



Projet de loi sur la stérilisation forcée : pour éviter que cela ne se reproduise

Mémoire concernant le projet de loi S-250, Loi modifiant le
Code criminel (actes de stérilisation)

Déposé au Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et
constitutionnelles

Sénat

Le 18 septembre 2024



COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR



APNQL
ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS
— QUÉBEC-LABRADOR —

Ce mémoire a été produit dans le cadre de l'examen en comité du projet de loi S-250, *Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation)*. Il a été déposé au Sénat, Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, le 18 septembre 2024.

Rédacteurs

Leila Ben Messaoud, conseillère juridique – CSSSPNQL
Pierre-Simon Cleary, conseiller juridique – CSSSPNQL

Collaborateurs

Marc-Olivier Brousseau, technicien juridique – CSSSPNQL
D^{re} Nathalie Duchesne, médecin-conseil – Collège des médecins du Québec
Marjolaine Siouï, directrice générale – CSSSPNQL
Francis Verreault-Paul, chef de cabinet – APNQL
D^r Stanley Vollant, médecin-conseil en santé publique – CSSSPNQL

Note au lecteur

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

Tous droits réservés à la CSSSPNQL.

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

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador 2024 : *Projet de loi sur la stérilisation forcée : pour éviter que cela ne se reproduise*. Mémoire concernant le projet de loi S-250, *Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation)*.

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

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

ISBN version Web : 978-1-77315-528-9
© CSSSPNQL 2024



Table des matières

Introduction	4
1. Description des organisations	4
1.1 Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL).....	4
1.2 Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)	4
2. Contexte actuel entourant la stérilisation forcée	4
3. Propositions visant à améliorer le contenu du projet de loi et sa mise en œuvre	5
3.1 Sécurisation culturelle : un incontournable	5
3.2 Définition d’acte de stérilisation	9
3.3 Comment mieux définir le consentement dans sa nature et sa temporalité?	10
3.4 Mesures de sauvegarde	15
Conclusion.....	17
Recommandations.....	18
ANNEXE 1	20

Introduction

Le 14 juin 2022, l'honorable Yvonne Boyer, sénatrice, déposait au Sénat le projet de loi S-250, *Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation)*. Ce projet de loi modifie le *Code criminel* afin de créer une infraction relative aux actes de stérilisation.

Ce mémoire expose brièvement le contexte particulier qui existe chez les Premières Nations au Québec. Il présente les enjeux particuliers devant être pris en compte dans le projet de loi et propose des recommandations visant à mieux y répondre.

1. Description des organisations

1.1 Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL)

Créée en 1985, l'APNQL est le lieu de rencontre des chefs de 43 communautés de dix Premières Nations au Québec et au Labrador. Elle traite de nombreuses questions, comme la défense des titres des Premières Nations et de leurs droits ancestraux et issus de traités, les politiques et les lois des gouvernements fédéral et provinciaux qui portent atteinte à leurs coutumes et à leur mode de vie, les niveaux de financement, les décisions des deux ordres de gouvernement, les relations avec ces derniers, le développement économique des communautés, toutes les questions sociales, économiques et culturelles, toutes les questions touchant à l'autonomie gouvernementale des Premières Nations ainsi que les relations internationales et nationales avec les gouvernements.

1.2 Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

La CSSSPNQL est une association à but non lucratif créée en 1994 par résolution des chefs de l'APNQL. Elle est responsable d'appuyer les efforts des Premières Nations au Québec pour, notamment, planifier et offrir des services de santé et des services sociaux culturellement adaptés et préventifs. Elle a pour mission d'accompagner les Premières Nations au Québec dans l'atteinte de leurs objectifs en matière de santé, de mieux-être, de culture et d'autodétermination. Ses principaux champs d'intervention sont liés aux domaines de la gouvernance, de la petite enfance, de la santé, des services sociaux, du développement social, de la recherche et des ressources informationnelles.

2. Contexte actuel entourant la stérilisation forcée

D'emblée, un constat s'impose : il existe peu de données empiriques au sujet de la stérilisation forcée. Parmi les pistes explicatives, il faut souligner le peu de recherches sur le sujet. Ce phénomène peut être comparé à celui d'une agression sexuelle : c'est un sujet tabou et peu discuté. Les victimes craignent d'aborder avec quiconque les violences qu'elles ont vécues.

Néanmoins, il y a de l'espoir. En 2022, un rapport issu d'une recherche menée en collaboration entre l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) et la CSSSPNQL¹ a recueilli 31 témoignages de femmes des Premières Nations et Inuit directement touchées par la stérilisation forcée ainsi que quatre témoignages de témoins². De plus, les discussions générées par le rapport ont rendu pertinente l'option d'élaborer une deuxième phase à la recherche en cours³.

S'il est important d'attirer la lumière sur ce sujet tabou, la nécessité de légiférer adéquatement l'est tout autant. Penchons-nous sur les manières de modifier le projet de loi S-250 afin de le rendre plus pertinent, notamment par la mise en œuvre d'un système de santé ayant comme l'un de ses fondements la sécurisation culturelle.

3. Propositions visant à améliorer le contenu du projet de loi et sa mise en œuvre

3.1 Sécurisation culturelle : un incontournable

Le concept de la sécurisation culturelle a toujours existé dans la culture des Premiers Peuples. Prendre soin d'autrui fait partie des enseignements sacrés. Au fil du temps, on lui a donné le nom de « sécurisation culturelle », suivant certains constats ayant servi à dénoncer des pratiques inacceptables dans les systèmes de santé et les services publics envers les peuples autochtones.

Par exemple, les travaux de l'infirmière maorie Irihapeti M. Ramsden, qui a été témoin des insatisfactions du peuple maori à l'égard des soins de santé prodigués par des professionnels de la Nouvelle-Zélande, ont visé à atténuer cette insatisfaction émanant des disparités culturelles entre des professionnels de la santé mal outillés et les Maoris, qui vivaient alors des insatisfactions lors de leurs échanges avec ceux-ci⁴.

Au Québec, des institutions de santé et de services sociaux se sont dotées d'une définition de la sécurisation culturelle suivant le décès tragique de Joyce Echaquan, le 28 septembre 2020⁵. En mars 2021, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a défini et établi un modèle pour cheminer vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit.

¹ CSSSPNQL. *Consentement libre et éclairé et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*. Wendake, 2022. Consulté le 14 juin 2024.

