, sur le terrain, cherchons toujours à être les meilleurs médecins que nous pouvons être pour bien servir nos patientes.

[Traduction]

**Jamie Schmale:** Comprenez-moi bien. Je ne dis pas le contraire. Nous souhaitons simplement corriger ce qui, à nos yeux, est un tort, sans blâmer qui que ce soit. Nous voulons nous assurer que cette situation ne se reproduira plus à l'avenir.

Si j'ai bien compris ce que vous avez dit à la fin, votre organisation — l'AOGQ — n'a pas encore examiné en profondeur le projet de loi S-228. Vous avez affirmé que la question serait soulevée lors de réunions futures et que vous en discuteriez à ce moment-là. J'en déduis donc qu'aucun examen approfondi n'a encore été effectué. Est-ce exact?

• (0930)

[Français]

**Liliane Brassard:** Je ne suis pas tellement sûre de comprendre ce que vous voulez dire quand vous parlez d'un examen approfondi.

[Traduction]

**Jamie Schmale:** Vous avez dit que vous en discuteriez lorsque vos membres se réuniront à l'occasion de leur congrès ou leur conférence annuelle. À moins que je vous aie mal comprise, vous avez affirmé que vous en discuteriez à l'avenir. Des travaux ont-ils été effectués à ce jour?

[Français]

**Liliane Brassard:** En fait, oui, des travaux ont été faits par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada sur la question. De plus, dans les congrès annuels, c'est déjà une question qui a été soulevée. C'est en cours.

Ce que je vous mentionne, c'est que nous allons continuer à pousser ce message le plus loin possible. Au bout du compte, nous voulons vraiment encourager les membres à avoir les pratiques les plus adaptées et à assurer la sécurité culturelle à tous les niveaux.

Pour répondre à votre question, je dirais que oui, cette question a été abordée par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

[Traduction]

**Jamie Schmale:** Savez-vous si votre organisation a participé aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation ou aux appels à la justice de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées?

[Français]

**Liliane Brassard:** Actuellement, à l'AOGQ, nous n'avons pas les compétences ni les capacités pour travailler dans ce cadre, mais nous sommes toujours prêts à collaborer quand on nous sollicite. Nous souhaitons aller de l'avant et collaborer avec toutes les instances pertinentes. Ça ne fait pas partie de nos compétences d'être sur le terrain à cet égard, mais, quand nous sommes interpellés, nous collaborons toujours.

[Traduction]

**Jamie Schmale:** Dans le cadre de vos travaux en cours, votre organisation a-t-elle obtenu des conseils juridiques concernant la portée et l'application du projet de loi?

[Français]

**Liliane Brassard:** Oui, certainement. Nous avons une firme d'avocats qui travaille avec nous dans certains dossiers. Nous avons justement demandé à certains de ces avocats de nous aiguiller, et ce sont eux qui nous ont aidés à relever certains points et à préparer notre allocution d'aujourd'hui. C'est certain que l'opinion principale vient de nous, les obstétriciens et gynécologues, mais nous nous sommes effectivement fait aider pour comprendre le projet de loi. Il faut dire que, comme gynécologue et obstétricienne, je suis loin de bien comprendre tous les détails d'un projet de loi.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup.

Cela met fin à la période des questions pour le premier groupe de témoins.

Je tiens à remercier tous les témoins de nous avoir fait profiter de leur expertise. Je sais que vous êtes tous très occupés, alors merci d'avoir pris le temps de témoigner aujourd'hui.

Nous allons suspendre la séance et nous préparer à accueillir le prochain groupe de témoins.

• (0930)

(Pause)

• (0935)

**Le président:** Nous reprenons nos travaux.

Nous accueillons Nathalie Levman, avocate-conseil, et Morna Boyle, avocate, toutes deux de la Section de la politique en matière de droit pénal du ministère de la Justice.

Les témoins du ministère de la Justice disposeront de cinq minutes pour faire leur exposé, puis nous passerons directement aux questions. Nous terminerons à 10 h 15.

Merci.

**Morna Boyle (avocate, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice):** Merci, monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, de nous avoir invitées à comparaître aujourd'hui sur le territoire non cédé et non abandonné de la nation algonquine anishinabe. Nous rappelons que cette reconnaissance territoriale doit s'accompagner d'efforts soutenus pour veiller à ce que notre travail contribue véritablement à la justice et à la réconciliation.

Nous sommes heureuses d'être ici aujourd'hui pour donner un aperçu du projet de loi S-228, Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation), et pour répondre à toute question juridique ou technique que le Comité pourrait avoir.

