



Prise de position n° 108

Stérilisation : entre contrainte et refus

« La stérilisation forcée des femmes autochtones est liée au contexte plus large du colonialisme; ce ne sont pas des actes d'inconduite isolés ou historiques. » — Karen Stote, universitaire canadienne et autrice de *An Act of Genocide: Colonialism and the Sterilization of Aboriginal Women* (2015)

La justice reproductive se situe au cœur de l'autonomie corporelle et de la dignité humaine. Au Canada, la violation de ce droit persiste sous deux formes bien distinctes : la stérilisation contrainte de personnes appartenant à des collectivités autochtones ou marginalisées, et le refus opposé aux personnes cisgenres blanches pouvant être enceintes qui demandent une stérilisation. Les deux situations témoignent d'un contrôle systémique ancré dans des idéologies racistes, sexistes et colonialistes sur des décisions concernant la reproduction. Il est urgent de restructurer les soins de santé reproductive dans une perspective de justice et de respect de l'autonomie.

Ce texte fait référence aux femmes lorsqu'il se rapporte à des sources utilisant cette terminologie. Autrement, des formulations comme « personnes pouvant être enceintes », « capables de grossesse » ou apparentées seront utilisées pour rapporter la diversité des genres et l'expérience des personnes trans, non binaires ou bispirituelles. Il est primordial de reconnaître qu'une personne pouvant être enceinte n'est pas obligatoirement une femme, et qu'une femme peut ne pas être enceinte.

Historique de la stérilisation contrainte au Canada

La stérilisation contrainte et la stérilisation forcée sont enracinées dans l'histoire de l'eugénisme au Canada. Les lois sur la stérilisation de l'Alberta (de 1928 à 1972) et de la Colombie-Britannique (de 1933 à 1973) ont permis des milliers d'interventions, dont beaucoup étaient non consenties. Des politiques et des pratiques similaires ont existé ailleurs au pays. Ces lois visaient les personnes jugées « inaptes » à la reproduction, c'est-à-dire : les personnes internées et celles ayant un handicap, lesquelles étaient considérées comme anormales et stigmatisées en raison de leur soi-disant poids socio-économique; et les personnes autochtones, surreprésentées, dont la culture, la structure familiale et le mode de vie étaient jugés « inférieurs » par les autorités coloniales.

Selon Karen Stote, la stérilisation des femmes autochtones n'est pas le fait d'inconduites médicales isolées, mais elle doit être considérée dans le contexte plus large du colonialisme au Canada. L'État a cherché à fragiliser les familles et les cultures autochtones en contrôlant la capacité de reproduction des femmes autochtones par la mise en place d'une politique de génocide culturel. Les recherches de l'autrice montrent qu'un grand nombre de femmes autochtones ont été stérilisées à leur insu, souvent lors d'un accouchement ou d'une intervention chirurgicale mineure¹.

La Commission de vérité et réconciliation du Canada a reconnu en partie cet héritage. Dans ses appels à l'action, elle fait ressortir la nécessité pour le milieu du soin d'acquérir une compétence interculturelle, et elle presse les gouvernements de reconnaître et d'éliminer les disparités de soins issues du colonialisme et du racisme (cf. appels 18 à 24)².

Situation récente et évolution de la loi

L'abrogation des lois sur la stérilisation n'est qu'un progrès de façade : la stérilisation contrainte existe toujours. En 2017, une action de groupe intentée par des femmes autochtones en Saskatchewan révèle une maltraitance systémique en milieu hospitalier. De nombreuses femmes racontent avoir subi des pressions pendant ou juste après leur accouchement pour qu'elles signent un formulaire de consentement préalable à une ligature des trompes ou à d'autres actes de stérilisation. À d'autres, on a dit que la stérilisation était nécessaire pour leur sécurité ou conditionnelle à l'obtention d'autres soins médicaux³.

En 2018, un rapport du Comité contre la torture des Nations unies dénonce l'inaction du Canada envers la stérilisation forcée des femmes autochtones. Il exhorte le gouvernement canadien à enquêter sur les allégations et à faire en sorte que les responsables répondent de leurs actes⁴.