<https://cssspnql.com/produit/consentement-libre-et-eclairer-et-les-sterilisations-imposees-de-femmes-des-premieres-nations-et-inuit-au-quebec/>.

² D'ailleurs, une action collective contre le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière a été autorisée pour des femmes atikamekw² qui y auraient subi une stérilisation forcée depuis 1980. Le recours collectif inclut également les conjoints, les aidants naturels, les enfants, les petits-enfants, les héritiers et les ayants droit ayant subi des dommages à titre de victimes par ricochet.

³ CSSSPNQL. *Consentement libre et éclairé – Stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec – Phase II*. Wendake, 2024. Consulté le 14 juin 2024.

<https://sterilisationsimposees.cssspnql.com/>.

⁴ Irihapeti Merenia Ramsden, « Cultural Safety and Nursing Education in Aotearoa and Te Waipounamu », Victoria University of Wellington, 2002. Consulté le 14 juin 2024.

<https://ir.wgtn.ac.nz/handle/123456789/26651>.

⁵ « Principe de Joyce », Bureau du Principe de Joyce. Consulté le 14 juin 2024.

<https://principedejoyce.com/>.

Le MSSS rappelle à cet effet que la « sécurisation culturelle consiste à rétablir et à soutenir l'équité pour les Autochtones.

Elle reconnaît la présence des iniquités et cherche à combler ces écarts par des pratiques pertinentes⁶ ». L'approche du MSSS est centrée sur la personne, dans le cadre du partenariat avec les usagers des Premières Nations et Inuit du réseau de la santé et des services sociaux.

En 2023, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a adopté une vision de la sécurisation culturelle⁷ en vue de combattre les iniquités liées à la discrimination systémique afin que les soignants prennent « conscience des structures qui engendrent des inégalités : les relations de pouvoir, la marginalisation de certains groupes, les biais culturels et le racisme, par exemple⁸ ».

En septembre 2023, les chefs de l'APNQL ont adopté une déclaration à l'égard du droit à l'autodétermination et à la sécurisation culturelle. Cette dernière stipule que les « Premières Nations ont le droit d'avoir accès, sans aucune discrimination et de manière culturellement sécurisante à tous les services publics, notamment en matière de santé et de services sociaux⁹ ».

La sécurisation culturelle s'inscrit donc dans une démarche d'autonomie personnelle, l'ancrage avec la culture de la personne issue d'une Première Nation, Inuk ou Métis, le respect du consentement libre et éclairé, le droit réel et objectif à l'égalité et une continuité des soins. Cette sécurisation culturelle doit être sans entrave pouvant être provoquée, notamment, par les finances publiques, les champs de compétence des ordres du gouvernement ou par d'autres enjeux de discrimination systémique.

⁶ MSSS. *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux – Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit – Édition mars 2021*. (Québec : MSSS. Direction des communications, 2021), p. 9.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003056/>.

⁷ Plusieurs recommandations du *Rapport du groupe de réflexion sur les interruptions de grossesse et les stérilisations imposées aux femmes des Premières Nations et Inuit au Québec* du CMQ concernent la sécurisation culturelle. À la page 15, on y souligne qu'en matière de formation, « [d]es notions de sécurisation culturelle doivent aussi être inculquées aux médecins ». Le CMQ met d'ailleurs l'accent sur l'importance de former le personnel responsable des enquêtes et de l'inspection professionnelle à cet enjeu et de rendre cette formation incontournable à la formation professionnelle des médecins.

⁸ CMQ. *Sécurisation culturelle et soins de santé – Rebâtir la confiance*. 29 septembre 2023.
<https://www.cmq.org/fr/actualites/securisation-culturelle-confiance>.

⁹ APNQL. *Déclaration sur les droits des Premières Nations à l'autodétermination et à la sécurisation culturelle*. Wendake, 2023. Consulté le 14 juin 2024. <https://cssspnql.com/produit/declaration-sur-les-droits-des-premieres-nations-a-lautodetermination-et-a-la-securisation-culturelle/>.

Le gouvernement fédéral reconnaît cette approche depuis l'adoption de la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*¹⁰ qui encadre la mise en œuvre de la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*¹¹ (ci-après « la Déclaration »). Celle-ci mentionne, à son article 7 :

1. *Les autochtones ont droit à la vie, à l'intégrité physique et mentale, à la liberté et à la sécurité de la personne.*
2. *Les peuples autochtones ont le droit, à titre collectif, de vivre dans la liberté, la paix et la sécurité en tant que peuples distincts et ne font l'objet d'aucun acte de génocide ou autre acte de violence, y compris le transfert forcé d'enfants autochtones d'un groupe à un autre.*

Au-delà du CMQ, d'autres ordres professionnels doivent être interpellés et conscientisés à la question de la sécurisation culturelle. Dans « Perspective infirmière », l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) publiait, dès 2018, un billet sur la sécurisation culturelle en santé, qualifié alors de concept émergent. L'OIIQ affirmait que la « sécurisation culturelle désigne des soins qui sont prodigués dans le respect de l'identité culturelle du patient¹² ». Parmi les pistes d'intervention possibles figurent l'inclusion de la sécurisation culturelle au contenu de la formation professionnelle obligatoire du personnel infirmier et dans leur cheminement scolaire vers la profession ainsi que l'intégration scolaire des personnes autochtones aux professions des soins infirmiers. Cette conscientisation est d'autant plus importante lorsqu'on sait qu'en pratique, l'obtention du consentement libre et éclairé incombe au personnel infirmier, dans certaines situations¹³.

Ces observations démontrent qu'il y a une conscientisation grandissante des enjeux autour de la sécurisation culturelle chez plusieurs ordres professionnels, notamment chez les médecins et le personnel infirmier. D'autres ordres professionnels ont également entrepris des démarches en ce sens, notamment par le biais d'encadrement de la profession ou de prise de position publique¹⁴.

¹⁰ LC 2021, c. 14.

¹¹ Organisation des Nations Unies. *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. Organisation des Nations Unies, 2007.
https://social.desa.un.org/sites/default/files/migrated/19/2018/11/UNDRIP_F_web.pdf.

¹² Anne-Marie Leclerc et coll., « Sécurisation culturelle en santé : un concept émergent », *Perspective infirmière* (mai-juin 2018) : <https://www.oiiq.org/securisation-culturelle-en-sante-un-concept-emergent>.

¹³ Joanne Létourneau et coll., « Les obligations déontologiques de l'infirmière ou de l'infirmier et le consentement aux soins », *Chronique déontologique* : <https://www.oiiq.org/les-obligations-deontologiques-de-l-infirmiere-et-le-consentement-aux-soins>.