Le projet de loi S-228 propose de modifier le Code criminel afin de préciser qu'un acte de stérilisation exécuté sans consentement légal constitue une voie de fait grave. Quiconque emploie la force contre une autre personne sans son consentement commet des voies de fait. Les voies de fait graves sont celles qui blessent, mutilent ou défigurent la victime ou qui mettent sa vie en danger. Il s'agit de la forme de voies de fait la plus grave prévue dans le Code criminel, et elle est passible d'une peine maximale de 14 ans d'emprisonnement.

Ces modifications ne changeraient pas le droit en matière de voies de fait qui s'applique actuellement aux actes de stérilisation. Toutes les interventions chirurgicales non consenties, y compris les actes de stérilisation, constituent déjà des voies de fait graves puisqu'elles comportent nécessairement des blessures à l'endroit de la personne qui les subit. Le projet de loi viendrait préciser qu'un acte de stérilisation constitue une blessure ou une mutilation au sens de l'infraction de voies de fait graves prévue au Code criminel.

Pour qu'il y ait déclaration de culpabilité relativement à des voies de fait graves, il faut prouver, premièrement, que des voies de fait ont été commises et, d'autre part, qu'elles ont blessé, mutilé ou défiguré la victime ou mis sa vie en danger. Cela signifie que les interventions chirurgicales, y compris les stérilisations, ne constituent des voies de fait graves que lorsqu'elles sont réalisées sans consentement. C'est parce que les voies de fait sont définies au paragraphe 265(1) du Code criminel comme l'emploi intentionnel de la force contre une autre personne sans son consentement. Par conséquent, les interventions chirurgicales, y compris les stérilisations, qui sont effectuées avec le consentement juridiquement valable du patient ne tombent pas sous le coup du droit pénal.

Le paragraphe 265(3) et la jurisprudence pertinente précisent les conditions dans lesquelles le consentement est valable en droit. Plus précisément, le consentement doit être donné librement, sans fraude, contrainte, violence, ni menace. Il doit également porter sur la nature de l'acte, ce qui signifie que la personne doit avoir une connaissance suffisante de ce qui est proposé, notamment de son objectif et de son déroulement. Enfin, le consentement doit être donné par une personne qui est apte à comprendre la nature de l'acte. Ces règles sont conformes aux notions de libre arbitre, de connaissance et d'aptitude prévues dans les lois provinciales et territoriales en matière de santé. Ainsi, le respect des exigences relatives au consentement en droit de la santé offre une protection contre toute responsabilité criminelle.

Le projet de loi S-228 ne modifierait pas le droit pénal en ce qui concerne les interventions médicales, y compris les actes de stérilisation. Il n'aurait donc pas pour effet de criminaliser les actes de stérilisation consentis et n'aurait aucune incidence sur la légalité des interventions médicales pratiquées avec un consentement juridique-

ment valable. C'est pourquoi le projet de loi dit qu'aux fins de la disposition sur les voies de fait graves, « [...] il est entendu qu'un acte de stérilisation constitue une blessure ou une mutilation ». L'expression « il est entendu » indique que l'intention du Parlement est de clarifier la loi, et non de la modifier.

Nous tenons également à souligner que le projet de loi ne modifie pas le cadre juridique existant qui protège de toute responsabilité criminelle les personnes qui pratiquent des interventions chirurgicales en situation d'urgence, pourvu que le tout se fasse avec des soins et une habileté raisonnables. Ces règles continueraient de s'appliquer comme elles le font actuellement.

En somme, le projet de loi S-228 vient préciser l'application du droit pénal actuel aux actes de stérilisation non consentis. Il réaffirme ainsi l'importance d'un consentement juridiquement valable, tout en préservant le cadre pénal actuel régissant les interventions chirurgicales pratiquées sans consentement, y compris les actes de stérilisation non consentis.

Merci beaucoup. Nous serons heureuses de répondre aux questions des membres du Comité.

• (0940)

**Le président:** Merci beaucoup de votre témoignage.

Nous allons maintenant passer aux conservateurs pour le premier tour de six minutes.

Monsieur Schmale, vous avez la parole.

**Jamie Schmale:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie l'excellent groupe d'avocates qui comparaissent devant nous aujourd'hui.

**Des voix:** Ha, ha!

**Jamie Schmale:** Je reviens à la charge. Allez savoir pourquoi.

Vous avez entendu les témoignages de tout à l'heure. Vous avez vu que nous tentions d'approfondir, de préciser et de cibler les enjeux afin de dissiper les préoccupations éventuelles des gens. Pourriez-vous nous faire part de vos réflexions sur ce que vous avez observé il y a quelques instants?

**Nathalie Levman (avocate-conseil, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice):** Je vous remercie beaucoup de poser la question.

Oui, nous aimerions revenir sur ce qui constitue, selon nous, des malentendus au sujet de l'incidence et de la portée du projet de loi S-228.