Dans son rapport de 2021 sur *La Stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada*, le Sénat souligne que le problème existe ailleurs dans la société. Dans un cadre médical, les femmes handicapées, les femmes noires et racialisées, les personnes internées et les personnes vivant sous le seuil de pauvreté sont vulnérables face à la stérilisation contrainte et au respect de leur autonomie corporelle. Le rapport recommande des changements profonds, notamment l'adoption de mesures législatives protectrices et de pratiques de soins de santé adaptées aux différentes cultures, l'établissement d'un registre national de collecte de données et la mise en place de mécanismes permettant d'encadrer l'obtention du consentement éclairé. Malgré un soutien général dans le pays, la mise en pratique s'est avérée inégale. Des politiques orientées sur les soins adaptés à la réalité culturelle et le consentement éclairé ont vu le jour dans

¹ Karen Stote. *An Act of Genocide: Colonialism and the Sterilization of Aboriginal Women*, Fernwood Publishing, 2015.

² Commission de vérité et de réconciliation du Canada. *Appels à l'action*, 2015.

³ Amnesty International Canada. *Sterilized Without Consent*, 2022.

⁴ Comité contre la torture des Nations unies. Observations finales concernant le septième rapport périodique du Canada, 2018.

certaines provinces, mais les mesures législatives détaillées et un système national de collecte de données se font toujours attendre⁵.

En 2023, dans une enquête sur la stérilisation contrainte⁶, la CBC a mis en relief la complexité de la responsabilisation. La population est favorable aux sanctions, mais, selon les défenseuses autochtones (y compris celles qui parlent d'expérience), punir pénalement un acte posé individuellement par un·e·x prestataire de soins pourrait menacer la pratique d'autres actes médicaux, comme l'interruption de grossesse. C'est ce que vise le mouvement anti-choix, qui y verrait un argument de taille pour faire condamner les médecins pratiquant l'avortement. Les conséquences seraient désastreuses. Par ailleurs, la preuve d'un acte malveillant est souvent très difficile à obtenir, surtout lorsque des années s'écoulent avant que la personne lésée prenne conscience du crime. C'est pourquoi il faut viser une responsabilisation structurelle et institutionnelle plutôt que des sanctions individuelles.

Impact sur les collectivités marginalisées

Les effets de la stérilisation contrainte sont durablement dévastateurs. Les personnes lésées parlent de trahison, de traumatisme, de dépression et de colère. L'atteinte à l'intégrité physique et à l'autonomie corporelle suscite souvent une méfiance envers le système de santé, ce qui peut induire un retard ou une absence de soins.

Des femmes et des personnes de diverses identités de genre ayant un handicap ont aussi été contraintes à la stérilisation ou à l'utilisation non consentie de la contraception. Le DisAbled Women's Network (DAWN) of Canada a recensé des cas de femmes ayant une déficience intellectuelle pour qui la stérilisation ou la pose d'un stérilet avait été décidée par leur tutrice ou tuteur, souvent sans qu'elles aient été consultées. Ces pratiques justifiées sous couvert de « l'intérêt supérieur » ou de la « protection » de ces femmes révèlent un capacitisme et une absence de respect des capacités décisionnelles⁷.

La discrimination en milieu médical contraint les prises de décision des personnes non blanches et qui ont un utérus à propos de leur santé reproductive. Pour ces personnes, le contrôle de leur reproduction est une véritable oppression, souvent fondée sur des stéréotypes, comme l'hypersexualisation, l'inaptitude à la maternité ou une conduite socialement irresponsable. Un rapport du Fonds d'action et d'éducation juridique pour les femmes (FAEJ) montre à quel point les décisions de santé reproductive des femmes racialisées sont soupesées et fliquées de manière disproportionnée au Canada, et dans quelle mesure les partis pris jouent sur l'accès aux soins et aux traitements⁸.

La stigmatisation en milieu de soins, les politiques déficientes et les lacunes du système de santé entraînent de nombreux obstacles à l'autonomie reproductive pour les personnes issues de diverses identités de genre au Canada. Les protections légales en vigueur ne suffisent pas

⁵ Comité sénatorial permanent des droits de la personne. La Stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada. Sénat Canada, 2021.

⁶ CBC News. *Forced Sterilization: Stories of Indigenous Women*, 2023.

⁷ DisAbled Women's Network (DAWN) Canada. *The Right to be Mother: Reproductive Justice for Women with Disabilities in Canada*, 2019.