¹⁴ À titre d'exemple, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) a réagi, par l'entremise de son président, Pierre-Paul Malenfant, au projet de loi n° 32, *Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux* « avec beaucoup de réserves », du fait que les Premières Nations et les Inuit n'ont pas été intégrés activement dans le processus pour instaurer les pratiques de sécurisation culturelle et que l'exécutif du gouvernement refuse de reconnaître la discrimination systémique. Voir notamment OTSTCFQ, *Mots sociaux*, « Message du président », 21 septembre 2023.
<https://www.otstcfq.org/mots-sociaux/actualites/message-du-president-21-septembre-2023/>.

La démarche de sécurisation culturelle doit également tenir compte de la compréhension par la personne issue d'une Première Nation, Inuk ou Métis concernée par des soins lorsqu'il y a des interactions avec les professionnels de la santé. Or, le projet de loi ne fait actuellement aucune mention du recours à un accompagnateur culturel ou à des interprètes en langues autochtones.

Dans ce contexte, les « mesures de sauvegarde » inscrites dans le projet de loi pourraient s'avérer caduques en ce que la personne interpellée avant un acte de stérilisation se trouverait incapable de comprendre ou de communiquer convenablement avec le médecin ou tout autre professionnel de la santé¹⁵.

Une approche de sécurisation culturelle et le recours à des accompagnateurs culturels ou à des interprètes doivent donc devenir la norme professionnelle sur le plan déontologique et, par ricochet, la méthode à utiliser afin d'assurer que les mesures de sauvegarde ont bien été respectées, bien avant d'exécuter l'acte de stérilisation et au moment venu de l'exécuter. La personne concernée doit bien comprendre sa définition et sa portée.

Pour toutes les raisons énumérées ci-dessus, nous recommandons d'ajouter un libellé au préambule concernant la sécurisation culturelle tenant compte des peuples autochtones et des minorités ethniques et sexuelles. Également, nous recommandons d'ajouter au premier paragraphe de l'article 268.1 du projet de loi une définition sur la sécurisation culturelle élaborée conjointement avec les peuples autochtones. Elle devra contenir les principes suivants :

S'entend des mesures prises pour s'assurer que :

- (a) les soins prodigués le sont dans le respect de l'identité culturelle, sexuelle ou religieuse de la personne, notamment en ayant recours à une tierce personne issue de la même Nation, communauté ethnoculturelle, sexuelle ou religieuse et assurant un accompagnement adéquat; et
- (b) dans le cas d'une personne issue d'une Première Nation, Inuk ou Métis ou d'une personne racisée, le fait de porter une attention particulière à la langue maternelle de cette personne ainsi qu'aux éventuels besoins d'interprétation afin que cette personne puisse comprendre l'information qui lui est fournie et faire connaître convenablement sa décision aux médecins, aux professionnels de l'équipe médicale et, le cas échéant, à la tierce personne assurant un accompagnement adéquat sur le plan culturel, sexuel ou religieux.

¹⁵ Par ailleurs, à la suite du rapport de la CSSSPNQL et de l'UQAT, le CMQ a mené un sondage auprès de 361 médecins, dont la diversité est, de l'avis du CMQ, suffisante pour représenter les différentes communautés de pratiques médicales. Le sondage révèle que : 24 % des médecins ayant consulté ce rapport n'étaient « pas du tout » étonnés des faits; 9 % des médecins consultés avaient déjà pratiqué un avortement ou une stérilisation chez une patiente autochtone et 6 % d'entre eux ont répondu avoir « peut-être » obtenu un consentement libre et éclairé; 64 % des répondants ayant pratiqué l'acte de stérilisation ont déclaré que leurs collègues avaient « peut-être » vérifié le consentement dans 7 % des cas et « non » dans 3 % des cas; et 26 % des médecins ont affirmé qu'ils hésiteraient à signaler une situation problématique de cette nature au CMQ. Par ailleurs, la majorité des médecins demeuraient favorables à l'adoption de mesures vigoureuses pour remédier aux enjeux soulevés dans ce rapport. Il est donc important que le projet de loi prévoie des dispositions supplémentaires pour donner plus de latitude aux procureurs qui seront chargés des poursuites criminelles et pénales contre un médecin fautif, mais également contre les collaborateurs professionnels.

3.2 Définition d'acte de stérilisation

L'acte de stérilisation est défini au premier paragraphe de l'article 268.1, que le projet de loi ajoute au *Code criminel*. Le projet de loi prévoit que l'acte de stérilisation :

S'entend du sectionnement, de l'occlusion, de la ligature ou de la cautérisation de l'ensemble ou d'une partie des trompes de Fallope, des ovaires ou de l'utérus d'une personne dans le but premier de prévenir, de manière chirurgicale, la grossesse, ou de tout autre acte exécuté sur une personne dans le but premier de prévenir la grossesse de manière permanente. (*sterilization procedure*)

Force est de constater qu'il existe une disparité entre la définition que l'on trouve au projet de loi et la réalité de la pratique médicale chez les professionnels consultés par la CSSSPNQL. Par exemple, l'article du projet de loi prévoit qu'un acte de stérilisation s'entend entre autres de la cautérisation de l'ensemble ou d'une partie des trompes de Fallope, des ovaires ou de l'utérus. Cependant, en ce qui concerne la cautérisation, cette intervention n'est plus une norme de pratique dans le milieu médical depuis plusieurs années.

Nous recommandons de modifier la définition d'acte de stérilisation pour y inclure les termes « ablation » et « excision ». Ces termes sont plus précis et reflètent ce qui est exercé comme pratique en milieu hospitalier.

Il est important de souligner qu'il existe des différences dans les structures des paragraphes entre la version française et la version anglaise du projet de loi. En fait, l'article 268.1 rédigé en français n'a pas la même forme que le texte de la version anglaise. Nous suggérons que le projet de loi rédigé en français ait une forme semblable à celui rédigé en anglais afin que la définition de l'acte de stérilisation comprenne des paragraphes. Ainsi, le législateur sera plus concis et précis, à savoir que l'acte de stérilisation peut comprendre tout autre acte qui n'est pas une intervention chirurgicale, y compris les castrations chimiques et les injections.