Nous tenons à souligner que le projet de loi ne créerait pas de nouvelle infraction. Comme ma collègue l'a expliqué, la disposition de précision — celle qui contient les mots « il est entendu » — ne fait que confirmer ou clarifier l'application du droit existant.

Nous souhaitons également rappeler que la responsabilité criminelle en cas d'acte médical non consenti exige, d'une part, que l'intervention médicale ait eu lieu sans le consentement du patient et, d'autre part, que la personne l'ayant pratiquée — ou y ayant participé — était au courant de l'absence de consentement de la part du patient ou ne s'en souciait pas.

Les situations où une personne donne un consentement valide, puis éprouve des regrets après l'intervention, ne seraient pas visées par le droit pénal — que ce soit dans le cadre juridique actuel ou aux termes du projet de loi S-228 —, parce que le projet de loi ne modifie ni la portée ni l'application du droit pénal.

Par conséquent, en tant que juristes responsables de ces dispositions du Code, tant sur le plan juridique que sur le plan stratégique, nous tenons à rassurer les membres du Comité et les parties prenantes: le projet de loi S-228 ne modifierait pas le cadre du droit pénal applicable aux actes médicaux non consentis. Ainsi, l'article 45 continuerait de s'appliquer, tout comme le régime de consentement que ma collègue a décrit.

J'aimerais également souligner que les préoccupations que nous avons entendues au cours de la première heure ont bel et bien été prises en compte dans la reformulation de l'ancien projet de loi S-250. Vous vous souviendrez que le projet de loi S-250, tel que modifié, est devenu le projet de loi S-228, dont vous êtes saisis en ce moment. Toutes ces préoccupations ont été prises très au sérieux, à mon avis, et elles ont été intégrées dans le libellé actuel du projet de loi.

Si vous me le permettez, j'aimerais citer le Dr Wilson, qui a comparu devant vous mardi, parce que nous sommes d'accord avec lui. Il a dit: « 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. » Il a ajouté: « 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. »

J'insiste sur ce que ma collègue vous a dit dans sa déclaration préliminaire: le respect des lois provinciales et territoriales en matière de santé, lesquelles exigent l'obtention d'un consentement éclairé avant chaque acte médical, protège l'ensemble des professionnels de la santé contre toute responsabilité criminelle, tant au sens du droit pénal actuel qu'aux termes du projet de loi S-228, qui n'en modifie aucun aspect.

J'espère que ces précisions seront utiles aux membres du Comité.

**Jamie Schmale:** Oui, tout à fait. Votre témoignage m'amène à deux autres questions.

Combien de temps me reste-t-il?

**Le président:** Vous avez deux minutes.

**Jamie Schmale:** D'accord, j'ai deux questions à poser en deux minutes.

Faute de temps, je vais les poser en rafale. La première question concerne ce dont vous venez de parler. Lors de la séance précédente, nous avons entendu l'exemple d'un médecin qui effectue une intervention et qui, accidentellement, cause une lésion provoquant une stérilisation. Je sais que vous y avez fait allusion dans vos propos, mais je tiens à ce que ce soit parfaitement clair, parce que je veux me pencher sur ce scénario précis. La deuxième question est la suivante: pensez-vous que ce projet de loi nécessite des amendements?

Merci.

• (0945)

**Nathalie Levman:** En ce qui concerne votre première question, les principes fondamentaux du droit pénal exigent que les actes criminels soient volontaires. Par conséquent, les accidents ne consti-

tuent tout simplement pas des infractions criminelles. Il s'agit d'un principe de base du droit pénal. Ainsi, les accidents ne sont visés ni par le droit pénal actuel ni par le projet de loi S-228.

Étant donné que le projet de loi S-228 comprend la disposition de précision et ne modifie pas la portée actuelle de la responsabilité criminelle applicable aux actes médicaux, y compris aux actes de stérilisation, nous estimons qu'aucun amendement n'est nécessaire.

**Le président:** Merci beaucoup.

Vous en avez fini avec les deux questions? D'accord.

La parole est maintenant à M. Hanley. Vous avez six minutes.

**Brendan Hanley:** Merci beaucoup à vous deux d'être des nôtres.

J'aimerais obtenir une précision sur ce que vous avez dit au sujet du libellé du projet de loi S-228 par rapport à celui du projet de loi S-250, présenté au cours de la législature précédente.

Avez-vous bien dit que le texte est une reproduction exacte de la version finale modifiée du projet de loi S-250? Pour que ce soit clair, est-ce que le moindre mot a changé par rapport à la version finale modifiée du projet de loi S-250?

**Nathalie Levman:** Non. Le projet de loi S-228 reprend exactement le libellé du projet de loi S-250, tel que modifié par le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles.