⁸ Le Fonds d'action et d'éducation juridique pour les femmes (FAEJ) / Women's Legal Education and Action Fund (LEAF). *Submissions on Reproductive Justice and Health Equity in Canada*, 2021.

pour supprimer le risque de stérilisation forcée ou contrainte des personnes bispirituelles, trans et non binaires dont les droits de santé reproductive ont toujours été bafoués en milieu de soins⁹. En 2022, Santé Canada a reconnu que la discrimination subie couramment par les personnes bispirituelles, trans et non binaires et les lacunes du personnel soignant font barrage à la fourniture de soins de santé sexuelle et reproductive inclusifs. L'agence gouvernementale s'est alors engagée à financer les initiatives visant à corriger ces problèmes¹⁰. D'autres obstacles d'ordre politique ou systémique perpétuent la stérilisation passive des personnes trans, c'est-à-dire une forme d'absence de soins se traduisant par un refus des options de procréation pour ces personnes, notamment la préservation de la fertilité et la procréation assistée¹¹. Ces enjeux montrent que le système de santé canadien peut exercer un pouvoir sur le corps des personnes de diverses identités de genre en portant atteinte au respect de leur autonomie et à leur droit à la parentalité et à l'équité.

Refus de stérilisation volontaire opposé aux personnes cis blanches et capables de grossesse

L'atteinte à l'autonomie reproductive concerne aussi les personnes cis blanches qui ont un utérus. En effet, il existe un refus systémique des demandes de stérilisation, surtout lorsque les personnes demandeuses sont jeunes, sans enfant et non mariées. Ces personnes se heurtent souvent à des pratiques coercitives fondées sur des suppositions paternalistes concernant leurs souhaits pour l'avenir. On leur refuse une ligature des trompes sous prétexte qu'elles pourraient changer d'avis ou regretter leur décision. Ou alors, les médecins exigent l'approbation de leur partenaire.

Dans sa déclaration sur la contraception coercitive, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) dit que toute décision sur la contraception permanente doit reposer sur des conseils éclairés, non fondés sur des préjugés, donnés ouvertement, sans jugement et sans présupposer d'éventuels regrets. La SOGC précise que le respect de l'autonomie de la patiente doit être au cœur des soins. Chaque personne doit être en mesure d'évaluer, sans pression ni interférence paternaliste, ce que représentent pour elle les risques, les avantages et la réversibilité d'une contraception ainsi que les solutions de rechange¹².

En 2022, un reportage de Global News a mis en lumière l'histoire d'une jeune Québécoise qui s'est vu refuser une ligature des trompes malgré plusieurs demandes éclairées de sa part. Pendant dix ans, les médecins lui ont opposé son âge ou proposé d'autres contraceptions. Au Canada, l'autonomie reproductive des femmes demandeuses d'une contraception permanente est très souvent entravée inutilement¹³.

⁹ L'Association des femmes autochtones du Canada / Native Women's Association of Canada (NWAC). *Forced and Coerced Sterilization*, 2021.

¹⁰ Santé Canada. *Le gouvernement du Canada améliore les soins de santé sexuelle et reproductive pour les personnes bispirituelles, trans et non binaires au Canada*, Gouvernement du Canada, 28 novembre 2022.

¹¹ Clémence Thabet. *Transgressing the Binary, Transforming Policy, and Transcending the Family: Toward a Framework for Trans Reproductive Justice in Canada*, 2024.

¹² Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Déclaration de la SOGC sur la contraception coercitive et l'autonomie décisionnelle de la patiente en matière de planification familiale*, mai 2020.

¹³ Global News. *Quebec woman claims she's been denied tubal ligation surgery*, 18 juillet 2022. / City News. *Canadian doctors denying young women tubal ligation*, 5 janvier 2018.

Ces femmes et ces personnes de diverses identités de genre ne subissent pas de stérilisation forcée, mais la négation de leur faculté d’agir constitue une atteinte grave à leurs droits reproductifs. Dans un milieu médical paternaliste, la présomption du savoir absolu des médecins sur leur patientèle porte atteinte au consentement éclairé et à l’autonomie individuelle. C’est notamment vrai pour les patientes qui s’identifient comme des femmes à cause du sexisme qui sévit toujours en milieu de soins¹⁴.

Ce phénomène s’inscrit dans une norme sociétale qui associe la valeur d’une femme à la parentalité, et toute déviation doit être découragée ou considérée comme anormale. Il y a là un besoin flagrant de lignes directrices cliniques favorisant l’autonomie des patient·e·x·s au détriment des présomptions des prestataires de soins.

Cadre éthique et justice reproductive

La justice reproductive permet de porter un regard critique sur ces questions. Conçue et développée par des militantes noires des États-Unis, elle élargit le concept de droits reproductifs en ajoutant au droit légal à la contraception et à l’avortement le droit de décider de ne pas avoir d’enfants, ou d’en avoir et de les élever dans un environnement sûr et durable¹⁵.