Plus du quart des participantes à l'étude de recherche menée par l'UQAT et la CSSSPNQL ont mentionné avoir vécu des violences obstétricales ou gynécologiques (VOG) au moment de leur stérilisation¹⁶. On entend entre autres par les VOG des gestes médicaux réalisés d'une manière inadéquate¹⁷. Par exemple, l'imposition d'un stérilet à très bas âge peut entraîner la stérilisation. Il s'agit d'un exemple de pratique à risque que le projet de loi n'aborde pas, mais dont les femmes peuvent en subir les contrecoups. Nous recommandons donc d'ajouter un libellé au préambule concernant les VOG. Également, nous recommandons d'ajouter au premier paragraphe de l'article 268.1 du projet de loi une définition de VOG, qui se lirait comme suit :

¹⁶ CSSSPNQL. *Consentement libre et éclairé et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*, p. 28.

¹⁷ *Ibid.*, p. 46.

Violences obstétricales ou gynécologiques (VOG) s'entend des pratiques non justifiées sur le plan médical :

- (a) entraînant des lésions corporelles; ou
- (b) un sentiment chez la personne de craindre raisonnablement pour sa vie ou son intégrité lors d'un suivi prénatal, lors de la prescription d'un moyen de contraception, lors d'un acte de stérilisation, lors de l'accouchement, lors d'un suivi post-accouchement ou lors d'un examen gynécologique.

Dans un même ordre d'idées, la définition d'acte de stérilisation est limitée aux femmes. Nous suggérons d'inclure également les hommes dans cette définition, considérant qu'il y a eu des cas de stérilisation masculine au Canada, dans des pensionnats indiens et des hôpitaux indiens. D'anciens patients d'hôpitaux indiens ont révélé avoir subi des expériences médicales durant leur hospitalisation¹⁸.

À cet effet, un recours collectif a été autorisé en janvier 2020 concernant toute personne admise dans un hôpital indien à partir du 1^{er} janvier 1936¹⁹. Les demandeurs du recours collectif allèguent de mauvais traitements.

Le principe fondamental régissant l'interprétation des dispositions criminelles et pénales est que l'ambiguïté doit être tranchée de la façon qui favorise le plus l'accusé²⁰. Voilà pourquoi il est crucial que les dispositions de ce projet de loi soient plus cohérentes, compréhensibles et sans ambiguïté.

3.3 Comment mieux définir le consentement dans sa nature et sa temporalité?

De ces multiples faits, le projet de loi doit prendre en compte la réalité des Premières Nations, des Inuit et des Métis dans un contexte médical en considérant que l'absence d'une méthodologie tenant compte de la sécurisation culturelle pourrait mener à poser des actes médicaux irréversibles. Conséquemment, le projet de loi S-250 doit mentionner que le fait de ne pas avoir offert des soins sécuritairement adaptés à une personne issue d'une Première Nation, Inuk ou Métis est un facteur aggravant à l'infraction de l'acte de stérilisation. Le deuxième paragraphe de l'article 268.1 du projet de loi prévoit que quiconque exécute un acte de stérilisation sur une personne est coupable d'un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans. Des dispositions supplémentaires doivent être ajoutées afin de donner plus de latitude aux procureurs qui seront chargés des poursuites criminelles et pénales contre un médecin fautif, mais également contre les collaborateurs professionnels.

¹⁸ « Des Autochtones victimes d'expériences médicales durant leur enfance rompent le silence », *Radio-Canada*, 22 septembre 2017. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1057511/experiences-medicales-autochtones-sanatorium-tuberculose>.

¹⁹ *Hardy c. Canada (Procureur général)*, 2020 CF 73.

²⁰ *R. c. McIntosh*, [1995] 1 RCS 686.

Le projet de loi doit inclure une disposition prévoyant que les professionnels ayant collaboré à un acte de stérilisation ont posé un acte de négligence criminelle au sens des articles 219 et 221 du *Code criminel*²¹, car l'acte de stérilisation entraîne des lésions corporelles pour lesquelles il n'y a pas eu de consentement libre et éclairé, ce qui dénote un manquement à un devoir professionnel et démontre une insouciance déréglée.

Ajoutons, sans vouloir en faire une infraction moindre et incluse, qu'une disposition du projet de loi devrait prévoir qu'une vérification du consentement incomplet, c'est-à-dire ne tenant pas compte de la sécurisation culturelle ni du besoin d'un accompagnateur culturel ou d'un interprète, est un élément constitutif d'une négligence criminelle. Or, l'imposition d'un accompagnement sécuritaire sur le plan culturel nécessite que cela soit prévu à même le projet de loi comme une obligation²².

Une telle approche permet de faciliter le travail des procureurs responsables des poursuites criminelles et pénales. Les modifications à cet effet sont présentées à l'**annexe 1**.

Le troisième paragraphe de l'article 268.1 du projet de loi prévoit cependant une exception, qui se lit comme suit :

« **(3)** Le paragraphe (2) ne s'applique pas à l'acte de stérilisation exécuté par un médecin qui a obtenu le consentement de la personne et s'est conformé aux exigences des paragraphes (5) et (6) ».

Le troisième paragraphe de l'article 268.1 doit contenir des balises plus claires quant à la notion de consentement. Nous suggérons que le projet de loi précise que le consentement doit être préalable, libre et éclairé²³. À ce sujet, la *Déclaration d'engagement pour assurer le consentement préalable, libre et culturellement éclairé dans les services de santé offerts aux filles et aux femmes des Premières Nations au Québec* (« Déclaration d'engagement ») adoptée par les chefs de l'APNQL en 2022 prévoit que le droit au consentement préalable, libre et éclairé requiert au minimum :

« a. Que le professionnel explique la nature, les effets, les risques, les avantages et les options par rapport à l'acte médical, de même qu'il communique tous les éléments nouveaux qui surviennent durant le processus de soins, le tout de manière adaptée à la situation particulière de la personne qui consulte, son niveau de connaissance et sa compréhension.

²¹ LRC 1985, c. C-46.

²² *Ibid.*, art. 219(2).

²³ Le rapport du Comité sénatorial permanent des droits de la personne intitulé « Les cicatrices que nous portons : La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada-Partie II » mentionne que « Le consentement doit être axé sur la discussion; l'autonomisation par rapport à l'extraction dans les antécédents; le consentement au fil du temps plutôt que dans des milieux de soins de courte durée; la prise de considérations liées à l'état d'esprit et à la confusion; la reconnaissance d'une directive en matière de soins de santé présentée par le patient ou le fournisseur — en demandant qui lance la discussion —; une reddition de comptes autre que des notes subjectives au dossier; et la prise en considération de l'ensemble du parcours de la personne plutôt que d'un moment ».

b. Que la personne qui consulte comprenne l'explication et puisse, au besoin et en respect avec le droit fondamental de l'utilisation des langues autochtones, être accompagnée d'un interprète.

c. Que les décisions soient prises volontairement par la personne qui consulte et que le consentement soit consigné adéquatement ».