**Brendan Hanley:** Je vais revenir un peu sur ce que M. Morin a soulevé au cours de la première heure au sujet de la notion de consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause dans le contexte des actes médicaux.

Pouvez-vous nous expliquer comment cette notion est interprétée et définie dans la jurisprudence médicale?

**Nathalie Levman:** C'est une excellente question.

Deux cadres juridiques s'appliquent aux professionnels de la santé. Le premier relève du droit provincial et territorial en matière de santé. Par exemple, la Loi sur le consentement aux soins de santé de l'Ontario fournit un cadre réglementaire que les médecins doivent respecter afin de se conformer aux règles sur le consentement éclairé. Ces règles correspondent, pour l'essentiel, à ce que prévoit le paragraphe 265(3), que j'ai sous les yeux. Celui-ci précise qu'un consentement est requis pour chaque contact physique. C'est un aspect fondamental du droit canadien, comme l'a confirmé la Cour suprême du Canada dans l'arrêt Morgentaler. La Cour a été très claire: tout acte médical exercé dans le non-respect des règles de consentement prévues dans le droit pénal — règles qui sont énoncées à l'article 265 et dans la jurisprudence — constitue des voies de fait. Nous savons cela. Dans notre société, ce principe est essentiel à la protection de l'autonomie corporelle et de l'intégrité physique.

Ce que nous voyons dans le droit pénal correspond exactement à ce que ma collègue a décrit. Le consentement ne peut être obtenu par la fraude, les menaces, la violence ou l'exercice de l'autorité. Plus important encore, si aucun consentement éclairé n'est donné — par exemple, si une personne consent à une intervention précise et se retrouve stérilisée sans y avoir consenti —, il n'y a alors aucun consentement. Cela vaut tant aux fins d'une mesure législative comme la Loi sur le consentement aux soins de santé, ou de lois équivalentes ailleurs au pays, qu'aux fins du droit pénal.

Nous avons donc des cadres juridiques qui se recoupent: l'un relève du droit pénal et l'autre, d'un régime réglementaire. L'un est de compétence fédérale et l'autre, de compétence provinciale-territoriale.

J'espère que cela vous aide.

**Brendan Hanley:** Savez-vous s'il existe, dans d'autres champs de la pratique médicale, des lois fédérales supplémentaires régissant le consentement applicable à des actes médicaux, au-delà des règles générales sur le consentement et des dispositions législatives auxquelles vous avez fait référence?

• (0950)

**Nathalie Levman:** L'autre disposition a déjà été mentionnée. Il s'agit de celle portant sur la mutilation génitale féminine.

Je tiens à souligner que la mutilation génitale féminine et la stérilisation ne sont pas des procédures analogues. La mutilation génitale féminine constitue une forme de violence faite aux femmes. Cette procédure n'est jamais indiquée sur le plan médical. C'est pourquoi le paragraphe 268(4) dit clairement qu'aucun consentement à une mutilation génitale féminine n'est valide, sauf dans certaines exceptions très limitées, puisque la mutilation génitale féminine est définie, en partie, comme une excision. En effet, l'excision consiste à couper et, par conséquent, à retirer quelque chose — par exemple, une tumeur cancéreuse — ou à réparer les dommages causés par une mutilation génitale féminine. Cela nécessite une ablation. Le droit reconnaît donc le consentement dans ces situations restreintes où une intervention particulière sur les organes génitaux féminins est légitime et indiquée sur le plan médical.

Je tiens à préciser que le projet de loi S-228 ne contient aucune disposition semblable. On n'y trouve rien qui dit qu'aucun consentement n'est valide, précisément parce que le consentement est valide dans ce contexte.

Les actes médicaux qui ont une utilité sociale... C'est ce que la Cour suprême du Canada a déclaré dans l'arrêt Jobidon, en 1991. Le droit permet clairement aux personnes de consentir à des actes médicaux qui peuvent être très invasifs, mais qui présentent un avantage social et un bénéfice pour le patient qui les subit.

C'est pourquoi le projet de loi S-228 s'inscrit très bien dans le cadre actuel régissant les actes médicaux non consentis. Il prévoit simplement que, si une stérilisation est effectuée sans consentement — c'est-à-dire qu'elle n'est pas conforme aux règles du droit pénal en matière de consentement, comme ma collègue l'a expliqué —, ce sera alors un acte criminel, et une personne pourrait être tenue responsable, mais uniquement si elle possède la connaissance requise ou fait preuve d'insouciance quant à l'absence de consentement du patient.

Voilà donc ce que fait le projet de loi S-228. C'est différent de la disposition relative à la mutilation génitale féminine, car il s'agit d'une pratique différente. La mutilation génitale féminine n'est pas une intervention légitime. Les actes de stérilisation consentis sont légitimes, mais les mutilations génitales féminines ne le sont jamais.