Ici, la stérilisation contrainte enfreint le droit au consentement individuel et porte atteinte au bien-être, à la survie culturelle et à la justice historique de la collectivité. De la même manière, le refus opposé à la stérilisation volontaire entre dans une vision normative de la vie axée sur la grossesse et porte atteinte au droit de ne pas avoir d’enfants. Dans un cas comme dans l’autre, le système médical exerce sur le corps des patient·e·x·s un contrôle fondé sur la race, la classe sociale, l’aptitude et le genre.

Trois principes d’éthique médicale confortent ces enjeux : l’autonomie, la non-malfaisance et la justice. Autonomie : les patient·e·x·s prennent leurs propres décisions sur les questions les concernant. Non-malfaisance : les prestataires de soins ne doivent pas nuire à autrui, y compris éviter de provoquer des traumatismes psychologiques par une contrainte ou un refus de soins. Justice : l’accès aux soins de santé doit être équitable et dépourvu de discriminations et de préjugés.

Appels à l’action

Au Canada, la stérilisation contrainte et le refus opposé à la stérilisation volontaire sont des atteintes à l’autonomie reproductive. Elles font partie intégrante des inégalités systémiques qui privilégient certains profils au détriment d’autres. Pour s’en défaire, il faut adopter une approche globale en adéquation avec les Appels à l’action de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada¹⁶, et tenir compte des recommandations d’autres comités de justice reproductive au pays, notamment ceux qui traitent de l’équité et de la sécurisation culturelle dans le milieu du soin :

¹⁴ CBC News. *Gender-Based Health Care in Canada’s North*, 2018.

¹⁵ SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective. *What is Reproductive Justice?*, 2020.

¹⁶ Commission de vérité et de réconciliation du Canada. *Appels à l’action*, 2015.

1. **Transparence des institutions** : interdire la stérilisation non consentie sans criminaliser les prestataires de soins. Opérer un changement systémique en adoptant des réformes d'orientation, en engageant la responsabilité civile des institutions et en exigeant de la transparence tout en continuant de protéger le droit aux soins. Combattre frontalement le paternalisme du milieu médical en veillant à faire respecter le droit au consentement éclairé et en priorisant l'autonomie des patient·e·x·s.
2. **Intégration des personnes ayant une expérience vécue** : créer des organismes d'encadrement chapeautés par les collectivités marginalisées pour garantir un cadre de soins équitable et sûr et une protection contre les violations.
3. **Éducation sur le racisme et le capacitisme** : le cursus médical doit intégrer des formations obligatoires sur le racisme, le colonialisme, le sexisme et le capacitisme avec un regard sur la justice reproductive. Pour améliorer les soins centrés sur les patient·e·x·s, les formations doivent proposer des stratégies pratiques axées sur le consentement éclairé et la sécurisation culturelle, notamment dans les interactions avec les membres des collectivités diversifiées et marginalisées.
4. **Accès garanti à la stérilisation volontaire** : mettre en place des normes nationales garantissant un accès à la stérilisation volontaire sans condition d'âge, d'état matrimonial ou de nombre d'enfants et sans jugement, sélection ou retards inutiles. La fourniture de soins a préséance sur les préférences des prestataires.
5. **Réparation et excuses officielles** : les autorités sanitaires et gouvernementales doivent reconnaître les méfaits du passé. Elles doivent dédommager les personnes lésées et veiller à ce qu'elles reçoivent un soutien en santé mentale et une réparation juridique.
6. **Collecte de données et transparence** : mettre en place un système national de suivi des stérilisations pour dégager des tendances et engager la responsabilité des contrevenant·e·x·s. Les données devraient être communiquées à la population dans un souci de transparence et pour prévenir d'autres abus.

L'autonomie corporelle est un droit fondamental

Le respect de l'autonomie corporelle n'est pas réservé à un segment de la population : il doit être universel. En pratiquant la stérilisation contrainte de personnes autochtones ou handicapées ou en refusant les demandes de stérilisation volontaire, le système de santé canadien se donne encore un droit de regard sur qui peut se reproduire, et comment. Ces pratiques portent atteinte à la dignité humaine et trahissent les principes fondamentaux de la justice et du consentement.

Pour évoluer dans le bon sens, le Canada doit adopter un système de justice reproductive qui tient compte du vécu des personnes les plus lésées. Il doit substituer les soins centrés sur la patientèle au paternalisme. Il doit veiller à ce que chaque personne soit libre de prendre des décisions éclairées sur son propre corps.