Concernant le consentement préalable, les participantes à la recherche ont mentionné l'absence d'information sur le sujet de la ligature des trompes. Elles sont unanimes : à aucun moment, lors de leurs consultations entourant leur grossesse et la planification de leur accouchement, il n'a été question de ligature des trompes ou d'hystérectomie²⁴.

C'est pourquoi il est important de laisser au patient un délai de réflexion afin de mûrir la décision ou de recueillir d'autres renseignements²⁵. Au besoin, il peut rencontrer de nouveau le médecin avant de prendre une décision. Les consultations ne doivent pas être expéditives et limitées.

On entend par consentement libre que le patient doit être entièrement libre de s'exprimer et de décider d'accepter ou de refuser l'examen, l'intervention ou le traitement suggéré par le médecin ou encore la recherche à laquelle il est invité à participer²⁶.

Près de la moitié des participantes à la recherche ont affirmé qu'aucun formulaire de consentement ne leur a été présenté ou signé par celles-ci. Pourtant, le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* requiert le consentement écrit pour certaines opérations, dont l'intervention chirurgicale²⁷. Plusieurs participantes à l'étude de recherche ont appris des mois, voire des années plus tard, qu'elles avaient été stérilisées à leur insu lors de leur plus récent accouchement²⁸. Malgré l'obligation, nous comprenons difficilement pourquoi cette exigence n'a pas été respectée

²⁴ CSSSPNQL. *Consentement libre et éclairé et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*, p. 31.

²⁵ Henry Coudane et coll., « La notion de délai de réflexion du patient dans le cadre d'une intervention en chirurgie orthopédique programmée : étude prospective monocentrique. Rôle du médecin généraliste et du chirurgien ». Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, issue 9 (décembre 2021). <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.09.004>.

²⁶ CMQ. *Le médecin et le consentement aux soins – document de référence*. CMQ, révisé en septembre 2018 et mis à jour en octobre 2023. Consulté le 14 juin 2024. <https://www.cmq.org/fr/pratiquer-la-medecine/ateliers-webinaires/consentement-soins>.

²⁷ RLRQ, c. S-5, r.5, art. 52.1 et 53, al.22.

²⁸ CSSSPNQL. *Consentement libre et éclairé et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*, p. 36.

Considérant le préjudice lié à l'acte de stérilisation, nous recommandons, sauf en cas d'urgence²⁹, l'utilisation d'un formulaire de consentement écrit³⁰. Ce formulaire doit être accessible en anglais ainsi qu'en langues autochtones.

On entend par consentement éclairé^{31;32} que « le patient [...] doit être bien informé des tenants et aboutissants des différentes options qui lui sont proposées par le médecin. [...]

Dans le cadre du consentement éclairé, l'obligation du médecin n'est pas seulement de transmettre l'information : il a également le devoir de vérifier si le patient a compris les informations fournies³³ ».

Plusieurs participantes à la recherche ont soulevé la barrière de la langue comme enjeu réel et important dans un contexte de consultation médicale³⁴. Afin de garantir la compréhension du patient, le médecin doit favoriser le recours aux services d'un interprète, lorsque requis. Pour toutes les raisons énumérées ci-dessus, l'obtention du consentement doit aussi tenir compte des facteurs systémiques et historiques propres aux Premières Nations, aux Inuit et aux Métis.

Nous suggérons une modification au troisième paragraphe de l'article 268.1 puisque les situations urgentes doivent être considérées comme des exceptions. Il existe des situations où il est impossible d'obtenir le consentement. Dans ces cas-ci, l'infraction prévue au deuxième paragraphe de l'article 268.1 ne s'applique pas.

Par exemple, il y a des cas documentés où l'équipe médicale doit pratiquer une hystérectomie urgente lors d'une césarienne ou d'un accouchement naturel puisqu'il y a des complications liées à une hémorragie pouvant mettre la vie de la personne en danger.

²⁹ Le *Code civil du Québec* prévoit au premier alinéa de l'article 13 qu'« [e]n cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile ».

³⁰ L'article 24 de la *Loi concernant les soins de fin de vie* prévoit que le consentement à la sédation palliative continue doit être donné par écrit au moyen du formulaire prescrit par le ministre et être conservé dans le dossier de la personne. Pour obtenir l'aide médicale à mourir, une personne doit formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre, en plus de répondre aux conditions prévues à l'article 26 de la loi. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne. (Nos soulignements)

³¹ La Déclaration d'engagement précise que « le choix éclairé consiste en un processus décisionnel fondé sur une conversation sans réserve avec la patiente dans un contexte non urgent et non autoritaire. Il fournit à la patiente autonomie et contrôle, et s'appuie sur d'autres formes de connaissances, notamment les valeurs, les expériences vécues et les relations de la personne qui consulte. Le choix et le consentement éclairé doivent être compris, respectés et mis en pratique tout au long de la prestation de services de santé, par les professionnels, les associations et les organismes de réglementation des soins de santé et d'autres secteurs ».

³² Le *Code criminel* prévoit à l'article 240.1 (1) que le prélèvement d'organes humains sans consentement éclairé de la personne est une infraction criminelle. L'article 241.2 (1) énonce les critères d'admissibilité relatifs à l'aide médicale à mourir, notamment que la personne consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs.

³³ CMQ. *Le médecin et le consentement aux soins – Document de référence*, p. 18.

³⁴ CSSSPNQL. *Consentement libre et éclairé et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*, p. 35.

Les professionnels de la santé doivent donc faire une hystérectomie³⁵ pour arrêter le saignement de l'utérus ou enlever — ce qui est rare, mais possible — les trompes de Fallope pour faire cesser les saignements. Dans ces situations, comme le facteur temps est déterminant dans le déroulement des interventions³⁶, les professionnels doivent alors agir sans attendre et sans possibilité d'obtenir un consentement afin de prodiguer les soins requis pour maîtriser la situation précaire du patient afin d'assurer sa survie ou de lui éviter des séquelles³⁷. Un processus décisionnel avec le patient peut s'avérer impossible dans ces circonstances, de même que l'obtention d'un consentement « en temps utile³⁸ ». Voilà pourquoi il est important de le prévoir dans le projet de loi.