Je tenais à expliquer les différences entre ces deux dispositions.

**Le président:** Merci beaucoup.

[Français]

Madame Gill, vous avez la parole pour six minutes.

**Marilène Gill:** Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être des nôtres pour nous éclairer grâce à leurs fonctions professionnelles.

Le Collège des médecins du Québec avait informé le Comité de plusieurs inquiétudes. Vous avez supposé que le Collège des médecins du Québec, l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ne comprenaient peut-être pas la teneur et la portée du projet de loi S-228.

Les représentants de ces organismes avaient quelques questions et nous ont soumis une information visant l'harmonisation du projet de loi, ce que je vous soumettrai en dernier. L'une de ces questions concernait la portée de l'article 45 du Code criminel. Pour eux, on devrait apporter des précisions à cet égard. L'article mentionne notamment ceci:

a) l'opération est pratiquée avec des soins et une habileté raisonnables;

b) il est raisonnable de pratiquer l'opération, étant donné l'état de santé de la personne au moment de l'opération et toutes les autres circonstances de l'espèce.

Bref, il est question de situations d'urgence. C'est la crainte que ces gens ont soulevée. Ils se disent que des précisions à cet égard permettraient de protéger tant la patientèle que les médecins pratiquants, bien sûr.

C'est donc une de leurs propositions. J'aimerais entendre vos commentaires sur cette première proposition. Ensuite, j'en aurai d'autres.

[Traduction]

**Nathalie Levman:** Aucune disposition du projet de loi S-228 n'a d'incidence sur l'article 45. Ma collègue l'a rappelé dans sa déclaration liminaire, et je l'ai réitéré. Le cadre juridique actuel continue d'offrir une protection contre la responsabilité criminelle dans les situations appropriées, y compris les situations d'urgence.

L'article 45 s'applique présentement. Je crois comprendre qu'il l'est pour veiller à ce que les médecins puissent sauver des vies. Je tiens à souligner qu'il s'agit là d'un rôle particulièrement significatif et très important sur le plan social. Nous devons être en mesure de sauver des vies en cas d'urgence, notamment en cas de rupture utérine ou autre. Le droit pénal actuel le permet, et il n'y a rien dans le projet de loi S-228 qui vient changer cela.

Je tiens vraiment à rassurer la communauté médicale et ce comité sur le fait que le projet de loi S-228 ne modifiera pas le cadre existant qui protège déjà les professionnels de la santé qui sauvent des vies et doivent renoncer à la procédure de consentement en situation d'urgence.

• (0955)

[Français]

**Marilène Gill:** Je ne pensais pas vous poser la question, mais elle m'est venue pendant que vous parliez. Nous avons entendu plusieurs médecins, parmi les intervenants d'aujourd'hui. Est-ce que les médecins ont pris part à la rédaction du projet de loi S-228 ou à la réflexion ayant mené à celui-ci, ou même au projet de loi S-250? Vous pouvez répondre par oui ou par non. Je vous pose la question comme ça. J'en ai d'autres, aussi.

[Traduction]

**Nathalie Levman:** Je tiens à souligner qu'il s'agit d'un projet de loi d'initiative parlementaire, et non d'un projet de loi du gouvernement. Je peux me référer à ce que je sais, à ce que je crois comprendre du processus.

Le projet de loi S-250, tel qu'il a été présenté, prévoyait initialement une infraction très large qui aurait criminalisé toutes les procédures de stérilisation, sous réserve d'exceptions très limitées. Si j'ai bien compris, la communauté médicale s'est présentée devant un comité sénatorial — affaires juridiques et constitutionnelles — et a exprimé son soutien au projet de loi, mais aussi ses vives préoccupations à son égard. Si j'ai bien compris, ces préoccupations ont été prises en compte par la sénatrice Boyer, et par d'autres qui l'ont aidée à élaborer les amendements qui ont finalement été acceptés par le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles lors de son étude article par article du projet de loi S-250. Ce sont ces amendements que vous examinez aujourd'hui.

[Français]

**Marilène Gill:** En fait, ma question se pose, que ce soit un projet de loi du gouvernement, auquel cas vous auriez pu répondre, ou un projet de loi émanant d'un député. Pour nous, les législateurs, peu importe le type de projet de loi, ça suscite des questions sur la façon dont nous devrions procéder pour rassurer les gens en amont plutôt qu'en aval.

J'ai une autre question du Collège des médecins du Québec à vous soumettre. Je crois que vous y avez répondu, dans une certaine mesure. Ces gens ont fait un parallèle entre les cas de mutilation et le consentement. Pour le Collège des médecins du Québec, le consentement verbal ne serait pas suffisant. Ses membres préféreraient que ce soit fait autrement. Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, il s'agit de renforcer la protection de la patientèle et des médecins.

J'ai une dernière question, que je vous pose tout de suite, car, si je vous laisse répondre tout de suite à la question précédente, je n'aurai plus le temps de poser celle-ci. C'est au sujet de la définition. Vous y avez fait allusion, il y a quelques instants. Selon les gens du Collège des médecins du Québec, il y a une espèce d'irrégularité. Lorsqu'on compare la version française et la version anglaise, on voit qu'il manque un élément à la version anglaise. Je pourrai vous l'envoyer. Les membres du Collège des médecins du Québec aimeraient que, dans la version anglaise, « *occluding* » soit utilisée, en plus de « *clipping* », un terme qui n'englobe pas vraiment les termes employés dans la version française. C'est donc une question d'harmonisation.

Je vous prie de répondre à ma question relative à l'analogie entre la mutilation et la stérilisation, auquel cas le consentement verbal ne serait pas suffisant.

[Traduction]

**Nathalie Levman:** Comme je l'ai déjà dit, il existe deux cadres juridiques. Certaines des remarques formulées au sujet du consentement et du consentement éclairé s'inscrivent davantage dans le contexte du droit de la santé en Colombie-Britannique. Quelles sont les démarches administratives nécessaires pour s'assurer d'obtenir un consentement éclairé en bonne et due forme? C'est la raison pour laquelle ma collègue et moi avons souligné que le respect des lois provinciales et territoriales en matière de santé exonère totalement un professionnel de la santé de toute responsabilité criminelle,

car ces règles sont très strictes. Elles exigent souvent un consentement écrit, sauf en cas d'urgence, comme nous l'avons souligné. Voilà ce que j'avais à dire. Nous devons essayer de séparer les cadres juridiques: l'un est pénal, l'autre réglementaire; l'un est fédéral, l'autre, provincial et territorial.

En ce qui concerne le texte du projet de loi S-228, je tiens à dire — pour que cela soit consigné dans le procès-verbal — que les fonctionnaires du ministère de la Justice ont apporté leur aide, par l'intermédiaire du cabinet de notre ministre — ce qui est d'ailleurs la seule façon correcte de procéder —, pour les modifications apportées à l'ancien projet de loi S-250. Pour ce faire, nous avons fait appel à de nombreux fonctionnaires, y compris des légistes. Nous ne rédigeons pas dans une langue pour ensuite traduire ce qui a été écrit; nous rédigeons dans les deux langues en même temps. Même si les textes ne se ressemblent pas exactement et que l'un ne donne pas l'impression d'être une traduction littérale de l'autre, je peux vous assurer qu'ils vont dans le même sens, ce qui est précisément ce que nous cherchons à faire dans les salles de rédaction.

• (1000)

**Le président:** Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de M. Ramsay. Monsieur Ramsay, vous avez cinq minutes.

[Français]

**Jacques Ramsay:** Bonjour.

Tout ça est très instructif et très rassurant sur le plan juridique.

Vous étiez là durant la première heure et vous avez entendu M<sup>re</sup> Amanda Therrien faire une proposition d'amendement. Elle s'inquiétait entre autres de l'usage du mot « permanent » et du fait que des procédures de stérilisations avaient aussi été effectuées sur des hommes.

Est-ce que vous avez trouvé cette proposition pertinente? Quels sont vos commentaires là-dessus?

[Traduction]

**Nathalie Levman:** Je voudrais attirer l'attention du Comité sur le paragraphe 268.1(2) du projet de loi S-228, où il est indiqué: « ou de tout autre acte exécuté sur une personne qui a pour effet d'empêcher la procréation de façon définitive ». En droit, nous appelons cela une disposition fourre-tout. Cela signifie que toutes les interventions qui entraînent l'empêchement permanent de la procréation, ou de la stérilisation, seraient visées par la définition. Cela inclurait également une vasectomie non consentie.

En ce qui concerne ses autres préoccupations, je dirais que la disposition pour laquelle l'Association nationale Femmes et Droit a suggéré une limitation n'est pas nécessaire précisément en raison de ce que nous vous avons exposé aujourd'hui. Le projet de loi S-228 ne modifie pas le droit pénal existant. Nous ne trouvons pas de dispositions de ce type dans le droit pénal actuel, car nous savons que toutes les interventions médicales consenties ne sont pas criminelles. Elles ne sont pas criminelles aujourd'hui, et elles ne le seraient pas non plus en vertu du projet de loi S-228. Nous estimons donc que cette disposition ne serait pas nécessaire.

[Français]

**Jacques Ramsay:** Quand je vous écoute, maître Levman — j'imagine que c'est « maître », car, d'après la façon dont vous parlez, je suis certain que vous êtes juriste —, j'ai l'impression que le projet de loi S-228 n'est pas nécessaire du tout.