Les professionnels peuvent identifier des patientes plus à risque de complication, comme césariennes multiples, antécédents de saignement lors d'un accouchement ou d'une césarienne, grossesse gémellaire, l'âge de la patiente, etc. Il se peut qu'on doive intervenir de façon urgente, sans le consentement de patientes qui ne présentent aucun facteur de risque³⁹. Nous recommandons de modifier le troisième paragraphe de l'article 268.1 du projet de loi pour ajouter un second paragraphe, qui se lit comme suit :

Exception

(3) Les paragraphes (2) et (11) ne s'appliquent pas

[...]

b) à quiconque devant poser un acte de stérilisation dans le cadre d'une pratique justifiée sur le plan médical lorsque la vie d'une personne est en danger ou son intégrité est menacée.

Le quatrième paragraphe du projet de loi prévoit qu'« il n'y a pas de consentement si la personne, selon le cas :

- a)** est âgée de moins de dix-huit ans;
- b)** est pour quelque raison incapable de donner son consentement à l'acte de stérilisation;
- c)** n'a pas enclenché une demande de stérilisation de manière volontaire ».

³⁵ Avant de procéder à une hystérectomie, il y a plusieurs étapes à franchir : médicament par voie intraveineuse, ballonnet dans l'utérus, ligature des artères iliaques. Lorsque rien ne fonctionne, les professionnels procèdent à une hystérectomie.

³⁶ CMQ. *Le médecin et le consentement aux soins – document de référence*, p. 23.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Par exemple : placenta accreta, atonie utérine, etc.

Nous aimerions savoir ce que le législateur entend par le terme « enclenché » prévu au paragraphe c). Il est important de définir ce terme de manière à ce qu'une simple demande d'information sur les procédures de stérilisation ne soit pas considérée comme une démarche volontaire. Pour qu'une personne entame volontairement une demande de stérilisation, il doit y avoir un processus médical formel inscrit dans le temps.

3.4 Mesures de sauvegarde

Le cinquième paragraphe de l'article 268.1 du projet de loi aborde les mesures de sauvegarde. La formulation choisie dans ce paragraphe laisse toute la latitude au médecin. En effet, le premier paragraphe mentionne qu'« avant d'exécuter l'acte de stérilisation, le médecin s'assure d'avoir pris toutes les mesures qu'il estime indiquées pour informer la personne de l'existence d'autres moyens de contraception temporaires, et du fait qu'elle peut retirer son consentement en tout temps et par tout moyen avant de subir l'acte de stérilisation ». Au second paragraphe, on mentionne qu'« avant d'exécuter l'acte de stérilisation, le médecin est convaincu que la personne comprend les informations qui lui sont fournies compte tenu de toute circonstance susceptible de nuire à sa capacité de les comprendre, qu'elle a consenti à l'acte de manière éclairée, et que sa demande ne résulte pas de pressions extérieures ni d'un abus de pouvoir ou de sa confiance exercé par une autre personne ». (Nos soulignements)

Cet article ne respecte pas l'esprit d'une décision de la Cour suprême du Canada datée de 1980 et portant sur le consentement médical⁴⁰.

Selon la Cour suprême du Canada, la Cour d'appel de l'Ontario est allée trop loin pour ce qui est de la norme de divulgation des risques lorsqu'elle dit qu'« il est préférable de laisser à la discrétion du médecin la façon d'expliquer à un patient donné la nature et le degré de risque que comporte l'intervention⁴¹ ». Le devoir de divulgation du médecin s'applique aussi bien à ce qu'il sait ou devrait savoir qu'un certain patient considère pertinent à la décision de subir ou non le traitement prescrit, qu'aux risques importants que les connaissances médicales requises permettent d'identifier⁴².

Le présent libellé représente un pas en arrière. Selon cet article, il revient plutôt au médecin de donner l'information qu'il juge raisonnable. Le pouvoir est donc dans les mains du médecin. Il revient au patient d'être raisonnablement convaincu d'avoir eu l'information pertinente et une divulgation adéquate et suffisante des risques de la part du médecin afin de prendre la décision de subir ou non l'intervention chirurgicale. Le consentement doit être non seulement libre, mais éclairé aussi.

⁴⁰ *Reibl c. Hughes*, [1980] 2 RCS 880.

⁴¹ *Ibid.*, p. 894.

⁴² *Ibid.*

Pour ce qui est du principe de sécurisation culturelle, il est nécessaire d'ajouter une disposition au projet de loi afin de refléter l'importance que les interventions et les documents fournis (par exemple, le formulaire de consentement) se fassent dans une langue comprise par la personne issue d'une Première Nation, Inuk ou Métis. Pour la recommandation suivante, nous nous sommes inspirés de l'article 241.2 (3) g) du *Code criminel*⁴³ :

Dans le cas d'un patient issu d'une Première Nation, Inuk ou Métis, à tout moment de l'intervention, une attention particulière est portée à la langue maternelle de cette personne ainsi qu'aux éventuels besoins d'interprétation, le cas échéant, afin qu'elle puisse comprendre l'information qui lui est fournie et faire connaître sa décision.

Avant de conclure, il est important d'aborder un enjeu au sujet de la traduction du projet de loi. Comme il a été mentionné précédemment, lorsqu'il y a ambiguïté dans une disposition pénale, il faut toujours l'interpréter de la façon qui favorise le plus l'accusé⁴⁴. Ainsi, il y a raison de souligner que les disparités entre les termes employés et la réalité de la pratique médicale sont plutôt nombreuses. Par exemple, le terme « clipping » est traduit par le terme « occlusion » : l'équivalence sémantique est ici, plus que faible, car le terme anglais sous-entend qu'il y a une coupure de quelque chose, alors que le terme français signifie qu'il y a une obstruction de quelque chose. Conséquemment, sans faire une liste exhaustive de tous les enjeux de traduction, il est important de retenir que cela pourrait engendrer des problèmes dans la mise en œuvre de la loi.

⁴³ *Code criminel*, supra note 20, art. 745.

⁴⁴ *R. c. McIntosh*, supra note 19.

Conclusion

La stérilisation forcée est malheureusement une réalité vécue par de nombreuses personnes des Premières Nations. Les conséquences se vivent individuellement et collectivement. Bien que le projet de loi S-250 soit un pas dans la bonne direction, il doit être modifié pour éviter que toute situation de la sorte ne se reproduise.