[Traduction]

**Nathalie Levman:** Je vais peut-être répondre en me référant à certains des témoignages qui vous ont été présentés.

De nombreux intervenants vous ont dit qu'il était très important pour eux de clarifier la loi à cet égard, compte tenu de l'historique dont vous avez pris connaissance. Nous l'avons entendu de la part des personnes concernées et de la marraine du projet de loi. Nous l'avons également entendu de la part de certains membres de la communauté médicale qui estiment eux aussi que le fait de clarifier la loi contribuerait à sensibiliser le public et à faciliter l'élaboration des très importantes mesures éducatives requises pour empêcher que de telles choses se reproduisent.

[Français]

**Jacques Ramsay:** Je vous suis, mais, quand vous nous dites que certaines choses ne sont pas nécessaires, nous pourrions dire la même chose de la vasectomie dans le cas d'autres personnes. Je pense aux gens ayant la trisomie 21 qui ont pu avoir des vasectomies. On pourrait dire aussi, à des fins de clarification, qu'il y a des gens qui ont été brimés là-dedans aussi. À mon sens, ça mériterait peut-être la même ouverture que celle nécessaire pour le projet de loi S-228.

[Traduction]

**Nathalie Levman:** Le projet de loi S-228 clarifierait cela.

• (1005)

[Français]

**Jacques Ramsay:** D'accord, je le comprends. Ça permet de clarifier les choses, mais je voulais juste...

[Traduction]

**Nathalie Levman:** Cela ne change rien. Une vasectomie non consentie constitue déjà une agression.

[Français]

**Jacques Ramsay:** D'accord.

J'ai une question peut-être plus importante. Ici, on s'est beaucoup inquiété de la disponibilité des services de planification familiale pour tout le monde. Nous avons entendu la Dre Brassard nous dire qu'il fallait galérer pour obtenir une stérilisation chez une femme plus jeune.

Je comprends que c'est un projet de loi d'intérêt public du Sénat et que ça ne relève pas du ministère de la Justice, mais, au-delà des répercussions judiciaires, est-ce qu'on s'est inquiété des répercussions sociales de ce projet de loi?

[Traduction]

**Nathalie Levman:** Je considère que les principes fondamentaux du droit pénal protègent les personnes contre les comportements non fautifs, c'est-à-dire ceux qui remplissent une fonction sociale.

Tout professionnel de la santé qui pratique une intervention avec le consentement du patient ne court aucun risque. Il ne court aucun risque actuellement. Il ne courrait pas non plus de risque aux termes du projet de loi S-228. En revanche, pour répondre à votre première question, cela aiderait, si je comprends bien, certaines parties prenantes à sentir que leurs droits sont reconnus par la loi.

[Français]

**Jacques Ramsay:** Absolument.

Nous avons aussi beaucoup entendu que, parfois, des procédures doivent être décidées en quelques secondes. Il n'y a donc pas de temps pour douter et pour se questionner; il faut agir rapidement.

Est-ce que le projet de loi S-228 pourrait avoir un effet à cet égard? Je sais bien que c'est couvert, je l'ai bien compris. Cependant, le mot « consentement » n'est pas utilisé précisément dans le projet de loi S-228 et vous faites référence à un autre article, soit l'article 265 du Code criminel, je crois.

Est-ce que, pour clarifier les choses, nous ne devrions pas avoir d'abord recours au mot « consentement » dans le projet de loi S-228, toujours dans l'optique où des professionnels de la santé peuvent devoir agir rapidement et n'ont pas le luxe de réfléchir afin de déterminer si les gestes qu'ils s'approprient à faire vont respecter le projet de loi S-228?

[Traduction]

**Le président:** Veuillez donner une réponse très brève. Vous pouvez également soumettre un document écrit par la suite, si vous estimez ne pas avoir le temps de dire tout ce que vous voudriez dire.

**Nathalie Levman:** Merci.

Tel est l'état actuel du droit. L'état actuel du droit protège les professionnels de la santé qui, dans des situations d'urgence, doivent prendre des décisions difficiles dans l'intérêt de leurs patients. Il n'y a rien dans le projet de loi S-228 qui vient changer cela.

Je tiens à souligner que les principes fondamentaux du droit pénal imposent une responsabilité criminelle aux personnes qui, non seulement, commettent un acte répréhensible — c'est-à-dire qui pratiquent une intervention chirurgicale non consentie —, mais qui le font tout en sachant que la personne a donné son consentement, ou en faisant preuve d'insouciance à cet égard. Ce n'est pas parce qu'il peut y avoir un malentendu au sujet du consentement que la responsabilité criminelle s'applique. Pour établir cette responsabilité criminelle, il faut établir ces deux éléments hors de tout doute raisonnable. Le droit pénal actuel protège les professionnels de la santé de la même manière qu'il les protégerait en vertu du projet de loi S-228.

**Le président:** Merci beaucoup.

Cela nous amène à la fin.

Quelqu'un d'autre a-t-il quelque chose de pressant à signaler pour l'instant? Non. Je ne vois personne se manifester.

Au retour de nos deux semaines dans nos circonscriptions respectives, nous reprendrons là où nous nous sommes arrêtés. Pour rappel, nous passerons au projet de loi S-2 lorsque nous en aurons fini avec ceci. Vendredi est la date limite pour nous communiquer les noms de vos témoins.

Député Morin, nous vous écoutons.

**Billy Morin:** J'ai une petite question, monsieur le président.

Des commentaires ont été formulés avant le début de la séance. Kashechewan, conformément à la motion, demanderait une heure le 14, à notre retour. J'ignore la procédure pour savoir si cela est possible.

**Le président:** Je prends bonne note de cela. Nous parlerons aux responsables du ministère afin de voir si la ministre est disponible à cette date. Nous prenons acte de la motion que vous avez présentée, ainsi que de la date.

Merci.

**Billy Morin:** Merci.

**Le président:** Y a-t-il d'autres interventions?

[Français]

Madame Gill, la parole est à vous.

**Marilène Gill:** Merci, monsieur le président.

Pour faciliter notre travail, est-ce que c'est possible d'obtenir un calendrier des séances jusqu'à la fin du printemps? Même s'il n'est pas complet, ça nous donnera au moins une idée de ce qui s'en vient.

• (1010)

[Traduction]

**Le président:** Très bien.

Le greffier a également du travail à faire au cours des deux prochaines semaines. Nous vous enverrons le fruit de ces travaux. Je consulterai également les vice-présidents au fur et à mesure que nous établirons le calendrier.

Monsieur Schmale, allez-y.

**Jamie Schmale:** Merci, monsieur le président.

Je voudrais m'assurer que la semaine où nous reviendrons débute le 13 avril. Est-ce exact?

**Le président:** C'est exact.

**Jamie Schmale:** Comme mon collègue l'a mentionné, la ministre viendrait parler de Kashechewan le 14, si cela est possible.

**Le président:** C'est exact.

**Jamie Schmale:** En supposant que cela puisse se faire, le 16 avril serait-il consacré à une autre réunion sur le projet de loi S-228?

**Le président:** Oui, ce serait le cas.

**Jamie Schmale:** D'accord.

Pouvons-nous présumer que nous allons procéder à l'étude article par article au cours de la deuxième heure?

**Le président:** C'est tout à fait possible. C'est à vous de voir.

**Jamie Schmale:** Cela nous convient.

Nous pourrions donc en finir avec le projet de loi S-228 le 16 avril...

**Le président:** Cette semaine-là, oui.

**Jamie Schmale:** ... ce qui nous amènerait peut-être au projet de loi S-2, ou à un autre sujet, le 21.

**Le président:** C'est exact. Je vais consulter les vice-présidents pour m'assurer que le calendrier est cohérent, car nous avons l'étude du Bloc québécois, qui doit également aboutir. Cela doit être présenté sous forme d'étude article par article.

[Français]

**Marilène Gill:** Merci.

[Traduction]

**Le président:** Députée Gill, allez-y, je vous prie.

[Français]

**Marilène Gill:** Il est possible qu'une mission à l'ONU s'en vienne. Je ne sais pas encore à quel moment elle est prévue, mais il va falloir en parler, parce que c'est à partir du 20 avril, ce qui veut dire qu'il se peut que le Comité ne siège pas. J'aimerais bien savoir si le Comité ne siègera pas, parce que la date butoir pour le projet de loi S-2 est le 30 avril.

[Traduction]

**Le président:** C'est exact. Nous devons obtenir l'autorisation de la Chambre pour voir si nous pouvons nous rendre à l'ONU.

**Jamie Schmale:** Maintenant, si tel est le cas...

Nous avons le Comité — nous travaillons encore sur cette partie —, mais si la Chambre n'autorise pas le Comité à se rendre... Je crois qu'il a également été question que certains membres utilisent leurs propres moyens pour s'y rendre et y rester toute la semaine.

Je présume que nous devons en discuter, car cela repoussera la prochaine discussion au 28.

[Français]

**Marilène Gill:** C'était ma question.

[Traduction]

**Le président:** Nous pourrions en discuter pendant les semaines de circonscription. Je vais peut-être organiser une téléconférence avec les vice-présidents à cette fin.

[Français]

**Marilène Gill:** Merci beaucoup.

[Traduction]

**Le président:** Merci encore au ministère de la Justice pour ce témoignage très étoffé.

La séance est levée.





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>