Le préambule du projet de loi reconnaît que la stérilisation de personnes sans leur consentement est une conséquence de la discrimination systémique, de la colonisation et du racisme qui touchent de manière disproportionnée, mais non exclusive, les Autochtones et les personnes racialisées⁴⁵. Toutefois, le projet de loi ne fait pas référence au concept de sécurisation culturelle, qui est pourtant fondamental et incontournable.

Actuellement, le projet de loi ne fait aucune mention du recours à un accompagnateur culturel ou à un interprète en langues autochtones, au besoin. Dans ce contexte, les « mesures de sauvegarde » inscrites dans le projet de loi pourraient s'avérer caduques.

Pour garantir la compréhension du patient, le médecin doit favoriser le recours aux services d'un interprète, lorsque requis. Le projet de loi doit être plus précis quant à la notion de consentement. Un délai de réflexion doit être laissé au patient afin qu'il puisse mûrir la décision ou recueillir de l'information supplémentaire.

Nous invitons le gouvernement fédéral à considérer nos recommandations, qui seront bénéfiques pour les Premières Nations et les citoyens canadiens.

⁴⁵ PL S-250, *Loi modifiant le Code criminel (actes de stérilisation)*, Première session, quarante-quatrième législature, 2022, préambule (deuxième lecture terminée le 20 avril 2023).

Recommandations

Recommandation n° 1 : nous recommandons d'ajouter un libellé au préambule concernant la sécurisation culturelle, qui se lit comme suit :

« que le gouvernement du Canada invite les provinces, les territoires et les ordres professionnels à reconnaître la sécurisation culturelle comme une méthodologie de travail permettant d'assurer des interventions adéquates auprès des Autochtones et des personnes racialisées ».

Recommandation n° 2 : nous recommandons d'ajouter une définition de la sécurisation culturelle au premier paragraphe de l'article 268.1 du projet de loi, qui se lit comme suit :

« **sécurisation culturelle** s'entend des mesures prises pour s'assurer que :

- (a) les soins prodigués le sont dans le respect de l'identité culturelle, sexuelle ou religieuse de la personne, notamment en ayant recours à une tierce personne issue de la même Nation, communauté ethnoculturelle, sexuelle ou religieuse et assurant un accompagnement adéquat; et
- (b) dans le cas d'une personne issue d'une Première Nation, Inuk ou Métis ou d'une personne racisée, le fait de porter une attention particulière à la langue maternelle de cette personne ainsi qu'aux éventuels besoins d'interprétation afin que cette personne puisse comprendre l'information qui lui est fournie et faire connaître convenablement sa décision au médecin, aux professionnels de l'équipe médicale et, le cas échéant, à la tierce personne assurant un accompagnement adéquat sur le plan culturel, sexuel ou religieux. »

Recommandation n° 3 : nous recommandons de modifier le premier paragraphe de l'article 268.1 du projet de loi pour y inclure les termes « ablation » et « excision » dans la définition de l'acte de stérilisation.

Recommandation n° 4 : nous recommandons de réviser la traduction du projet de loi pour qu'il soit aussi précis que possible, à la fois en français et en anglais.

Recommandation n° 5 : nous recommandons d'ajouter un libellé au préambule concernant les violences obstétricales ou gynécologiques, qui se lit comme suit :

« que le gouvernement du Canada reconnaît l'existence des violences obstétricales ou gynécologiques et souhaite prendre des mesures efficaces — notamment d'ordre législatif, politique et administratif — à l'échelle nationale pour mettre fin à celles-ci ».

Recommandation n° 6 : nous recommandons d'ajouter au premier paragraphe de l'article 268.1 du projet de loi une définition de violences obstétricales ou gynécologiques qui se lit comme suit :

« **violences obstétricales ou gynécologiques** s'entend des pratiques non justifiées sur le plan médical :

- (a) entraînant des lésions corporelles; ou
- un sentiment chez la personne de craindre raisonnablement pour sa vie ou son intégrité lors d'un suivi prénatal, lors de la prescription d'un moyen de contraception, lors d'un acte de stérilisation, lors de l'accouchement, lors d'un suivi post-accouchement ou lors d'un examen gynécologique. »

Recommandation n° 7 : nous recommandons d'inclure les hommes dans la définition de l'acte de stérilisation figurant au premier paragraphe de l'article 268.1 du projet de loi.

Recommandation n° 8 : nous recommandons que l'absence de soins sécuritairement adaptés à une personne issue d'une Première Nation, Inuk ou Métis soit considérée comme étant un facteur aggravant à l'infraction de l'acte de stérilisation forcée dans le projet de loi.

Recommandation n° 9 : nous recommandons que le projet de loi permette de porter une accusation de négligence criminelle aux professionnels ayant collaboré à un acte de stérilisation forcée au sens des articles 219 et 221 du *Code criminel*.

Recommandation n° 10 : nous recommandons de modifier le troisième paragraphe de l'article 268.1 du projet de loi pour y ajouter, après le terme consentement, « préalable, libre et éclairé ».

Recommandation n° 11 : nous recommandons d'ajouter, immédiatement après le quatrième paragraphe de l'article 268.1 du projet de loi, un paragraphe sur la nécessité de porter une attention particulière aux Premières Nations, aux Inuit et aux Métis afin que l'obtention du consentement tienne compte des facteurs systémiques et historiques distinctifs.

Recommandation n° 12 : nous recommandons de modifier le troisième paragraphe de l'article 268.1 du projet de loi pour y ajouter un second paragraphe :

Exception

(3) Les paragraphes (2) et (11) ne s'appliquent pas :

[...]

b) à quiconque devant poser un acte de stérilisation dans le cadre d'une pratique justifiée sur le plan médical lorsque la vie d'une personne est en danger ou son intégrité est menacée.

ANNEXE 1

Forme du projet de loi S-250 proposée par l'APNQL et la CSSSPNQL

Préambule

Attendu :

que la stérilisation de personnes sans leur consentement est une conséquence de la discrimination systémique, de la colonisation et du racisme qui touchent de manière disproportionnée, mais non exclusive, les Autochtones et les personnes racialisées,

que le gouvernement du Canada reconnaît l'existence des violences obstétricales ou gynécologiques et souhaite prendre des mesures efficaces — notamment d'ordre législatif, politique et administratif — à l'échelle nationale pour mettre fin à celles-ci,

que le gouvernement du Canada invite les provinces, les territoires et les ordres professionnels à reconnaître la sécurisation culturelle comme une méthodologie de travail permettant d'assurer des interventions adéquates auprès des Autochtones et des personnes racialisées.

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

Code criminel

1 Le *Code criminel* est modifié par adjonction, après l'article 268, de ce qui suit :

268.1 (1) Les définitions qui suivent s'appliquent au présent article.

acte de stérilisation S'entend

- (a) du sectionnement, de l'occlusion, de la ligature, de l'ablation, de l'excision, de la cautérisation ou de tout autre acte entraînant une lésion de l'ensemble ou d'une partie des trompes de Fallope, des ovaires ou de l'utérus d'une personne dans le but premier de prévenir, de manière chirurgicale, la grossesse; ou
- (b) de tout autre acte exécuté sur une personne de sexe féminin ou masculin dans le but premier de prévenir la grossesse ou la fécondation de manière permanente. (*sterilization procedure*)

médecin S'entend au sens de l'article 241.1. (*medical practitioner*)

sécurisation culturelle S'entend des mesures prises pour s'assurer que :

- (a) les soins prodigués le sont dans le respect de l'identité culturelle, sexuelle ou religieuse de la personne, notamment en ayant recours à une tierce personne issue de la même Nation, communauté ethnoculturelle, sexuelle ou religieuse et assurant un accompagnement adéquat; et
- (b) dans le cas d'une personne issue d'une Première Nation, Inuk ou Métis ou d'une personne racisée, le fait de porter une attention particulière à la langue maternelle de cette personne ainsi qu'aux éventuels besoins d'interprétation afin que cette personne puisse comprendre l'information qui lui est fournie et faire connaître convenablement sa décision aux médecins, aux professionnels de l'équipe médicale et, le cas échéant, à la tierce personne assurant un accompagnement adéquat sur le plan culturel, sexuel ou religieux.

violences obstétricales ou gynécologiques S'entend des pratiques non justifiées sur le plan médical :

- (a) entraînant des lésions corporelles; ou
- (b) un sentiment chez la personne de craindre raisonnablement pour sa vie ou son intégrité lors d'un suivi prénatal, lors de la prescription d'un moyen de contraception, lors d'un acte de stérilisation, lors de l'accouchement, lors d'un suivi post-accouchement ou lors d'un examen gynécologique.

Infraction

(2) Malgré l'article 45, quiconque exécute un acte de stérilisation sur une personne est coupable d'un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans.

Exception

(3) Les paragraphes (2) et (11) ne s'appliquent pas :

- a) à l'acte de stérilisation exécuté par un médecin qui a obtenu le consentement préalable, libre et éclairé de la personne et s'est conformé aux exigences des paragraphes (6) et (7); ou
- b) à quiconque devant poser un acte de stérilisation dans le cadre d'une pratique justifiée sur le plan médical lorsque la vie d'une personne est en danger ou son intégrité est menacée.

Consentement

(4) Pour l'application du paragraphe (3)a), il n'y a pas de consentement si la personne, selon le cas :

- a) est âgée de moins de dix-huit ans;
- b) est pour quelque raison incapable de donner son consentement à l'acte de stérilisation;
- c) n'a pas enclenché une demande de stérilisation de manière volontaire.

Facteurs à considérer

(5) Pour l'application du paragraphe (3)a) dans le cas d'une personne issue d'une Première Nation, Inuk ou Métis, le consentement doit tenir compte des facteurs systémiques et historiques distinctifs.

Mesures de sauvegarde

(6) Avant d'exécuter l'acte de stérilisation, le médecin :

- a) s'assure d'avoir pris toutes les mesures raisonnables pour informer la personne de l'existence d'autres moyens de contraception temporaires, et du fait qu'elle peut retirer son consentement en tout temps et par tout moyen avant de subir l'acte de stérilisation;
- b) a pris les mesures raisonnables pour que la personne comprenne l'information qui lui est fournie compte tenu de toute circonstance susceptible de nuire à sa capacité de la comprendre, qu'elle a consenti à l'acte de manière libre et éclairée et que sa demande ne résulte pas de pressions extérieures ni d'un abus de pouvoir ou de sa confiance exercé par une autre personne.

Sont notamment considérés comme des mesures raisonnables le recours à la sécurisation culturelle ou la signature d'un formulaire de consentement traduit dans la langue maternelle de la personne énumérant les moyens de contraception temporaires, les conséquences de l'acte de stérilisation et la possibilité d'obtenir de l'aide si la personne subit des pressions extérieures.

Mesures de sauvegarde — consentement final

(7) Immédiatement avant d'exécuter l'acte de stérilisation, le médecin donne l'occasion à la personne de retirer son consentement.

Stérilisation forcée

(8) Quiconque, par la tromperie ou par l'intimidation, la menace, la force ou toute autre forme de contrainte, fait ou tente de faire accomplir un acte de stérilisation sur une personne est coupable d'un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans.

Collaboration à l'infraction

(9) Malgré l'article 45, quiconque collabore à un acte de stérilisation sur une personne et omet de vérifier si le médecin posant l'acte s'est conformé aux exigences des paragraphes (6) et (7) est coupable de l'infraction de négligence criminelle entraînant des lésions corporelles à autrui au sens des articles 219 et 221.

Violences obstétricales ou gynécologiques

(10) Malgré l'article 45, quiconque commet des violences obstétricales ou gynécologiques chez une personne est coupable de l'infraction de négligence criminelle entraînant des lésions corporelles à autrui au sens des articles 219 et 221.

Non-respect du consentement

(11) Malgré l'article 45, le médecin qui ne s'est pas conformé aux exigences du paragraphe (6)b) est coupable de l'infraction de négligence criminelle entraînant des lésions corporelles à autrui au sens des articles 219 et 221.

Circonstance aggravante

(12) Est une circonstance aggravante à la détermination de la peine aux infractions d'acte de stérilisation ou de négligence criminelle entraînant des lésions corporelles à autrui par renvoi des paragraphes (9), (10) ou (11) le fait que la victime soit une personne issue d'une Première Nation, Inuk ou Métis ou une personne racialisée.

VISION

Les personnes, les familles et les communautés des Premières Nations sont en santé, ont un accès équitable à des soins et à des services de qualité, et exercent leur autodétermination et autonomie culturelle.

MISSION

Accompagner les Premières Nations au Québec dans l'atteinte de leurs objectifs en matière de santé, de mieux-être, de culture et d'autodétermination.



COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR