



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la condition féminine

FEWO • NUMÉRO 017 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 10 mai 2010

Présidente

L'honorable Hedy Fry

Comité permanent de la condition féminine

Le lundi 10 mai 2010

• (1530)

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC)): Il est 15 h 30. Je déclare la séance ouverte.

Le 12 avril 2010, le Comité permanent de la condition féminine a adopté à l'unanimité la motion suivante en vue d'entreprendre une étude sur la santé maternelle et infantile:

Que le Comité étudie la santé maternelle et la santé infantile, suite à l'annonce du gouvernement de faire de sa stratégie sur la santé maternelle et la santé infantile une priorité, lors de la tenue du G8 au mois de juin dont le Canada sera l'hôte, pourvu que ce soit terminé avant la fin de mai.

Le comité tiendra quatre séances sur le sujet. Des témoins représentant des organismes non gouvernementaux ainsi que des coalitions se spécialisant dans le développement et la santé maternelle et infantile ont comparu lors des deux premières séances. Celle d'aujourd'hui regroupe des témoins dans le domaine de la santé sexuelle et maternelle.

Nous sommes ravis d'accueillir Jolanta Scott-Parker de la Fédération canadienne pour la santé sexuelle, Ainsley Jenicek de la Fédération du Québec pour le planning des naissances et Bridget Lynch de la Confédération internationale des sages-femmes. Pierre La Ramée est également présent pour appuyer la représentante de la Fédération canadienne pour la santé sexuelle. Enfin, nous accueillons également la porte-parole du Regroupement Naissance-Renaissance.

Nous commencerons par les déclarations préliminaires, chaque témoin disposant de 10 minutes. C'est avec plaisir que je cède la parole d'abord à Jolanta Scott-Parker.

Mme Jolanta Scott-Parker (directrice générale, Fédération canadienne pour la santé sexuelle): Merci.

Je voudrais d'emblée vous remercier de m'avoir invitée à vous faire part de notre point de vue sur l'importante question de la santé maternelle et infantile. C'est certes avec beaucoup d'humilité que nous comparaissons, compte tenu de la qualité des représentants d'organisations réputées qui comparaissent aujourd'hui et comparaitront au cours des deux prochaines séances consacrées à ce thème.

La Fédération canadienne pour la santé sexuelle, auparavant la Fédération pour le planning des naissances du Canada, est un réseau national favorisant l'accès à de l'information et à des services exhaustifs en matière de santé sexuelle dans toutes les localités. Des organismes offrant des soins de santé primaires complets aux petits groupes voués à la sensibilisation et à l'information, nos organisations membres sont disséminées dans l'ensemble du Canada. Ce réseau se consacre à fournir de l'information et de services de qualité en matière de santé sexuelle et génésique.

Notre fédération est un réseau canadien. Elle a également une présence internationale, représentant notre pays au sein de la Fédération internationale pour le planning familial, ce dont elle est très fière. Comme Mme la présidente l'a signalé, m'accompagne

aujourd'hui Pierre La Ramée, mon collègue au bureau de la région de l'hémisphère occidentale de la fédération à New York, même s'il est en fait canadien. Il sera ravi de se joindre à moi pour répondre à vos questions.

La FIPF est le chef de file mondial en matière de santé sexuelle et génésique, comptant sur un réseau sans égal de membres dans 171 pays. Ce réseau met en œuvre des programmes locaux de prestation de services qui répondent aux besoins des pauvres, des marginalisés, des exclus sociaux et des laissés-pour-compte en matière de santé génésique.

Le gouvernement canadien a annoncé qu'il mettrait l'accent sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants dans le cadre de l'initiative pour un legs en matière de santé du G8. L'ensemble du réseau est ravi de cette annonce. Il faut, selon nous, concerter les efforts à ce chapitre pour sauver la vie de nombreuses femmes, notamment en offrant toute la gamme des services santé sexuelle et génésique, ainsi qu'en facilitant l'accès aux moyens de contraception modernes et aux méthodes d'avortement sûres, lorsque l'avortement est légal.

De nombreux faits concourent à montrer que la planification familiale permet de sauver des vies. Selon la Banque mondiale, le recours accru à des méthodes de contraception fiables permettrait de prévenir 40 p. 100 des décès d'accouchée.

La stratégie a évolué lentement pendant trop longtemps en matière de santé maternelle et infantile. Pourtant, la communauté internationale est unanime quant aux mesures à prendre pour accélérer le tout. Elle est déterminée à agir à cet égard, du moins en principe. Ce sont la volonté politique et les sources de financement qui ont simplement fait défaut. Comme jamais auparavant, l'accent a été mis sur cette question au cours des 12 derniers mois. Nous avons donc une occasion exceptionnelle de donner un nouvel élan à cette stratégie.

Résumons brièvement les données dont on vous a fait part au cours des derniers jours. Dans le monde, il y aurait 215 millions de femmes qui voudraient avoir accès aux services de planification familiale. Le recours accru à la contraception permettrait de réduire d'autant le nombre de grossesses non désirées. Il y aurait donc moins de décès et de complications chez les femmes enceintes.

Lors de sa comparution la semaine dernière, Sharon Camp a abordé les récentes recherches effectuées par le Guttmacher Institute et montrant qu'il serait possible de réduire de 70 p. 100 ces décès en satisfaisant à la fois aux besoins en matière de contraception et à ceux au chapitre de la santé des mères et des nouveau-nés, plutôt que de se concentrer sur les deuxièmes. On estime de plus que le nombre d'avortements dans des conditions insalubres passerait alors de 20 et à 5,5 millions.

D'après ces recherches, satisfaire à ces deux types de besoins coûterait moins cher que s'attaquer uniquement aux besoins en matière de santé des mères et des nouveau-nés. Pourquoi? Parce qu'il y aurait moins de grossesses non désirées et qu'on économiserait donc sur les soins de santé que nécessitent les femmes enceintes.

Annuellement, de 330 000 à 530 000 femmes meurent à la suite de complications pendant la grossesse ou l'accouchement. Pourquoi un tel écart? Parce que, selon de récentes recherches, certains changements ont pu survenir, ce qui est très positif. On estime que 13 p. 100 de ces décès — donc, un maximum possible de 70 000 — sont imputables aux avortements dans les conditions insalubres.

La contraception et l'avortement pratiqué dans des conditions salubres vont de pair. Parfois, la contraception seule ne permet pas aux femmes d'exercer leur droit de décider quand elles auront un enfant et combien elles en auront. Entre autres, les méthodes de contraception ne sont pas toujours infaillibles, et les femmes peuvent être violées ou faire l'objet de contrainte sexuelle. Lorsque l'avortement est légal, il faut que cette intervention soit pratiquée dans des conditions salubres.

Lors du sommet du G8 en 2009, le Canada s'est engagé à « favoriser davantage la santé maternelle, en mettant l'accent sur les soins en matière de santé sexuelle et génésique ainsi que sur la planification familiale volontaire. » En outre, les dirigeants des pays du G8 ont signé un document sur la santé maternelle et infantile, qui reconnaît que les mesures nécessaires à ce chapitre comprennent des interventions de qualité fondées sur l'expérience clinique et pratiquées dans le cadre d'un système de santé efficace: gamme complète de services et de produits en matière de planification familiale; soins prodigués par du personnel qualifié aux femmes et aux nouveau-nés pendant et après la grossesse ainsi que pendant l'accouchement, y compris des soins obstétricaux d'urgence; avortements pratiqués dans des conditions salubres lorsque cette intervention est légale; améliorations au chapitre de la nutrition de l'enfant ainsi que dans la prévention et le traitement des principales maladies infantiles.

• (1535)

La réunion imminente du G8 se tiendra à un moment crucial, les leaders mondiaux s'apprentant en septembre prochain à examiner les progrès réalisés par les divers pays face aux objectifs du Millénaire pour le développement, les OMD. Les objectifs 5 et 5.B sont ceux pour lesquels il reste le plus de chemin à parcourir. Ce sera donc l'occasion rêvée de changer de cap. La mise en œuvre efficace de la stratégie gouvernementale en matière de santé des mères et des nouveau-nés passe par des organisations de la société civile solides et efficaces. La société civile et les gouvernements doivent collaborer pour que nous puissions atteindre les OMD, que des progrès soient réalisés en matière de santé sexuelle et génésique et que les droits soient respectés à ce chapitre. Les organisations de la société civile sont souvent bien placées pour fournir les services spécialisés en matière de santé sexuelle et génésique, particulièrement aux personnes les moins nanties et les plus marginalisées.

La FIPF et ses organisations membres sont un élément essentiel en santé maternelle, cherchant à doter les pays les moins développés des moyens d'offrir des services de qualité supérieure en fonction du respect des droits. Les faits sont indéniables: il faut intervenir. La communauté internationale est unanime sur les mesures à prendre.

Dans un peu plus d'un mois, je devrais donner naissance à mon deuxième enfant. Je pourrai alors compter sur le système de santé canadien et une sage-femme efficace. Si, par malheur, j'ai une

hémorragie post-partum, comme ce fut le cas il y a trois ans à la naissance de mon premier enfant, un obstétricien-gynécologue me prodiguera des soins d'urgence. Le cas échéant, je pourrai compter sur un moyen de transport qui m'amènera à l'hôpital de soins tertiaires par des routes praticables. Cet hôpital disposera des produits sanguins nécessaires, et un spécialiste y est toujours en disponibilité 24 heures sur 24.

S'il survenait une complication pendant ma grossesse, cela serait malheureux mais ne mettrait en danger ni ma vie ni le bien-être à long terme de ma famille. J'ai choisi d'avoir mon deuxième enfant exactement trois ans après le premier et j'ai eu préalablement le privilège de pouvoir compter sur divers moyens de contraception modernes. De plus, j'aurais pu assez facilement me faire avorter si ma grossesse n'avait pu être menée à terme, pour quel que motif que ce soit.

Toutes les femmes du monde ont droit aux mêmes moyens lorsqu'il s'agit de contrôler leur fertilité. Elles ont toutes droit à des grossesses et à des accouchements sans risque. Le Canada a l'occasion d'être un chef de file exceptionnel sur la scène internationale. Il faut prêcher par l'exemple en mettant en œuvre une stratégie intégrée en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, une stratégie qui reposera sur des preuves et dont on maximisera l'efficacité en offrant toute la gamme des services en santé sexuelle et génésique.

Merci infiniment.

• (1540)

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Merci beaucoup.

Nous entendrons maintenant la représentante de la Fédération du Québec pour le planning des naissances.

Mme Ainsley Jenicek (chargée de projets, Fédération du Québec pour le planning des naissances): Merci beaucoup. C'est moi aussi avec beaucoup d'humilité que je comparais en compagnie des autres témoins. C'est un honneur pour moi.

[Français]

Merci beaucoup d'avoir invité notre fédération à faire une présentation aujourd'hui. Nous apprécions grandement cette occasion de livrer notre point de vue. Dans le cadre de ma présentation, je vais cibler le sujet de l'avortement, en raison de la confirmation récente du fait que le gouvernement du Canada ne va pas financer de tels services dans le cadre de son initiative de santé maternelle et infantile, au Sommet du G8.

Je vais commencer par expliquer pourquoi les services d'avortement sont inséparables de la santé maternelle et infantile en général. Je vais finir en expliquant pourquoi la stratégie de refus d'octroi de financement pour les services d'avortement est inefficace.

Premièrement, l'avortement est une composante fondamentale de la santé maternelle. Il y a souvent une fausse distinction créée entre l'avortement et la santé maternelle. C'est comme si les femmes qui choisissaient d'avorter et les mères étaient des femmes différentes. On oublie cependant que ce sont souvent des mères qui ont besoin de recourir à des services d'avortement. Il existe aussi une mauvaise compréhension des liens entre l'avortement et la santé des enfants. Dans la réalité, ce sont pourtant plus de 220 000 enfants qui perdent leur mère chaque année des suites d'un avortement non sécuritaire. Par conséquent, il devient beaucoup plus probable que sans leur mère, ces enfants vont mourir.

En plus des enfants qui souffrent en raison de la perte de leur mère, il y a des femmes dans les pays plus pauvres à qui il serait inhumain de refuser ce service essentiel. La plupart des 42 millions d'avortements effectués dans le monde annuellement ont lieu dans les pays en voie de développement. Ce sont environ 70 000 femmes qui meurent encore chaque année des suites d'un avortement non sécuritaire.

[Traduction]

C'est donc dire que, toutes les heures, sept femmes meurent à la suite d'un accouchement pratiqué dans des conditions insalubres.

[Français]

Cinq millions de femmes sont hospitalisées à cause de complications découlant d'un avortement non sécuritaire et ce nombre n'inclut même pas les trois millions d'autres femmes qui n'ont pas accès à un hôpital. Les complications que ces femmes vivent peuvent avoir des conséquences à court terme et à long terme, qui coûtent à leur gouvernement plus cher que de financer des services d'avortement sécuritaires.

Au Canada, et dans la plupart des pays développés ou riches, nous avons accès à des services d'avortement sécuritaires. Ces services, en plus d'être des services de santé essentiels, répondent aux besoins des femmes de pouvoir contrôler leur corps et ainsi leur vie. Refuser de reconnaître ce besoin fondamental perpétue non seulement une injustice flagrante entre les femmes du Sud et du Nord, mais correspond à nier également les droits universels des femmes.

Les Canadiennes et les Québécoises ont lutté pour ces droits. Nous ne devons pas laisser notre gouvernement dicter aux femmes des pays plus pauvres ce qu'elles peuvent et ne peuvent pas faire de leur propre corps.

[Traduction]

J'en arrive à mon second point qui pourrait simplement se résumer ainsi: refuser de financer l'avortement dans les autres pays n'en réduit pas pour autant la fréquence.

Nous pouvons tirer plusieurs leçons salutaires du rétablissement de la politique de Mexico par l'ancien président George Bush, cette politique surnommée la « règle du bâillon mondiale » et selon laquelle l'aide américaine était interdite aux ONG pratiquant l'avortement, donnant des informations et des conseils à ce chapitre ou prônant sa légalisation. L'aide américaine était même refusée aux organisations finançant ces activités sans recourir à des fonds américains.

Je le répète, la principale leçon, c'est que refuser de financer l'avortement dans les autres pays n'en réduit pas pour autant la fréquence. En l'absence d'avortement légalisé et sûr, le seul recours des femmes consiste à envisager un avortement dans des conditions insalubres et dangereuses ou l'auto-avortement. Refuser de financer l'avortement sûr fait augmenter le taux de décès maternels, cause plus d'infections et est à l'origine de problèmes à long terme, notamment l'infertilité. Rappelons-nous que 13 p. des décès maternels dans le monde sont imputables à des avortements insalubres. La façon la plus efficace de réduire la fréquence des avortements, c'est de faire baisser le nombre de grossesses non désirées. Pour y parvenir, il faut davantage de services de planification familiale qui comprennent l'avortement.

Pourquoi offrir l'avortement?

Parce que la contraception n'est pas la panacée. La contraception nécessitant souvent des décennies avant d'être acceptée par la majorité, l'avortement demeure un recours important. L'accès à des moyens de contraception fiables est pratiquement impossible pour

les femmes les plus pauvres au monde, notamment les adolescentes, les réfugiées, les victimes de contrainte sexuelle et celles souffrant de maladies chroniques comme le VIH/sida. Même lorsque les moyens de contraception sont facilement accessibles, l'avortement continue d'être nécessaire car aucune méthode contraceptive n'est efficace à 100 p. 100.

La règle du bâillon mondiale nous enseigne également que refuser de financer les ONG qui offrent des services d'avortement ne fait que nuire ou même mettre fin aux programmes de planification familiale. Autrement dit, un tel refus met en péril les initiatives en matière de santé maternelle. Aux prises avec les restrictions découlant de cette règle du bâillon mondiale, de nombreux ONG ont conclu que dissocier l'avortement de leur programme de planification familiale serait contraire à l'éthique et n'ont donc plus eu droit aux fonds américains. Ils ont par conséquent dû réduire leurs effectifs et leurs services, ou même fermer des cliniques.

Il faudrait souligner que la règle du bâillon mondiale s'applique même aux pays où l'avortement est légal, ce qui constitue une atteinte à la souveraineté des États les plus pauvres. Cette règle freine également la promotion de la démocratie à l'étranger, plus particulièrement du principe démocratique fondamental de la liberté d'expression et du débat public des enjeux.

Enfin, la règle du bâillon mondiale a des répercussions sur les femmes des autres pays, mais elle fait partie d'une grande stratégie visant à réduire le droit des femmes chez nous comme à l'étranger. C'est ce qu'on appelle parfois l'autre guerre de Bush, celle contre les droits des femmes en matière de santé sexuelle et génésique.

En conclusion, une initiative de santé maternelle qui comprend la contraception mais qui écarte l'avortement ne sera d'aucun secours pour les femmes.

• (1545)

[Français]

Il faut se souvenir que les principes de libre choix et d'autodétermination sont partagés par la plus grande partie des citoyens. Un sondage réalisé en avril 2010 par la firme EKOS montre que la majorité des Canadiens sont pro-choix. Ils savent que même si on ne veut pas recourir à l'avortement nous-mêmes, il faut que ces services restent disponibles pour les femmes qui en ont besoin.

Je vous enjoins de faire usage de votre position privilégiée et de votre influence pour encourager le gouvernement conservateur à changer sa position par rapport au financement des services d'avortement outre-mer.

Merci beaucoup.

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Merci beaucoup.

Nous entendrons maintenant Bridget Lynch, présidente de la Confédération internationale des sages-femmes.

Vous disposez de 10 minutes.

Mme Bridget Lynch (présidente, Confédération internationale des sages-femmes): Merci beaucoup, Cathy.

C'est un plaisir et un privilège pour moi de venir vous parler au nom des sages-femmes du rôle que leur profession peut jouer dans la réduction des taux de morbidité et de mortalité chez les mères et les nouveau-nés.

Je vais d'abord vous présenter la situation à l'échelle internationale. Je vais ensuite revenir au tableau canadien pour voir quelles recommandations votre comité pourrait formuler.

Dans la revue *The Lancet*, en 2005, on indiquait que les sages-femmes étaient les intervenantes du système de santé pouvant le plus contribuer à réduire les taux de morbidité et de mortalité maternelles et infantiles. En 2008, l'Organisation mondiale de la santé a déterminé que parmi les 1,2 million de travailleurs de la santé requis pour améliorer les soins à l'échelle planétaire, nous avions besoin de 350 000 sages-femmes supplémentaires pour réduire les taux élevés de morbidité et de mortalité.

Un examen de la situation dans l'Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, des régions où l'incidence de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles atteignent des sommets, nous révèle qu'on y trouve très peu de sages-femmes. Plus souvent qu'autrement, on ne les distingue pas des autres parmi le groupe connu sous le vocable général de travailleurs de la santé.

Parmi les problèmes mis en lumière cette année, il y a celui des travailleuses de la santé et du faible niveau de soutien et de recrutement dont bénéficie ce groupe, surtout dans les pays pauvres où les mères et leurs nouveau-nés sont nombreux à mourir.

Si l'on veut vraiment réduire la mortalité chez les mères et les nouveau-nés, il est extrêmement important de considérer le rôle joué par les sages-femmes dans les cas où les choses se déroulent normalement. C'est ce qui arrive dans 85 p. 100 des cas lorsque la mère était en bonne santé au départ. Dans la plupart de nos pays développés, qui servent de points de référence, nous ne nous étonnons plus de voir les médecins et les obstétriciens monopoliser les soins à prodiguer à la mère et à l'enfant.

Lorsqu'on considère les ressources humaines et économiques nécessaires pour optimiser les résultats en matière de santé en offrant le continuum de soins requis, il ne faut pas oublier que si la mère survit, comme vous l'avez indiqué, son nouveau-né et ses autres enfants ont de bien meilleures chances de survivre eux aussi. Ce continuum de soins est à la base du travail des sages-femmes. Le champ d'activité de la sage-femme va des soins anténataux jusqu'à ceux prodigués au nouveau-né, en passant par l'accouchement et les soins à la mère en période post-partum.

Dans un souci d'utilisation optimale des ressources, nous devrions travailler auprès des différents pays et encourager le G8 à définir le rôle spécifique de la sage-femme. À l'heure actuelle, dans la plupart des documents à ce sujet, on en parle comme d'une question de main-d'œuvre en santé en termes vagues et généraux. Malheureusement, tant que nous n'aurons pas mieux défini le rôle des sages-femmes et la nécessité de nous doter d'une main-d'œuvre suffisante dans cette profession, nous ne pourrions mettre en œuvre les mesures d'éducation, de réglementation et de perfectionnement nécessaires à l'échelle planétaire.

La Confédération internationale des sages-femmes représente 250 000 sages-femmes dans 95 pays du monde. Parmi les principaux problèmes relevés dans les pays pauvres, on note des lacunes importantes à différents égards: formation des sages-femmes; normes de formation; réglementation; intégration au sein d'équipes multidisciplinaires de travailleurs de la santé; reconnaissance par les pédiatres, les obstétriciens et les gouvernements du rôle important

que peuvent jouer les sages-femmes dans la détermination des politiques de santé pour les mères et les nouveau-nés.

Les sages-femmes offrent des services de planification des naissances et sont présentes, dans certains pays, lors des avortements au premier trimestre. Nous offrons des soins en santé sexuelle et reproductive. Nous travaillons à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Nous offrons des traitements contre le paludisme. Nous fournissons des moustiquaires de lit. Mais il faut surtout retenir que nous dispensons des soins axés sur la femme. Enfin, du point de vue international, il est maintenant reconnu qu'il est important que la mère et son nouveau-né survivent, mais qu'il est tout aussi essentiel qu'elle survive dans la dignité et soit traitée en conséquence.

• (1550)

Il est également très important que nous reconnaissons le rôle des sages-femmes ici même au Canada, car nous avons développé l'un des modèles les plus impressionnants au monde en la matière.

Toutes les professions de la santé doivent pouvoir s'appuyer sur trois piliers indispensables: un bon système d'éducation; un rigoureux régime de réglementation; et une solide association professionnelle capable de contribuer à l'élaboration des politiques et de travailler en collégialité avec les autres professionnels de la santé.

Il s'est développé au Canada une profession de sage-femme où l'on reconnaît et respecte le droit de chaque femme de choisir son lieu d'accouchement. C'est le seul endroit au monde où les femmes sont ainsi appuyées dans leur liberté de choix. Nous sommes tenues d'informer les femmes pour éclairer leur prise de décisions, en axant nos soins sur leurs besoins particuliers, et nous devons leur offrir un continuum de soins de telle sorte qu'elles n'aient pas à consulter de multiples professionnels de la santé au cours de leur grossesse et lors de leur accouchement.

C'est au Québec que l'on trouve le seul programme au monde offrant aux sages-femmes une formation de premier cycle étalée sur une période de quatre ans. C'est également au Québec qu'existe depuis 10 ans une formule unique au monde, celle des maisons des naissances offrant des soins de maternité dirigés par des sages-femmes à l'extérieur du contexte hospitalier. C'est un modèle formidable qui fait parler de lui partout dans le monde. Personne ne semble conscient, même ailleurs au Canada, de toute l'efficacité de ce modèle et du fait qu'il est devenu le choix de nombreuses Québécoises.

En fait, lors d'un sondage mené dans les années 1990 au sujet de l'endroit que les femmes choisiraient pour leur accouchement, les Canadiennes ont opté pour une installation de naissance en dehors du milieu hospitalier.

Je veux vous parler encore de la situation au Canada avant de conclure. La résolution adoptée unanimement par notre Parlement le 5 juin de l'an dernier demandait au gouvernement canadien de renouveler son engagement à l'égard de la réduction des taux de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles à l'échelle mondiale et d'améliorer les soins prodigués aux mères et aux nouveau-nés ici même au Canada.

Je voudrais exhorter le Canada à suivre l'exemple des Pays-Bas et de la Grande-Bretagne en élaborant une stratégie nationale pour la santé des femmes, des nouveau-nés et des enfants. Il est important de ne pas rater cette occasion de prendre conscience non seulement de ce qui se passe ailleurs dans le monde, mais aussi des moyens à prendre pour améliorer la situation dans notre pays.

Nous devons améliorer notre système de surveillance périnatale. Nous ne nous sommes pas encore assurés le concours de toutes les provinces dans le cadre de cet effort. Nous ne savons pas vraiment comment les choses se déroulent à divers niveaux démographiques au sein même de notre pays. En consolidant les composantes démographiques de notre système de surveillance périnatale, nous devons considérer les indicateurs de la santé, comme le diabète, la tuberculose et les troubles liés à l'hypertension. Nous devons évaluer la proximité des soins. Nous devons considérer les déterminants sociaux de la santé et l'accès à des aliments frais dans nos quartiers défavorisés comme dans nos collectivités éloignées. Il nous faut nous attaquer aux problèmes d'eau potable et d'hygiène si nous voulons améliorer la santé des femmes, des nouveau-nés et des enfants dans notre propre pays. Nous devons régler les problèmes de sécurité des personnes et des collectivités.

Nous devons consolider notre approche misant sur un continuum de soins. Nous devons encourager nos associations professionnelles, nos pédiatres, nos obstétriciens, nos infirmières et nos sages-femmes à travailler de façon concertée. Il faut que le gouvernement fédéral leur donne voix au chapitre quand vient le moment de déterminer les domaines de recherche en matière de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants.

• (1555)

Nous devons coordonner nos efforts de recherche visant l'amélioration des soins de santé pour les mères, les nouveau-nés et les enfants...

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Auriez-vous l'obligeance de conclure rapidement? Nous avons déjà dépassé le temps alloué.

Mme Bridget Lynch: La dernière question que j'aimerais soulever — et elle est extrêmement importante — est celle de la santé des adolescentes. On a tendance à négliger cet aspect lorsqu'on s'intéresse à la santé des mères et des enfants. À l'échelle mondiale, la grossesse et l'accouchement constituent la principale cause de décès chez les adolescentes. Nous devons considérer qu'il s'agit d'une population à risque. Il nous faut étudier l'influence des drogues et de l'alcool. Nous devons porter une attention toute particulière aux adolescentes de nos quartiers défavorisés, des communautés autochtones et des familles immigrantes.

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Lorraine Fontaine du Regroupement Naissance-Renaissance.

Nous vous souhaitons la bienvenue.

[Français]

Mme Lorraine Fontaine (coordonnatrice des dossiers politiques, Regroupement Naissance-Renaissance): Bonjour. Comme mère de famille, grand-mère et représentante des droits reproductifs périnataux des femmes, je suis honorée d'avoir été invitée à vous adresser la parole au nom de mon organisation, le Regroupement Naissance-Renaissance, qui œuvre depuis 30 ans au sein du mouvement pour l'humanisation de la période périnatale au Québec.

Cet après-midi, je vais vous parler d'une initiative novatrice qui répond à nos préoccupations concernant l'autonomie des femmes en rapport avec les décisions qu'elles prennent au sujet de l'accouchement. Cette initiative mise également sur l'importance de traiter toute femme avec respect et dignité. Je souhaite porter à votre attention la perspective des femmes au sujet de la santé maternelle et infantile. Tout programme, toute mesure, toute initiative locale ou

internationale doit respecter le droit fondamental des femmes à l'autodétermination concernant leur santé et celle de leurs enfants.

• (1600)

[Traduction]

Vous avez reçu copie de ce document. Je vous prie de bien vouloir le lire quand vous en aurez l'occasion. Il comporte de nombreux éléments d'information, mais je voudrais surtout attirer votre attention sur quatre d'entre eux.

L'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant (IMBCI) a déjà obtenu un vaste appui et est structurée selon le modèle de l'Initiative pour les hôpitaux Amis des bébés de l'OMS/UNICEF qui établit 10 conditions de succès pour l'allaitement. Je vous en lis un extrait:

L'objectif... de l'IMBCI est d'améliorer les soins à travers tout le continuum... afin de sauver des vies, de prévenir la maladie et les effets nocifs de la surutilisation des technologies obstétriques et de promouvoir la santé des mères et des bébés dans tous les pays du monde.

Elle fait fond sur un programme déjà largement accepté et mis en œuvre qui a permis de sauver des millions de vies.

Je veux donc m'intéresser tout particulièrement à quatre conditions qui font l'objet d'un consensus parmi nos membres, mais également parmi les nations qui soutiennent le plus activement l'IMBCI.

Voici la première de ces conditions:

Traiter chaque femme avec respect et dans le souci de sa dignité, en lui fournissant une information complète et en l'impliquant dans le processus décisionnel relativement aux soins qui la concernent et qui concernent son bébé; communiquer avec elle dans un langage qu'elle comprend et respecter son droit au consentement ou au refus éclairés.

Le principe le plus important sur lequel notre travail à toutes doit reposer est que les femmes doivent être traitées avec respect et dignité sans égard à leur situation économique, à leur pays ou à leur culture d'origine, à leurs capacités ou incapacités physiques, et à n'importe quel autre de leurs droits reconnus. Les femmes doivent être au centre de toutes les décisions concernant leur santé reproductive. Les femmes qui choisissent la maternité doivent pouvoir décider où, comment et avec qui elles accouchent.

Selon la condition 6, il faut « éviter d'avoir recours, de manière routinière ou fréquente, lors d'un accouchement normal, aux pratiques de soins pouvant être nocives et qui n'ont aucun fondement scientifique ». La césarienne est un bon exemple d'intervention qui peut être utile, mais aussi se révéler néfaste. Selon l'Organisation mondiale de la santé, les taux optimaux de recours aux césariennes devraient se situer entre 5 et 15 p. 100. Ainsi, dans un pays où ce taux s'établit à 2 p. 100, des femmes meurent en raison d'un manque de soins obstétricaux. Inversement, dans les pays où ce taux dépasse 15 p. 100, on s'approche d'une surutilisation dangereuse de l'intervention obstétrique qui se manifeste par un accroissement des taux de mortalité maternelle. Pour vous citer quelques exemples, le taux de césariennes se situe à 26 p. 100 au Canada; entre 30 et 40 p. 100 aux États-Unis; et 60 p. 100 à Porto-Rico. On commence à voir une troisième génération de femmes qui accouchent par césarienne. Au Brésil, ce taux est encore plus élevé.

Nous ne pouvons pas simplement exporter le modèle mis en place en Amérique du Nord en pensant que nous allons sauver des vies. Selon le rapport *Une initiative pancanadienne reliée à la naissance* publié en 2008, les données rendues publiques par l'OCDE en juin 2006 montrent que le Canada a dégringolé du 6^e au 21^e rang en ce qui concerne la prévalence de la mortalité infantile, du 12^e au 14^e rang en ce qui a trait à la mortalité périnatale, et du 2^e au 11^e rang pour ce qui est de la morbidité maternelle. Je cite le rapport: « Lorsqu'il s'agit de soins obstétricaux au Canada, nous ne devons pas assumer que tout roule comme sur des roulettes. »

La troisième condition que j'aimerais porter à votre attention est la suivante:

Posséder et appliquer de manière routinière les connaissances et habiletés relevant de la pratique de sage-femme qui favorisent et optimisent le déroulement normal et physiologique de la grossesse, du travail, de l'accouchement, de l'allaitement et de la période post-partum.

Ma collègue nous a déjà dit tout cela. Je l'en remercie. J'ajouterais que d'après un très récent sondage dont les résultats ont été rendus publics le 5 mai dernier à l'occasion de la Journée internationale de la sage-femme, 26 p. 100 des Québécoises en âge de procréer préféreraient accoucher avec l'aide d'une sage-femme, mais seulement 2 p. 100 y ont accès. Selon nous, la profession de sage-femme s'inscrit dans une pratique bien enracinée dans le respect des femmes et de leur capacité de donner naissance à un enfant en favorisant un accouchement naturel et un bien-être physiologique tenant compte des particularités culturelles. Partout sur la planète, nous voyons toutefois disparaître la profession de sage-femme et les pratiques plus traditionnelles. Nous nous devons de réagir.

La dixième condition concerne l'Initiative pour les hôpitaux Amis des bébés. Cela s'inscrit dans l'Initiative pour la naissance MèreEnfant. Les deux sont interreliées. Je ne vous apprendrai certes rien, mais j'aimerais souligner un élément concernant l'allaitement. La commercialisation de substituts au lait maternel dans les années 1970 et 1980 a causé des ravages chez les mères et les nouveau-nés dans les pays en développement. Au XXI^e siècle, nous devons demeurer vigilants pour éviter la résurgence d'intérêts néfastes semblables et les mauvais traitements qui s'ensuivent pour les mères et les nouveau-nés.

• (1605)

L'Initiative pour les hôpitaux Amis des bébés redonne à l'allaitement maternel la place qui lui revient, non seulement comme forme d'alimentation essentielle et à faible coût, mais aussi — ce qui est primordial — comme moyen de consolider les liens psychologiques et émotifs entre la mère et l'enfant, notamment grâce au contact peau-à-peau immédiatement après la naissance.

Pour qu'un service de maternité soit considéré comme ami des bébés, il doit respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. L'IMBCI, l'initiative que je vous propose aujourd'hui, va plus loin afin de combler une lacune importante en veillant à ce que l'accouchement et l'expérience maternelle soient pris en compte et considérés comme essentiels.

Tous les arguments que je vous sou mets aujourd'hui sont également appuyés par la résolution de novembre 2008 du Conseil des droits humains des Nations Unies. Cette résolution intitulée « Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme » réaffirme les liens entre maternité et droits de la personne.

Lorsqu'on éloigne les femmes de leurs réseaux de soutien et lorsqu'on sépare les mères de leurs nouveau-nés, on brise des liens capables de sauver des vies. Tout comme l'Initiative pour les hôpitaux Amis des Bébé s, l'IMBCI permettra d'assurer la santé maternelle et infantile, de réduire les taux de mortalité et de

morbidité, et d'améliorer le sort d'un grand nombre de bébés et de mamans.

Cependant — et ce sera ma conclusion — nous ne devons surtout pas croire que ces problèmes touchent uniquement les pays en développement. De nombreux éléments indiquent que notre système n'est pas toujours à la hauteur pour les mères et les nouveau-nés. Qu'elles soient issues de l'immigration ou des collectivités nordiques, qu'il s'agisse de personnes handicapées ou de jeunes mères, nous usurpons trop souvent les droits individuels et collectifs des femmes.

La santé est plus que l'absence de mortalité et de maladie. Aux fins de la santé maternelle et infantile, nous devons adopter une vision globale intégrant l'environnement socioéconomique au sein duquel évoluent la mère et l'enfant. Vous avez toutes souligné la fête des Mères hier, alors vous savez très bien que la maternité est un engagement à long terme. Alors si nous ne donnons pas suite à l'IHAB, à l'IMBCI et à toutes les autres initiatives valables qui existent en nous engageant à améliorer sans cesse le bien-être socioéconomique des femmes, des enfants et des familles tout au long de leurs vies, nous créons simplement de faux espoirs et risquons de causer un tort épouvantable à ceux-là même dont nous voulons sauver la vie.

Toutes les actions entreprises pour réduire les taux de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles doivent être réalisées par et pour les femmes, avec le soutien d'un large éventail d'organisations, y compris les groupes communautaires. Ces groupes doivent bénéficier d'un financement suffisant et permanent, car il nous est impossible d'améliorer la santé maternelle sans l'aide des femmes et de ceux et celles qui leur prêtent une oreille attentive et qui travaillent auprès d'elles.

[Français]

Nous recommandons donc que les représentants du gouvernement présentent l'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant aux participants du G8, car elle constitue une démarche globale face à la santé des femmes et des enfants, respectant leurs besoins en période périnatale. Merci beaucoup.

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Merci à vous toutes de nous avoir fait profiter de vos points de vue sur cette initiative très importante.

Nous allons maintenant entamer la période de questions. Le premier tour est divisé en tranches de sept minutes pour les questions et les réponses. J'interviens généralement lorsque le temps alloué tire à sa fin de telle sorte que chacun ait la chance de poser ses questions.

Nous débutons avec Mme Neville du Parti libéral.

L'hon. Anita Neville (Winnipeg-Centre-Sud, Lib.): Merci, madame la présidente.

Merci à tous d'être présents.

Nous en sommes à notre troisième groupe de témoins, et encore une fois, il y a une grande diversité d'opinions.

Mon collègue m'a demandé si Pierre aura l'occasion de parler. J'imagine qu'il en aura l'occasion durant la période de questions.

Mes questions portent sur trois volets, tous relatifs au prochain sommet du G8. Je vais poser les trois, puis vous pourrez y répondre.

Pour commencer, Ainsley, je crois que vous en avez parlé durant votre déclaration. Vendredi, durant la période de questions de la Chambre des communes, la ministre responsable du statut de la femme a mentionné au moins quatre fois que, pendant notre séance, 24 000 enfants de moins de cinq ans meurent dans les pays en développement chaque jour. Je crois que nous le savons tous.

Mon inquiétude ou ma question s'adresse à ceux qui travaillent activement à l'échelle internationale. J'aimerais en savoir plus sur les mères qui meurent lors d'avortements. Pourriez-vous nous en parler? J'ai entendu diverses statistiques sur le sujet. Pouvez-vous nous dire l'effet que cela a sur les enfants, sur leur propre mortalité, et sur leur bien-être à long terme, s'ils survivent? C'était la première question.

Voici la deuxième. Mon collègue de Toronto-Centre, Bob Rae, a posé une question à la Chambre la semaine dernière au sujet de l'avortement dans le cas d'un viol. Il a particulièrement utilisé le Congo comme exemple en raison de ce qui s'y déroule en ce moment.

J'ai été stupéfaite par les statistiques fournies aujourd'hui par mon bureau et mon personnel. L'information provient de l'organisme Solidarity Helping Hand, qui dit qu'un enfant est violé toutes les trois minutes en Afrique du Sud et que 45 p. 100 des victimes de viols en Afrique du Sud sont des enfants. J'aimerais entendre sur le sujet ceux qui travaillent sur la scène internationale. Quels effets cela a-t-il sur ces enfants, et quel rôle le Canada joue-t-il?

Ma dernière question traite du gouvernement canadien et de l'éditorial du *Lancet* dont nous avons entendu parler la semaine dernière, selon lequel le gouvernement canadien ne prive pas les femmes qui vivent au Canada. Je ne souhaite pas le lire au complet, mais il dit que « les interdictions sur les procédures qui minent la santé publique devraient être contestées par le G8 et non encouragées par leur inaction. » Plus loin, il est écrit:

Le Canada et les autres pays du G8 pourraient faire preuve d'initiative politique réelle en élaborant un plan complet sur la santé maternelle qui serait fondé sur des preuves scientifiques concrètes et non sur des préjugés.

Je répète ma question: croyez-vous que le Canada devrait jouer un rôle de chef de file durant le G8, étant donné sa réponse timide concernant les droits génésiques des femmes?

Ce sont mes trois questions. N'importe qui peut ouvrir le bal.

● (1610)

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Il nous reste environ trois minutes et demie pour essayer de traiter de bon nombre de sujets. Qui aimerait essayer de répondre à l'une des trois questions?

Mme Jolanta Scott-Parker: Je peux répondre à la dernière question.

Pour répondre à la question sur le G8, selon moi, l'important, c'est que nous allions de l'avant avec une approche intégrée et complète. Je crois que c'est peut-être ce que l'article du *Lancet* voulait dire par ne pas oublier d'éléments. Les données démontrent qu'une stratégie complète sur la santé et les droits sexuels et génésiques à l'intérieur d'une stratégie sur la santé infantile et maternelle est primordiale. Tous les éléments le confirment.

Nous savons aussi qu'un financement axé sur un menu dans lequel les différents pays choisissent des éléments ne permet pas le genre de stratégie collective et cohésive que la situation requiert.

J'imagine que ce serait ma réponse à la troisième question.

Voulez-vous essayer de répondre à l'une des deux autres?

M. Pierre La Ramée (directeur, développement et affaires publiques, Région de l'hémisphère occidental, Fédération

internationale pour le planning familial): En ce qui concerne aussi la troisième question, en tant que Canadien vivant aux États-Unis depuis des années, je me suis souvent senti choqué comparativement à mes collègues américains à cause des nombreux enjeux et conflits concernant la santé sexuelle et génésique dans ce pays, des enjeux comme la règle du bâillon mondiale, qui a déjà été mentionnée, par exemple. Je me trouve en ce moment dans une position très particulière, parce que je dois défendre mon propre pays quand les gens me posent des questions similaires sur les politiques canadiennes: « Pourquoi le Canada adopte-t-il ces politiques? »

Cela ne me cause pas vraiment d'embarras personnel comparativement aux effets que ce recul pourrait avoir sur le rôle de chef de file bien mérité et vanté du Canada dans tous ces domaines depuis des années. Selon moi, le Canada devrait reprendre son rôle au sein du G8, de même que les autres membres du groupe, et tout simplement montrer à l'ensemble de la communauté internationale le chemin qu'il faut emprunter en matière de santé maternelle.

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Il reste une minute. Quelqu'un d'autre voudrait-il s'exprimer?

Madame Fontaine.

Mme Lorraine Fontaine: Pour ce qui est des droits génésiques et du recul, je pense à deux changements qui ont été apportés récemment et dont j'ai pris connaissance dans mes lectures. Selon moi, vous vous y connaissez mieux que moi. Dans la charte des droits de l'Iran, ils ont changé le mot « droits » par « protection des femmes ». Qu'est-ce que ce changement représente? J'ai lu un article à cet égard. Lorsque nous percevons les femmes comme des victimes — des victimes de violence, des victimes de maladies, des victimes de pauvreté —, nous abordons la question avec compassion, et c'est une bonne chose, mais je crois que les femmes ne sont pas seulement des victimes. Elles jouent un rôle dans leur situation. Elles y jouent le rôle principal et doivent être consultées dans le processus décisionnel.

Donc, lorsqu'on dit au Canada qu'on a peur d'utiliser les termes « droits » et « défense de nos droits », nous ne devrions pas, parce qu'il est tout à fait démocratique de donner plus de responsabilités aux femmes.

● (1615)

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Merci.

La parole est à Mme Deschamps.

[Français]

Mme Johanne Deschamps (Laurentides—Labelle, BQ): Merci, madame la présidente. J'essaierai d'être brève, mais il s'agit d'un enjeu important. D'ailleurs, je suis étonnée de voir qu'en 2010, on en soit encore à discuter du droit à l'avortement. Je vous remercie de vos témoignages, qui étaient très éclairants.

Monsieur La Ramée, dernièrement, on a eu la visite de la ministre des Affaires étrangères des États-Unis, Mme Hillary Clinton. Elle a fait une déclaration assez fracassante. On peut supposer que les États-Unis feront maintenant preuve d'une certaine ouverture face à la question de l'avortement et de la contraception.

M. Pierre La Ramée: Je répondrai en anglais, car ça ira beaucoup plus rapidement. C'est beaucoup plus facile pour moi.

[Traduction]

Le gouvernement Obama a rouvert la discussion sur l'avortement et sur la santé sexuelle et génésique en général aux États-Unis. Évidemment, en tant que secrétaire d'État, Hillary Clinton joue un rôle très important de chef de file à cet égard, mais nous avons pu voir que dans le fonds pour l'aide à l'étranger, par exemple, se trouve la plus forte somme jamais affectée dans l'histoire américaine pour la santé génésique — ou pour la planification familiale, comme ils ont tendance à l'appeler.

À l'égard de l'avortement, il y a un certain nombre de détails qui, selon moi, ralentiront toute progression. Premièrement, le Congrès ne coopère pas facilement, malgré que les démocrates y soient largement majoritaires. Comme nous l'avons constaté lors du débat sur les soins de santé, bon nombre de démocrates sont pro-vie. Donc, cela restreint ce que le gouvernement Obama peut accomplir.

Toutefois, l'une des premières choses que le président Obama a accomplies, c'était d'abroger la règle du bâillon mondiale, et des pourparlers très intenses sont actuellement en cours pour empêcher que cette règle soit à nouveau appliquée par un autre gouvernement.

[Français]

Mme Johanne Deschamps: On dit que l'objectif 5, au sujet de la santé maternelle mais qui touche aussi la santé infantile, est celui qui accuse le plus de retard. L'année dernière, les pays se sont entendus pour en faire une priorité et aller de l'avant. En juin 2009, le Canada a coparrainé une résolution au Conseil des droits de l'homme de l'ONU qui reconnaît la mortalité et la morbidité maternelles comme un problème pressant en matière de droits de la personne.

On célèbre cette année le 15^e anniversaire du Programme d'action de Beijing (Pékin), dans le cadre duquel des gouvernements de partout au monde, dont le Canada, ont réaffirmé que les droits génésiques reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et de façon responsable du nombre, de l'espacement et du moment des naissances, de disposer de l'information et des moyens de le faire, ainsi que du droit d'obtenir un niveau de santé sexuelle et génésique le plus élevé.

Ce droit fondamental, nous l'avons acquis ici, au Canada. Nous nous sommes battues et, maintenant, c'est inscrit: les femmes ont droit à l'avortement. Comment se fait-il que ça fasse partie de notre droit fondamental de disposer nous-mêmes de notre corps et qu'on n'exporte pas ça à l'étranger, si on veut faire avancer l'objectif qui accuse le plus de retard? Comment se fait-il qu'on n'exporte pas ce droit dans les pays les plus pauvres où les femmes n'ont aucun choix et où, souvent, les choix sont dictés par leur mari? Je ne comprends pas, et s'il n'y a pas un consensus mondial voulant y inclure tous les services, y compris l'avortement et la contraception, on va complètement rater la cible, et je pense qu'on doit oublier l'objectif de l'année 2015.

• (1620)

Mme Ainsley Jenick: C'est précisément pourquoi on ne peut pas dire que c'est parce qu'on ne veut pas aborder des sujets divisifs pour la population canadienne, car la majorité des Canadiens sont pro-choix. De plus, la santé maternelle n'est pas un sujet neutre. Il est impossible de demeurer neutre sur ce sujet; c'est toujours un sujet très politisé, parce qu'on parle du corps et de la vie des femmes. Alors, je suis contente qu'on soit d'accord.

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Madame Fontaine.

[Français]

Mme Lorraine Fontaine: J'ai fait valoir un point au sujet de la commercialisation des substituts de lait maternel et du corollaire par rapport à la naissance. Ce qui m'inquiète aussi, c'est ce qui se passe dans le monde en ce qui a trait au corps de la femme. Cette attaque contre l'avortement est une attaque contre la santé reproductive des femmes, et j'ai l'impression que le corps des femmes est un territoire occupé par des compagnies pharmaceutiques, des corporations et des intérêts économiques. Je suis très préoccupée par le fait que l'avortement soit proposé comme sujet d'un grand dialogue, source de conflits et d'obstacles, et je soupçonne que c'est peut-être pour nous « en passer une p'tite vite par en dessous », qu'il y a peut-être d'autres intérêts. J'espère que non.

J'espère qu'on n'essaie pas de faire de l'argent sur le dos des femmes, comme c'est le cas malheureusement au Sud, aux États-Unis, où 66 p. 100 des revenus des hôpitaux proviennent des mères et des nouveaux-nés. Il faut se poser des questions.

Mme Johanne Deschamps: Madame Lynch?

[Traduction]

Mme Bridget Lynch: Oui.

Vous avez demandé la manière dont nous pourrions atteindre l'OMD 5 malgré ce problème. Nous devons être très prudents. Des femmes n'ont pas accès aux soins de base maternels, infantiles et génésiques, et au Canada, la discussion risque de porter exclusivement sur l'avortement.

Nous devons veiller à ne pas tomber dans ce piège. Nous, les femmes, devons agir d'une manière très stratégique. Il nous faut des soins de santé essentiels à domicile et dans les collectivités pour que les femmes et leurs nouveaux nés ne meurent pas. Nous devons aussi aborder la question de l'avortement, mais nous ne pouvons en délaissier une au profit de l'autre.

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Merci.

La parole est maintenant à Mme Brown, s'il vous plaît.

Mme Lois Brown (Newmarket—Aurora, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je crois qu'il est très important que nous remettions les pendules à l'heure; l'avortement est illégal dans bon nombre de pays. La République du Congo est l'un de ceux-là. Le Canada doit respecter la souveraineté de ces nations, et s'il faut tenir d'autres discussions, ce sera pour un autre débat.

Au Canada, nous avons choisi d'adopter une position de chef de file sur la question de la santé maternelle et infantile, car nous savons que c'est l'objectif du Millénaire pour le développement qui a été le moins reconnu et auquel on a consacré le moins d'argent. Donc, le Canada adopte une position de chef de file. C'est une question très complexe et difficile, mais nous savons que nous avons les services et les compétences et que nous pouvons améliorer les choses.

Je veux vous parler d'un article du *Globe and Mail* d'aujourd'hui. Je crois comprendre qu'on a donné l'occasion à Bob Geldof et à Bono d'être rédacteurs en chef d'un jour, étant donné qu'ils s'intéressent à l'Afrique depuis longtemps, ce qui, à mon avis, est fort remarquable, et ils donnent un aperçu des choses qui sont vraiment en train de changer en Afrique. Ils parlent d'une classe moyenne croissante. Ils soulignent que le nombre d'Africains qui ont des abonnements de téléphone cellulaire augmente à un rythme effarant, passant de 54 à 350 millions, une augmentation de 550 p. 100; et ils indiquent par la suite que ce seul fait change la façon dont l'Afrique répond à ses besoins dans différents domaines. On parle de marchands et d'agriculteurs qui envoient un message texte pour connaître le dernier prix du marché. On dit que des Africains peuvent maintenant savoir quand un professionnel de la santé est accessible, ce qui leur évite de marcher des heures jusqu'à la ville. Nous constatons donc des différences considérables.

Je pose ma question à Mme Lynch, si vous m'en permettez.

Il se trouve que j'ai passé quelque temps au Bangladesh l'an dernier. On m'a présenté des femmes dans les villages. On les appelle Sasthya Sabika. Pour l'essentiel, ce sont les femmes à qui l'on a donné la formation de base qu'il faut pour devenir sages-femmes et dispenser des soins médicaux de base. Je crois que vous avez dit qu'il faudrait 350 000 sages-femmes de plus dans le monde.

Que faut-il faire pour encourager de jeunes personnes à s'engager dans ce domaine? Y a-t-il des possibilités pour les hommes? Les appelons-nous sages-hommes? Je ne le sais pas. Quelles recommandations vous, ou votre organisme peuvent émettre au gouvernement canadien pour qu'il s'assure que nous mettons de l'avant les mesures incitatives qui pousseront de jeunes personnes à choisir cette profession?

Je sais que pendant des années, les femmes canadiennes devaient aller à l'étranger pour obtenir leur formation en sage-femmerie, en particulier en Écosse, je crois, où l'on donnait un cours vraiment excellent. Mais comment faire parler de cette profession et l'encourager, car nous savons que le Canada a des connaissances dans ce domaine?

• (1625)

Mme Bridget Lynch: Nous vous remercions de votre question. Elle est très importante: comment allons-nous procéder?

Aujourd'hui, il n'existe pas de norme mondiale pour la formation des sages-femmes. Cela signifie que différents pays ont inventé des programmes de formation de sage-femmerie. En ce moment même, la Confédération internationale des sages-femmes, de concert avec l'Organisation mondiale de la Santé, a un groupe de travail qui est en train d'élaborer une norme internationale pour la formation en sage-femmerie, que les gouvernements pourront utiliser comme référence pour former des sages-femmes. Cela permettra également aux gouvernements de créer un cheminement de carrière pour la sage-femmerie. Dans un trop grand nombre de pays, les sages-femmes suivent une formation de 18 mois, une formation de deux ans, et elles n'ont pas la possibilité de suivre un programme de baccalauréat et de passer à la maîtrise, aux études supérieures, d'élaborer des politiques et de faire de la recherche, etc.

Appuyer le développement de programmes de formation pour créer un réseau de travailleurs en sage-femmerie à l'échelle internationale est l'un des projets les plus fondamentaux et essentiels auxquels le Canada peut contribuer sur le plan de sa contribution actuelle au développement du marché du travail. L'autre, c'est d'aider des pays à mettre en place des règlements et des normes de pratique, pas seulement pour les sages-femmes... Dans bien des pays, comme

Haïti, pour toute profession du domaine de la santé dans le pays, il n'existe pas de réglementation, ni de normes de pratique.

Concernant le Bangladesh, j'y suis allée moi aussi. Lorsque des agents de santé communautaire sont formés pour des accouchements normaux, ils doivent être supervisés et formés par un groupe de sages-femmes. Comme ce groupe n'existe pas présentement, les pays forment des dizaines de milliers d'agents de santé communautaire qui peuvent s'occuper d'accouchements normaux, mais ils ne se préoccupent pas de savoir qui les supervise et les forme à long terme.

Mme Lois Brown: Est-ce que ce sont des connaissances que le Canada peut transmettre?

Mme Bridget Lynch: Tout à fait.

Mme Lois Brown: Avons-nous des gens de ce niveau qui pourraient concevoir la formation et le programme d'études?

Mme Bridget Lynch: Le programme canadien de formation en pratique sage-femme est l'un des excellents modèles de formation de sages-femmes sur lequel on se base dans le monde.

Mme Lois Brown: Vous avez parlé un peu plus tôt de la gamme de soins qu'elles offrent. Vous parlez de les aider à en apprendre sur la nutrition et sur l'eau saine — c'est l'un des problèmes que nous avons constatés au Bangladesh.

Mme Bridget Lynch: Oui. Les sages-femmes travaillent de la maison jusqu'au milieu hospitalier. C'est donc le domaine de prestation de services le plus vulnérable. C'est là où les compétences en sage-femmerie ont le plus grand avantage; elles prodiguent des soins prénataux, veillent à ce que les femmes aient de l'eau saine et une bonne nutrition et jouent un rôle dans la santé communautaire. C'est de cette façon que les sages-femmes travaillent.

Nous voulons qu'une sage-femme soit une sage-femme. Peu importe qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme — et beaucoup de pays ont des sages-hommes — au Bangladesh, en Argentine ou au Canada, il nous faut nous entendre à l'échelle internationale pour que ces personnes soient formées au même niveau, que leur profession soit réglementée et qu'elles aient le même niveau de normes et de pratiques.

Mme Lois Brown: S'il me reste du temps, madame la présidente, pourrais-je seulement poser une question à Mme Fontaine?

Vous avez parlé de l'allaitement maternel et de la nécessité d'encourager les femmes à allaiter parce que c'est la façon la plus appropriée de nourrir un enfant. Toutefois, l'une des choses que j'ai remarquées quand j'étais au Bangladesh, c'est que trois, quatre et cinq récoltes ont été faites sur le même coin de terre sans qu'on redonne des nutriments au sol. Donc, la valeur des nutriments est limitée. Et ce que nous disons, concernant l'occasion ou la contribution du Canada...

• (1630)

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Elle ne vous a pas laissé de temps pour répondre.

Madame Mathysen.

Mme Irene Mathysen (London—Fanshawe, NPD): Merci, madame la présidente.

Merci de votre présence. Merci des connaissances que vous nous transmettez.

J'ai un certain nombre de questions.

Je veux commencer par vous, madame Fontaine, car vous avez mentionné quelque chose dont j'ai discuté amplement avec mes étudiants. Il s'agit de toute la question des multinationales qui interviennent dans des pays et fournissent à de nouvelles mères des produits du lait à court terme, qui nuisent à leur capacité d'allaiter. Cela a causé des désordres, la mort de bébés et toutes sortes de choses horribles.

Je sais que Nestlé est l'une des entreprises qui étaient ciblées. Il y a eu un boycottage de 10 ans et elle a fini par comprendre le message. Mais vous avez indiqué que cela se poursuit toujours. Pouvez-vous nous expliquer ce qui se passe et de quelle façon ces multinationales continuent à se conduire de manière répréhensible?

Mme Lorraine Fontaine: Au Québec, nous avons établi un principe sur la façon de soutenir l'allaitement maternel. Nous avons beaucoup d'hôpitaux Amis des bébés dans la province, et l'allaitement maternel connaît une période de renaissance. Une partie du code de commercialisation ne permet pas aux hôpitaux de recevoir des cadeaux d'entreprises qui produisent des substituts de lait maternel. Donc, si l'on ne peut recevoir les cadeaux, les entreprises ne peuvent pas envoyer leurs annonces publicitaires, et si elles ne peuvent pas envoyer leurs annonces publicitaires, elles doivent trouver un autre endroit. Elles ont donc recours à Internet et à toutes sortes d'autres façons de faire passer leur message. Bien entendu, elles se débrouillent très bien et ont beaucoup d'argent à investir dans la publicité. C'est l'une des choses.

Un autre exemple qui illustre ce qui se produit dernièrement, c'est la situation à Haïti. En février, j'étais à la Coalition pour l'amélioration des services entourant la maternité, et une sage-femme qui a travaillé en Malaisie nous a parlé d'Haïti. Elle a dit que l'une des premières choses qui se sont produites, c'est que Nestlé a apporté du lait et a dit: ne sommes-nous pas gentils? Nous apportons tous ces substituts de lait. Mais, il n'y avait pas d'eau saine et les conditions ne permettaient pas de stériliser les bouteilles. Elle a dit aux mères de donner ce lait à leurs bébés s'ils pouvaient marcher. Il y a des choses dans le lait et il n'est pas complètement mauvais, mais ce n'est pas le type de lait dont les bébés ont besoin.

L'autre question que vous avez soulevée concerne l'environnement. La sage-femme nous parlait de la Malaisie et des femmes qui vivent là-bas. Il y a 10 ans, le riz qu'elles mangeaient contenait tous les nutriments dont elles avaient besoin, mais maintenant que nous avons des OGM et des choses qui ne contiennent pas de nutriments, on doit donner des suppléments vitaminiques aux mères pour qu'elles aient des bébés en santé et ne fassent pas d'hémorragie après l'accouchement. Donc, en quelque sorte, les intérêts commerciaux se glissent sournoisement partout et il faut être vigilants.

Mme Irene Mathysen: Merci.

Madame Jenicek, vous avez mentionné la règle du bâillon de Bush, et je crois que vous avez très bien expliqué ses répercussions. C'est ce que vous appelez l'autre guerre de Bush. Madame Fontaine, vous y avez fait référence également: l'autre guerre de Bush, cet autre objectif.

De quel objectif caché avez-vous peur?

Mme Ainsley Jenicek: Cela fait référence à un document produit par la Coalition internationale pour la santé des femmes. Je crois qu'il s'intitule Bush's Other War, l'autre guerre de Bush, sa guerre contre la santé reproductive et sexuelle des femmes. Elle consiste à annuler tous les progrès qui ont été réalisés au cours des dernières années dans ces domaines pour faire avancer les droits des femmes. Pour l'illustrer, 60 p. 100 des 1,55 milliard de femmes en âge de procréer dans le monde vivent dans des pays où l'avortement est

pratiquement légal. C'est pourquoi il y a de la réticence devant la possibilité que notre gouvernement fasse les mêmes erreurs.

Je reviens au fait que, dans les pays où l'avortement est illégal, en Afrique et en Amérique latine, les lois semblent être les vestiges de l'ère coloniale, à l'époque où les colonisateurs européens imposaient ces lois; ils ont libéralisé leurs propres lois sur l'avortement depuis, mais ces lois continuent d'exister dans leurs anciennes colonies. J'espère que cela vous donne une bonne idée de ce que c'est.

L'autre guerre de Bush est intrinsèquement liée au fait que l'on coupe le financement des groupes de femmes au pays au moment où l'on refuse de dispenser ces services d'avortement à l'étranger en vue de l'annulation des droits à l'avortement à l'intérieur des frontières.

• (1635)

Mme Irene Mathysen: On coupe le financement des groupes de femmes pour la recherche, la défense de leurs droits, ou...?

Mme Ainsley Jenicek: Oui. Je parle d'un vaste éventail d'activités. Aucune activité précise ne sort du lot, selon moi. Le document de la coalition est tellement exhaustif que j'hésiterais à tenter de vous en résumer le contenu. Son site Web contient des pages et des pages d'attaques contre les droits des femmes, des droits liés à la procréation et à la sexualité, à l'échelle nationale et internationale.

Mme Irene Mathysen: J'aimerais obtenir ce document.

Mme Ainsley Jenicek: Oui, absolument.

Mme Irene Mathysen: Je vous remercie beaucoup.

Ce que vous dites, concernant cette attitude coloniale, met en évidence le plan d'action de Maputo. Nous en avons entendu parler dans le cadre de nos travaux, il y a quelques jours. C'est sensé et tout commence à se fondre.

Quelqu'un d'autre voudrait-il faire une remarque?

Monsieur La Ramée.

M. Pierre La Ramée: J'aimerais parler un peu de l'avortement en Afrique et en Amérique latine. Dire que l'avortement est illégal en Afrique et en Amérique latine ne représenterait pas la réalité. En fait, dans la majorité de ces pays, l'avortement est légal dans certaines circonstances. Pour les pays où ce n'est pas légal, la République démocratique du Congo en est un bon exemple, la préoccupation du Canada ne devrait pas être de tenter d'imposer ses lois et ses valeurs à la République démocratique du Congo. J'ose espérer que le Canada serait plutôt préoccupé par le viol en tant qu'arme de guerre et par le très grand nombre de femmes qui meurent des suites d'un avortement dans des conditions insalubres, car dans une situation où l'avortement n'est pas légal, ce type d'avortement contribue énormément à la mortalité maternelle.

Mme Irene Mathysen: Madame Fontaine, vous avez parlé d'un recul au Canada sur le plan de la santé maternelle et infantile et de la mortalité infantile. Cela m'étonne. Pourquoi diable reculons-nous dans notre propre pays?

Mme Lorraine Fontaine: Vous savez quoi? Je vais seulement dire que c'est le seuil d'intervention.

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Très bien.

Nous en sommes maintenant à notre prochaine série de questions. Vous disposez tous de cinq minutes et nous commencerons par entendre Mme Simson.

Mme Michelle Simson (Scarborough-Sud-Ouest, Lib.): Merci, madame la présidente.

J'aimerais remercier les témoins. C'était très intéressant et informatif.

Je voudrais commencer par vous poser une question à tous. J'aimerais que vous me répondiez en un mot. Comme je n'ai que cinq minutes, je serai brève.

Au cours de cette étude, nous avons entendu des témoins nous dire que l'accès à des soins génésiques et à des soins de santé en matière sexuelle n'est pas seulement une question de santé, mais de droits humains. Êtes-vous d'accord avec ce point de vue?

M. Pierre La Ramée: Oui.

Mme Jolanta Scott-Parker: Oui, tout à fait.

Mme Ainsley Jenicek: Oui.

Mme Bridget Lynch: Oui.

Mme Lorraine Fontaine: Oui.

Mme Michelle Simson: Merci.

J'aimerais également revenir sur un certain nombre de choses que Mme Brown voulait dire relativement à l'image que doit projeter le Canada: ses politiques ne doivent pas interférer avec celles de pays comme le Congo, où l'avortement est illégal. Et si, dans les pays où l'avortement est légal, nous n'assurons pas la planification familiale complète, ce que nous faisons dans notre propre pays, ne croyez-vous pas que le revers de la médaille... cela ne pourrait-il pas être perçu comme un changement important de la politique étrangère, puisque ce n'est pas notre politique intérieure et que c'est aussi, dans une certaine mesure, comme de l'ingérence politique puisque notre pays imposerait nos valeurs dans certains de ces pays en développement?

Mme Jolanta Scott-Parker: J'ai quelques observations.

Pour savoir ce qui est nécessaire, il est important de se référer aux nombreux documents consensuels qui existent dans le contexte international. Je crois également qu'il est important de se référer à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, par laquelle nous convenons de laisser chaque pays décider de ses besoins concernant son système de santé et le montant nécessaire à l'aide au développement. Dans ces deux cas, il faudrait s'en remettre aux pays comme tels. Ensuite, il est important de se référer aux accords internationaux, où nous avons donné un aperçu d'un large éventail d'interventions nécessaires.

Nous avons entendu dire aujourd'hui qu'il y a encore plus de diversité que ce qui nous avait été dit au cours de certaines autres séances, pour ce qui est du personnel qualifié, de la planification familiale ainsi que de l'avortement sûr, dans les pays où l'avortement est légal. C'est tout tracé. Ce sont des systèmes de santé efficaces. Les preuves sont là.

•(1640)

Mme Michelle Simson: Cependant, reconnaissez-vous qu'il est plutôt bizarre de vouloir imposer certaines restrictions que nous n'avons même pas dans notre propre pays?

Mme Jolanta Scott-Parker: Oui, tout à fait. J'estime que nous devons suivre ce qui se fait sur la scène internationale et éviter d'imposer nos propres valeurs, mais plutôt...

Mme Michelle Simson: Mais de toute évidence, il ne s'agit pas de notre propre valeur, puisque les femmes n'ont pas de restrictions, au Canada.

Mme Jolanta Scott-Parker: Très bien.

Mme Michelle Simson: C'est la partie que je trouve bizarre, mais en tout cas...

Madame Jenicek, aimeriez-vous répondre?

Mme Ainsley Jenicek: Je tiens seulement à dire que je suis entièrement d'accord; il faut éviter d'imposer les valeurs du gouvernement actuel à un pays étranger.

Cependant, je vous rappelle qu'il faut vraiment se rappeler que lorsqu'il s'agit de services d'avortement... Comme Bridget Lynch l'a mentionné, il y a toute une série de questions. C'est pourquoi je suis si ravie qu'il y ait une si grande diversité des voix à la séance d'aujourd'hui. Les services d'avortement sont liés à la santé infantile et de l'enfant. Dans le monde entier, les enfants qui perdent leur mère sont dix fois plus susceptibles de mourir au cours des deux années suivantes. La probabilité de décès des enfants de moins d'un an est de 80 p. 100. Pour les moins de cinq ans, plus de la moitié n'atteindra pas l'âge adulte. Je voulais seulement revenir là-dessus.

Mme Michelle Simson: Merci.

Mme Cathy McLeod: Il vous reste une minute.

Mme Michelle Simson: Cette question comporte tellement d'aspects! Encore une fois, reconnaissez-vous qu'il s'agit d'un changement de la politique étrangère, un changement très important dans la politique étrangère du Canada?

Mme Lorraine Fontaine: Voulez-vous de nouveau un seul mot pour réponse?

Des voix: Oui.

Mme Michelle Simson: Oui, tout à fait.

Mme Bridget Lynch: Oui.

Je voulais également parler de l'aspect démocratique. Nous avons mené une longue lutte ardue dans ce pays pour le respect des femmes, pour que leurs opinions soient respectées. Ce n'est pas seulement à propos de l'avortement, mais plutôt du non-respect des opinions des femmes. Il s'agit d'un enjeu beaucoup plus vaste que la simple question de l'avortement. C'est le fait de museler la voix des femmes et de les priver de la liberté de choisir. Et cela va bien au-delà de l'hypocrisie.

Cependant, je crains que nous soyons mis à l'écart dans un autre débat, et nous utilisons une tribune internationale pour en débattre. Il y a beaucoup de politiques en jeu, et nous devons faire attention de ne pas tomber par mégarde.

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Je cède maintenant la parole à Mme Wong.

Mme Alice Wong (Richmond, PCC): Merci, madame la vice-présidente.

Je vous remercie également tous d'être des nôtres.

Je veux mettre les choses au clair. Le 4 mai, Margaret Biggs, présidente de l'ACDI, a clairement indiqué qu'il ne s'agit pas d'un changement de politique, que le gouvernement n'a pas changé ses politiques liées à l'avortement et qu'il n'était pas en train d'imposer son idéologie. Je tenais simplement à ce que ce soit clair.

Je crois que mes collègues ont beaucoup cité le rapport du *The Lancet*, et j'aimerais en faire de même:

En fait, les chercheurs et les leaders de la santé oeuvrant dans la santé infantile et maternelle dans les pays en développement affirment que l'ébauche d'une stratégie canadienne, dévoilée lors de la réunion des ministres du Développement du G8 à Halifax, en Nouvelle-Écosse, constitue un coup de pouce très prometteur pour les programmes de santé internationaux fondés sur les données probantes.

Cet article provient de Paul Christopher Webber, dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*. En fait, il est également l'auteur du rapport du *The Lancet*.

Je voudrais citer une dernière personne, après quoi je vais poser ma question. Jean Chamberlain, directrice générale de Save the Mothers, un programme d'enseignement médical axé sur la maternité et la survie des enfants à Mukono, en Ouganda, semble d'accord, et je cite:

Félicitations pour avoir mis l'accent sur la santé infantile et maternelle, qui sont inséparables.

Toutes ces citations sont tirées du *Journal de l'Association médicale canadienne*.

Il suffit de choisir au hasard les citations qui justifient sa tactique politique. Je conviens entièrement que cela ne devrait pas servir à appuyer un programme politique. Il faudrait que ce soit axé sur les personnes qui sont dans le besoin dans les pays en développement — par exemple, les enfants qui meurent en raison du manque de nourriture et la mère qui ne produit pas du bon lait pour son bébé en raison de la malnutrition.

En fait, je suis d'accord avec Mme Lynch par rapport à ce qu'elle vient de dire. Ne nous concentrons pas seulement sur les éléments destructeurs et d'autres détails strictement politiques, mais aussi sur les besoins réels des mères et des enfants.

Pourriez-vous faire d'autres observations quant aux besoins réels des mères et des enfants dans ces pays?

• (1645)

Mme Bridget Lynch: Oui, et pour ne pas déformer les propos de Mme Lynch... parce que Mme Lynch veut que ce soit très clair: le Canada fait de l'affreuse politique en ce moment.

Cependant, si je dis que c'est de la politique, c'est la vie des femmes qui va en souffrir. Actuellement, nous sommes mis dans une position où il faut faire des compromis dans le cadre de nos activités au lieu de faire de notre mieux et d'assurer notre meilleur leadership possible.

En tant que Canadienne et en tant que femme, je tiens à dire que je suis terriblement gênée par le message que lance mon pays. On m'inclut dans ce message que lance mon pays; ce n'est pas seulement la voix du gouvernement. J'aimerais vraiment que les Canadiennes puissent être entendues haut et fort sur la scène internationale, pour déclarer notre désaccord quant à cet aspect de la proposition canadienne.

Cela dit, nous devons faire de notre mieux pour obtenir des fonds lors des négociations du G8. Nous avons besoin d'engagements, pas seulement verbalement, et c'est là que le bât blesse. Il faut investir de l'argent dans la santé maternelle, néonatale et infantile, ainsi que dans les systèmes de santé. Nous devons mettre en place des systèmes de santé et former des effectifs. Il faut faire le travail concret sur le terrain, au-delà des promesses verbales.

Mme Alice Wong: Oui, je suis d'accord. Cependant, pour l'instant, si nous voulons que les mères et les enfants vivent, nous devons prêter attention à l'eau potable, à la bonne nourriture, au bon soutien médical, ainsi qu'à l'accès au personnel de soutien médical comme vous. J'estime que ce sont des questions pratiques que nous devrions mettre sur la table.

D'ailleurs, les participants semblent nous avoir félicités pour cet aspect. Certes, il faut entendre la voix des femmes, mais j'estime que nous ne devrions pas nous concentrer uniquement sur une question qui n'aide pas vraiment dans ces domaines.

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Il reste 20 secondes, et beaucoup de témoins voudraient répondre.

Monsieur La Ramée.

M. Pierre La Ramée: À mon avis, toutes les questions que vous avez mentionnées sont d'une importance capitale. Cependant, quand il est question de mortalité maternelle, on comprend très bien toute la gamme des soins. Il y a un consensus mondial à cet égard. En fin de compte, ce qui va sauver la vie des femmes, c'est l'accès universel à la santé sexuelle et génésique.

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Je vous remercie.

Je cède maintenant la parole à Mme Demers.

[Français]

Mme Nicole Demers (Laval, BQ): Merci, madame la présidente.

Merci beaucoup de votre présence cet après-midi. Ma première question s'adresse à M. La Ramée, elle sera brève.

Vous attendez du financement. L'avez-vous reçu?

[Traduction]

M. Pierre La Ramée: Non.

[Français]

Mme Nicole Demers: Merci.

Je comprends ce que vous voulez dire, madame Lynch, c'est très politique présentement.

Ne vous semble-t-il pas un peu paradoxal que pour soutenir une initiative qui sauvera 300 000 femmes à long terme, on doive en laisser mourir 70 000 parce qu'on ne veut pas parler de l'avortement et qu'on ne veut pas que cette procédure soit comprise dans l'initiative? Cela ne vous semble-t-il pas un peu malsain?

En ce qui me concerne, tout ce que je vois, c'est le nombre de femmes qui meurent, peu importe comment. Je vois aussi les enfants qui restent et qui meurent par la suite. J'aimerais avoir une réponse.

Mme Lorraine Fontaine: Oui, on est d'accord. Je pense que c'est une réponse faite d'un seul mot, comme madame nous le demandait plus tôt.

[Traduction]

M. Pierre La Ramée: J'aimerais répondre brièvement à votre première question.

D'après ce que nous comprenons, la demande de financement est toujours en cours d'examen. Elle est en suspens. Nous n'avons encore reçu aucune réponse, positive ou négative.

[Français]

Mme Nicole Demers: Depuis combien d'années receviez-vous du financement?

M. Pierre La Ramée: À peu près depuis 1960, je crois.

Mme Nicole Demers: 1960? Le travail de votre organisme a-t-il toujours été reconnu?

M. Pierre La Ramée: Oui, bien sûr. C'est la plus grande organisation non gouvernementale et internationale, au monde, dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

• (1650)

Mme Nicole Demers: Et l'ACDI vous accordait le financement?

M. Pierre La Ramée: Oui, ça a toujours été l'ACDI.

Mme Nicole Demers: Y a-t-il des raisons qui expliquent le retard, présentement?

M. Pierre La Ramée: Il se peut que ce soit en raison du processus adopté par l'ACDI.

Mme Nicole Demers: Pourtant l'ACDI a accordé des montants assez appréciables à deux organismes religieux de l'Ouest canadien. Vous n'avez pas de nouvelles, c'est inquiétant?

[Traduction]

M. Pierre La Ramée: Permettez-moi de répondre en anglais, ce sera plus rapide.

Lors du précédent examen, il y a bel et bien eu un retard. Nous tentons donc de demeurer optimistes et nous espérons que le retard est essentiellement dû à des procédures administratives, comme c'est déjà arrivé par le passé. Toutefois, on a toujours renouvelé le financement. En fait, ce même gouvernement l'a lui-même renouvelé, du moins avant les dernières élections.

[Français]

Mme Nicole Demers: Voudriez-vous tenir le comité au courant, s'il vous plaît?

M. Pierre La Ramée: Pardon?

Mme Nicole Demers: Voudriez-vous tenir le comité au courant de la situation de votre organisme?

M. Pierre La Ramée: Oui, bien sûr.

Mme Nicole Demers: Merci beaucoup.

Madame la présidente?

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Il vous reste encore deux minutes.

[Français]

Mme Nicole Demers: *Very good.* Merci beaucoup.

Vous avez mentionné, madame Fontaine, que le Canada a glissé du sixième au vingt-et-unième rang en ce qui touche le taux de mortalité infantile. Vous avez commencé à en parler plus tôt.

J'aimerais comprendre mieux pourquoi la mortalité infantile a tellement augmenté au Canada.

Mme Lorraine Fontaine: J'ai parlé du *threshold*, ou du seuil d'intervention. Un phénomène se produit en ce qui concerne les interventions obstétricales. Elles peuvent nous apporter du bien, par exemple dans le cas de la césarienne. Elles peuvent aussi provoquer ce qu'on appelle « l'effet iatrogène » des interventions elles-mêmes, c'est-à-dire des interventions qui en entraînent d'autres. Quand 98 p. 100 des femmes qui entrent à l'hôpital sont en bonne santé, et que 26 p. 100, ou de 30 à 40 p. 100 aux États-Unis, et 60 p. 100 à Porto Rico en sortent après avoir subi une grave chirurgie qui aurait pu être évitée, on doit se poser des questions sur le système dans lequel nous avons structuré la naissance. Ce n'est pas une situation médicale, mais un événement humain que la majorité des femmes pourraient vivre dans des situations normales avec le soutien de gens qui savent quoi faire. Il y a une perte de connaissances chez les médecins, par rapport à des naissances par le siège, par exemple. Il y a donc une perte de connaissances, il y a une structure dans nos hôpitaux, dans nos systèmes de santé, qui donne priorité à la médicalisation. Il y a même une culture sociétale de peur de la naissance. On a besoin d'y travailler.

J'ajouterais que des groupes de femmes sont absentes de ce débat: les femmes autochtones, les femmes handicapées, les réfugiées, les sans-papiers. Elles vivent au Canada, il faudrait qu'on se préoccupe d'elles également.

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Merci.

Nous allons entendre Mme Mathysen.

Mme Irene Mathysen: Je vous remercie, madame la vice-présidente.

Je veux donner un visage humain à nos propos. Madame Jenicek, vous avez dit que les complications de l'avortement non sûr coûtent aux gouvernements plus cher que d'offrir l'avortement sûr. J'aimerais en savoir plus sur ces complications. Qu'advient-il de ces femmes? Quelle est leur réalité? Qui plus est, j'aimerais tous vous entendre, si possible.

Mme Ainsley Jenicek: Cela dépend en grande partie des procédures d'avortement utilisées. Ce que je veux dire, c'est que certaines procédures d'avortement utilisées dans des pays en développement consistent à boire de l'eau de Javel ou à exercer une pression excessive dans la région abdominale, ce qui peut entraîner la rupture de certains organes internes. Dans le cas d'un avortement septique, les complications qui peuvent survenir sont l'hémorragie et la perforation de l'utérus. Certaines complications mènent à la mort. D'autres peuvent entraîner une infection à long terme. Enfin, elles peuvent entraîner des incapacités de longue durée, comme l'infertilité, par exemple.

Est-ce que cela vous donne une meilleure idée des complications qui pourraient survenir?

D'après mes données, l'hospitalisation de ces cinq millions de femmes par année en raison d'avortements non sûrs coûte quelque 460 millions.

Mme Irene Mathysen: Pourvu qu'il y ait un hôpital.

Mme Ainsley Jenicek: Oui. Il y a tout juste quelques semaines, j'ai assisté à quelques avortements pratiqués avant 15 semaines de grossesse, dans une clinique pour femmes au Québec... Ces procédures sont tellement rapides et efficaces. Si nous pouvions simplement appuyer ces procédures — sans faire de menu où l'on sélectionne ce qu'on veut —, que nous faisons confiance aux gens sur le terrain quant aux besoins des femmes de ces collectivités et que nous les écoutions, nous pourrions fournir une réponse plus solide et harmonisée qui tient compte de leurs besoins.

• (1655)

Mme Irene Mathysen: En ce qui concerne la réponse sur le terrain, la semaine dernière, nous avons entendu la réponse de Katherine McDonald à ma question... Nous avons l'aide qui vient du Canada. Nous avons le G8. Or, le Canada affirme qu'il ne va pas soutenir financièrement les services d'avortement et que les autres pays s'en occuperont. Qui assure ce suivi? Qu'advient-il si une jeune femme se rend dans une clinique qui reçoit de l'aide canadienne et qu'elle a besoin d'un avortement? Qu'advient-il de cette femme? Cette clinique va-t-elle la refuser parce qu'elle pourrait perdre cet argent?

Mme Bridget Lynch: Je peux en parler un peu. Même en vertu de la règle du bâillon, la prestation des soins comme telle dans la clinique sur le terrain n'est pas particulièrement touchée, qu'elle reçoive du financement ou non — et ce serait très difficile de le déterminer. La question sera plus de savoir quelles ONG obtiendront du financement.

Dans certains cas, les fournisseurs de soins de santé vont fournir les soins appropriés, s'ils en ont la capacité. Dans le cas d'une ONG qui ne reçoit pas de financement pour pratiquer des avortements, certains endroits ne fourniront pas de soins.

Les femmes vont mourir, et les femmes vont mourir s'il n'y a pas de systèmes de soins de santé fonctionnels. En fin de compte, ce n'est pas nous qui décidons qui reçoit un avortement ou non. Le Canada ne devrait pas prendre part à ce débat en tant que nation. La décision revient à chaque femme et à ses fournisseurs de soins de santé. Je ne veux même pas dire qu'elle revient à la loi du pays, car ce n'est pas le cas. En tant que femmes et en tant que peuple, nous devons tous aller de l'avant. C'est ridicule.

Je vois ce qui se passe avec la politisation de votre comité. Nous sommes en train de perdre cette occasion de demander que le Canada assume un rôle de chef de file, y compris la prestation de... Je suis ici depuis maintenant une heure et demie, quelque peu effrayée, tandis que je me rends compte de la division au sein de votre comité. Qu'est-ce qui se passe ici?

Être si absolument, humainement... Je me pose la question. Que se passe-t-il ici politiquement? Êtes-vous vraiment en train de dire qu'en 2010, une femme doit mourir parce que le Canada a déclaré, en raison de la politique, que nous n'allions pas lui fournir de fonds, tandis que nous-mêmes et nos filles avons ce choix?

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Je suis désolée de vous interrompre, mais je dois céder la parole à quelqu'un d'autre.

Madame Boucher.

[Français]

Mme Sylvie Boucher (Beauport—Limoulu, PCC): Bonjour mesdames, bonjour monsieur. Bienvenue à notre comité. C'est vraiment très intéressant de vous entendre, mais c'est surtout très troublant de voir à quel point, comme vous le disiez, nous sommes divisés.

Nous ne sommes pas vraiment divisés. Il faut comprendre que même si on fait de la politique, on est ici pour toutes les femmes.

J'aimerais comprendre une chose. On sait que, souvent, lors des rencontres du G8, les pays ont de grands projets communs pour lesquels ils prononcent de grands discours accompagnés d'éléments gagnants, mais on n'a pas la volonté de mener ces projets à terme. En effet, pour une raison ou pour une autre, ces projets tombent à l'eau. Nos projets communs tombent à l'eau, ce qu'on ne voudrait pas voir arriver en ce moment.

Il existe un consensus selon lequel on perçoit un problème en ce qui concerne la transparence et la responsabilité quand les pays du G8 font des promesses. Lors du lancement de cette initiative, on voulait également améliorer cette transparence et cette responsabilité, pour s'assurer que les membres du G8 fassent des promesses intelligentes, en juin, que les pays pourront tenir et que tous les pays unis pourront tenir ensemble jusqu'à la fin.

Êtes-vous favorable à ce que le Canada prenne des mesures visant à accroître la transparence et la responsabilité?

• (1700)

Mme Lorraine Fontaine: Oui.

[Traduction]

Mme Bridget Lynch: Je crois que c'est un des points forts du Canada. On doit exiger la reddition de comptes. Nous devons rendre des comptes.

Les pays du G8 ont fait des promesses. À l'Université de Toronto, on a fait un examen phénoménal par pays et par catégorie de promesses faites par le G8 et de promesses tenues par le G8. Le Canada s'en tire assez bien dans l'ensemble. Nous avons tenu nos promesses du G8 dans un ordre de 70 p. 100.

Il n'y a pas de système de responsabilisation. C'est là que le Canada assume de nouveau un rôle de chef de file.

Pour ce qui est de la reddition de comptes, oui, le gouvernement devrait rendre des comptes quant à ses engagements. Il faudrait des évaluations ainsi qu'une rétroaction continue à la population des pays. C'est l'un des points forts.

[Français]

Mme Sylvie Boucher: C'est bien.

Vous avez parlé d'évaluation. Pensez-vous que le Canada devrait assumer le leadership et faire en sorte que les évaluations des promesses faites au G8 soient transparentes, mais aussi qu'on s'assure que les promesses sont tenues?

Si nous prenons tous un engagement, ce n'est pas une promesse en l'air ou nébuleuse, mais quelque chose qu'on veut voir se réaliser. Pensez-vous que les membres du G8 peuvent arriver à un consensus?

[Traduction]

M. Pierre La Ramée: L'idée d'un consensus suivi d'une responsabilisation est intéressante, parce que c'est exactement ce qui a été conclu au G8 l'année dernière, quand le Canada s'est engagé à soutenir le consensus en matière de santé maternelle et infantile.

Puisque le Canada faisait partie de ce consensus et qu'il a ensuite lancé une importante initiative du G8 en matière de lutte contre la mortalité maternelle, on aurait pu s'attendre, dans un contexte de transparence et de responsabilisation, à ce que des questions et des doutes ne surgissent pas immédiatement quant à ce que devait inclure un engagement en matière de mortalité maternelle soit, dans le cas présent, à savoir s'il s'agirait de santé reproductive, d'avortement ou de santé reproductive, mais pas d'avortement. En fait, à ce moment-ci, en ce qui concerne la transparence et la responsabilisation, on ne sait toujours pas avec certitude en quoi consiste la position du gouvernement canadien ni de quelle façon il définit son initiative en matière de mortalité maternelle.

[Français]

Mme Sylvie Boucher: J'avais une autre petite question.

Madame Fontaine, vous avez dit qu'ici même, au Canada, il y avait un recul sur le plan médical malgré les nouvelles technologies. Je fais partie des statistiques, en ce sens que je faisais des hémorragies, de l'éclampsie et de l'anémie. Vous dites que malgré les nouvelles technologies dont on dispose, on a reculé sur le plan de la santé maternelle.

Mme Lorraine Fontaine: La technologie existe et elle est importante pour vous et les femmes qui en ont eu besoin, mais si on surutilise les interventions, si on considère les interventions comme la norme, on commence à les utiliser quand ce n'est pas nécessaire. On fait une intervention, qui en amène une autre et cela peut mener à la mortalité.

Mme Sylvie Boucher: Merci.

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Ainsi se termine notre deuxième série de questions. Nous avons le temps de faire une autre série de questions. Chaque intervention devra durer trois minutes, puis nous devons poursuivre à huis clos pour environ cinq minutes.

Donc, pour commencer la série de questions de trois minutes, nous avons M. Garneau. Des questions courtes, je vous prie.

[Français]

M. Marc Garneau (Westmount—Ville-Marie, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je ne sais pas si ça va prendre trois minutes, mais j'ai deux questions pointues pour M. La Ramée, qui vont dans le sens des questions de ma collègue Mme Demers.

[Traduction]

Normalement, à ce moment-ci de l'année, il me semble qu'en fonction de son rendement antérieur, l'IPPF aurait déjà reçu son financement du Canada. Si je vous ai bien compris, vous ne l'avez pas encore reçu. C'est une question importante, parce que si vous l'avez reçu, cela indiquerait que le gouvernement a appuyé la Fédération internationale pour le planning familial à l'étranger et qu'il n'a pas modifié sa position. Bien entendu, cela ne correspondrait pas au discours que nous entendons en ce moment à la Chambre des communes, c'est-à-dire qu'on ne veut ni en parler ni s'en occuper. Donc, cela me préoccupe. Est-ce un changement de politique? Maintenant, je sais que vous essayez de faire preuve de diplomatie à propos du fait que vous ne l'avez pas reçu, et il est possible que ce soit en raison de problèmes de nature administrative, mais ma première question est la suivante: normalement, si l'on se fie aux années passées, quand auriez-vous reçu votre financement? Je ne connais pas votre cycle financier.

M. Pierre La Ramée: Normalement, nous devrions déjà avoir reçu notre financement ou, à tout le moins, une réponse à notre demande.

M. Marc Garneau: Et vous n'avez pas de nouvelles?

• (1705)

M. Pierre La Ramée: Non.

M. Marc Garneau: Si vous recevez votre financement, mais que cela survient quelque temps après le sommet du G8, on saura beaucoup mieux s'il s'agissait ou non d'un problème de nature administrative ou simplement de quelque chose qu'on ne voulait aborder qu'après le sommet du G8. Donc, à l'instar de Mme Demers, j'aimerais bien savoir quand vous recevrez votre financement, si vous le recevez.

M. Pierre La Ramée: Je vais vous tenir informé.

L'hon. Anita Neville: Reste-t-il un peu de temps? Une minute.

Ma question porte sur les commentaires ou les questions de Mme Boucher. Comment le Canada peut-il promouvoir la responsabilisation quand sa propre crédibilité est mise en doute par ses partenaires du G8? Avez-vous des commentaires à faire à ce sujet?

Mme Lorraine Fontaine: Le Canada, c'est nous tous. Nous pouvons tous nous exprimer. Nous pouvons toujours gagner en crédibilité. Je pense que nous avons une responsabilité. Je pense que Bridget l'a demandé de façon très passionnée. Comme groupes de citoyens, membres d'autres organismes... et députés, vous pouvez vous exprimer, et vous le faites. Je pense que nous devons nous souvenir de toutes les voix des femmes — toutes les voix des femmes — et du fait que la santé reproductive, c'est toute notre vie. Plus tôt, j'ai dit que je pense que les corps des femmes sont des territoires occupés et malheureusement, je pense que c'est le cas de notre enfance jusqu'à notre ménopause, et même après cela. C'est un territoire qui sert à faire des expériences et toutes sortes de choses.

L'hon. Anita Neville: Ce que j'entends, c'est un appel à l'action.

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Nous avons maintenant M. Calandra, pour trois minutes.

M. Paul Calandra (Oak Ridges—Markham, PCC): Je suis désolé, ce seront de courtes questions parce que je n'ai que trois minutes.

Monsieur La Ramée, avez-vous droit à du financement éternel, contrairement à tous les autres?

M. Pierre La Ramée: Non, bien sûr que non. Nous n'avons pas droit à du financement éternel.

M. Paul Calandra: L'examen périodique — chaque année, en fait — de votre financement pose-t-il problème?

M. Pierre La Ramée: Notre financement doit être examiné chaque fois qu'il est renouvelé.

M. Paul Calandra: Merci.

Plus tôt, Mme Mathysen a parlé des cliniques. Actuellement, ces cliniques ne sont-elles pas financées par l'ACDI? Quelqu'un a quelque chose à dire à ce sujet?

Madame Lynch, les cliniques dont Mme Mathysen a parlé plus tôt sont-elles financées par l'ACDI, actuellement?

Mme Bridget Lynch: Nous ne parlions pas d'une clinique en particulier.

M. Paul Calandra: Elle a dit que, dans le cadre de cette nouvelle stratégie, le financement serait retiré.

Mme Bridget Lynch: Pour les ONG.

M. Paul Calandra: Ne sont-elles pas financées par l'ACDI, cependant? Quelqu'un a une réponse?

Mme Jolanta Scott-Parker: Je répéterais simplement ce que Bridget a dit. Je pense qu'elle parle en général des cliniques qui peuvent offrir des services en santé sexuelle et en santé reproductive...

M. Paul Calandra: Sont-elles financées par l'ACDI, actuellement?

Mme Jolanta Scott-Parker: Dans certains cas, oui, ce qui les placerait potentiellement dans une position différente...

M. Paul Calandra: Nous avons dit que l'ACDI n'a pas changé sa façon de faire en matière de financement. L'initiative du G8 est très différente. Il est donc logique de penser que les cliniques qui reçoivent du financement en ce moment vont toujours être financées après l'initiative du G8, parce que notre politique étrangère n'a pas changé.

Permettez-moi de vous demander ceci, madame Lynch: en ce qui concerne les sages-femmes, le Canada est-il meilleur que tous les autres pays du G8? Sommes-nous au même niveau que les autres pays du G8? Nos sages-femmes sont-elles mieux formées? Avons-nous une meilleure réglementation?

Mme Bridget Lynch: En comparaison avec les autres pays du G8, nos sages-femmes ont probablement, de façon constante, un des plus hauts niveaux de formation, de réglementation et de prestation de services.

M. Paul Calandra: Dans le cadre de l'initiative du G8, devrions-nous donc réduire notre financement ou insister pour que nos partenaires atteignent notre niveau de financement avant d'aider les femmes et les enfants dans d'autres pays? Ou pouvons-nous, d'une façon ou d'une autre, examiner les pratiques exemplaires au sein du G8 et demander — peut-être — qu'en ce qui concerne la profession de sage-femme et dans le cadre de cette initiative, le Canada assume ce rôle au sein du G8, puisqu'il est un chef de file reconnu?

Cela serait-il une évaluation raisonnable, oui ou non?

Mme Bridget Lynch: Je ne réponds pas à une telle question simplement par un oui ou par un non, merci.

Ma réponse devrait être que les pays du G8 peuvent avoir des compétences dans différents domaines qui peuvent contribuer à résoudre l'ensemble de ce problème.

M. Paul Calandra: Donc, nous devrions aussi nous concentrer sur leurs compétences. En somme, une approche globale qui tient compte des pratiques exemplaires serait un autre moyen d'atteindre réellement ces objectifs de développement du millénaire, principalement pour l'Afrique et l'Asie du Sud, surtout pour les femmes et les enfants. Est-ce exact?

• (1710)

Mme Bridget Lynch: Oui, mais pas par le refus d'offrir des services; il faut fournir des services.

M. Paul Calandra: Mais nous pouvons faire tout cela en fonction des pratiques exemplaires, n'est-ce pas?

Mme Bridget Lynch: Oui, et nous pourrions choisir parmi les pratiques exemplaires.

M. Paul Calandra: Si vous me permettez de résumer, ce que nous avons, alors, c'est que les pays du G8 sont capables d'aller au-delà de leurs pratiques actuelles en matière d'aide étrangère. En ce qui concerne l'aide étrangère, le Canada s'est engagé à maintenir ses pratiques actuelles. Nous avons l'initiative du G8 qui examine...

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Je suis désolée, je vais devoir vous interrompre, monsieur Calandra. Vos trois minutes sont écoulées.

Madame Deschamps.

[Français]

Mme Johanne Deschamps: Merci, madame la présidente.

Parlons de la question de vos financements. Connaissez-vous, dans votre réseau, des organismes qui ont reçu la mauvaise nouvelle qu'ils ne seraient plus financés? Si oui, quels sont-ils?

Mme Ainsley Jenicek: Je n'ai malheureusement pas apporté la liste avec moi. Je sais que le CIAFT est l'un d'eux. Il ne fait pas partie de notre réseau, mais il est logé dans notre édifice. Ça fait partie du réseau pour les droits des femmes au Québec.

Mme Johanne Deschamps: Est-ce que vous pourriez la faire parvenir au comité?

Mme Ainsley Jenicek: Oui, absolument.

Mme Lorraine Fontaine: Il y a aussi l'AFEAS, ainsi que d'autres groupes, dont la table des groupes de femmes Il a raison de dire qu'on ne peut pas s'attendre, tout le temps, à un financement à long terme et récurrent.

Mme Johanne Deschamps: Qu'en est-il sur le plan international?

Mme Lorraine Fontaine: Ce serait mieux qu'on parle du volet international, oui.

Mme Johanne Deschamps: Madame Parker, qu'en dites-vous?

[Traduction]

Mme Jolanta Scott-Parker: J'allais dire que je pense qu'il y a plusieurs exemples, dont on a beaucoup parlé dans les médias, d'organismes qui œuvrent dans le domaine du développement et dont le financement a été annulé, y compris KAIROS, qui est un des premiers cas que nous avons pu constater.

Les médias en ont parlé. C'est un exemple assez courant.

[Français]

Mme Johanne Deschamps: C'est quand même curieux. Le gouvernement établit ses bases, fait ses politiques et les oriente, aussi. C'est dommage parce que, force est de le constater, tous les groupes qui font de la défense des droits de la personne depuis quelques années voient leur financement aboli ou réduit. Vous avez parlé de KAIROS, mais on se rappelle aussi tout le dossier à Condition féminine Canada, le Programme de promotion de la femme où les groupes qui faisaient de la défense des droits des femmes ont vu leur financement aboli. C'est très inquiétant.

Quand j'entends parler le gouvernement au nom du Canada, je ne me sens pas concernée par ses politiques. Je suis née au Québec, j'ai vécu au Québec, une province à l'intérieur de ce Canada qui a fait des avancées formidables sur le plan social. C'est comme si on était en train de me retirer le tapis sous les pieds. Ce n'est pas un menu dans duquel on doit choisir.

Mme Lorraine Fontaine: En ce qui a trait au financement, au Québec, il faudrait quand même souligner qu'on est prêt à consacrer 85 millions de dollars de façon récurrente pour la fécondation in vitro, mais on n'est pas prêt à consacrer le million de dollars qu'il faudrait pour une nouvelle maison des naissances. On a des questions et des priorités à étudier. On n'a pas posé ces questions relativement aux nouvelles technologies, à la fécondation in vitro et au dépistage. Il faudrait que vous vous les posiez à un autre moment, s'il vous plaît.

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Merci.

Madame Mathysen, je vous prie.

Mme Irene Mathysen: Merci, madame la présidente.

Je veux revenir à la question du financement.

Monsieur La Ramée et madame Scott-Parker, vous avez dit que vos organismes existent depuis 1960, et nous avons une description de ce que vous faites. Et bien entendu, le financement est examiné de temps à autre. Le fait qu'en ce moment votre financement n'a pas été renouvelé résulte-t-il du fait que vous avez changé votre façon de faire et que cela pourrait avoir une incidence négative sur votre financement? Qu'est-ce qui a changé?

M. Pierre La Ramée: Nous devons répondre à cette question séparément. Je vais donner le point de vue de l'IPPF.

Je pense que ce qui a changé dans notre cas, en fait, c'est que nous offrons plus de services.

Pour être précis, notre organisme existe depuis 1952. Nous sommes financés par le Canada depuis 1960.

Nous continuons d'augmenter le nombre et la gamme des services que nous offrons. Nous avons aussi adopté de nombreuses mesures — la question de la responsabilisation a été soulevée — pour vraiment surveiller et évaluer la qualité de nos services, dans le but de fournir à nos donateurs un aperçu de la valeur de leur investissement et de la façon dont cela se traduit sur le terrain.

Donc, tandis qu'aucun organisme ne s'attend à être financé à perpétuité — et certainement pas sans examen ni évaluation — nous faisons tout notre possible pour nous assurer que le Canada ou tout autre donateur peut avoir accès à de plus en plus de données qui lui permettront d'évaluer la qualité de notre travail.

Cela me porte à me demander, dans le cas où notre financement ne serait pas renouvelé et dans le contexte d'une initiative importante en matière de mortalité maternelle, si cela ne serait pas un changement de politique important plutôt qu'un jugement porté sur la valeur du travail de l'IPPF.

● (1715)

Mme Jolanta Scott-Parker: Si vous me permettez d'apporter une précision, la Fédération canadienne pour la santé sexuelle est l'organisme canadien membre de l'IPPF, mais ne reçoit pas de financement de cet organisme. Nous sommes accrédités auprès d'eux en tant qu'organisme international, et il ne fait aucun doute que nous sommes fiers d'être associés à cet organisme, mais parce que le financement de l'IPPF est composé de dollars des pays donateurs qui sont vraiment destinés à l'hémisphère Sud, cela signifie que notre organisme n'est pas considéré comme un membre bénéficiaire, mais plutôt comme un pays donateur.

Mme Irene Mathysen: D'accord.

Maintenant, nous avons beaucoup entendu parler — et cela a été très médiatisé — des 14 organismes dont le financement a été annulé. En matière de services offerts, y a-t-il entre ces organismes des points communs qui pourraient expliquer l'annulation de leur financement?

M. Paul Calandra: J'invoque le Règlement, madame la présidente. La semaine dernière, on m'a dit que nous devions nous concentrer sur ce dont nous parlions, soit sur ce qui est lié à l'initiative du G8 en matière de santé maternelle. Je ne sais pas vraiment de quelle façon la pertinence de...

Mme Irene Mathysen: Madame la présidente, ceci porte sur la santé maternelle.

M. Paul Calandra: Je suis désolé, mais je ne fais que parler de mon recours au Règlement, si cela ne vous dérange pas.

À ce moment-là, je parlais de la nutrition, d'alimentation et du fait que les mères et les enfants doivent obtenir assez de nourriture de façon à éviter une bonne partie de tout ceci. On m'a dit que j'étais hors sujet.

Je me demande de quelle façon ceci est lié à l'objectif du millénaire pour le développement numéro 5, sur lequel on m'a dit, à la dernière réunion, que je devais m'en tenir. Je me demande si ceci est toujours lié à ce mandat.

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Madame Mathysen.

Mme Irene Mathysen: Madame la présidente, j'aimerais faire remarquer que c'est M. Calandra qui a commencé à parler de ceci, et que je ne fais que poursuivre dans la même veine et extrapoler en fonction des renseignements fournis.

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): D'accord, eh bien, nous...

M. Paul Calandra: Je suis désolé, j'invoque donc le Règlement à nouveau, à la suite de ce qui a été dit. Je ne veux pas m'acharner à souligner le ridicule de l'intervention de mon interlocutrice, mais en fait, c'est Mme Mathysen qui a commencé à parler de cela.

Je vous demanderais de parler de la pertinence.

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Merci, monsieur Calandra.

La greffière du comité m'a informée, puisque je suis relativement nouvelle dans ce rôle, qu'il ne s'agit pas vraiment d'un recours au Règlement.

Il reste sept secondes. En fait, nous avons arrêté le chronomètre pendant la période de questions, et il vous reste sept secondes pour...

Mme Irene Mathysen: Y a-t-il un point commun entre les groupes?

Mme Lorraine Fontaine: Je crois que Mme Deschamps a soulevé cette question. Cela concerne la défense des droits, les droits des femmes et ce genre de choses. Mais je...

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Merci.

Notre dernier intervenant est Mme Brown, pour trois minutes.

Mme Lois Brown: Merci, madame la présidente.

J'ai un peu voyagé. Une des choses que j'ai remarquées, c'est que bon nombre des questions sur lesquelles nous nous penchons concernent des pays où la culture est différente de ce que nous percevons. Ce que nous considérons comme des mariées encore enfants est un problème réel qui, j'en suis certaine, est cause de difficultés pour les sages-femmes. Je pense que nous devons tenir compte de tout cela au cours de la discussion que nous avons aujourd'hui.

Mais je me demande si je ne pourrais pas un peu changer de point de vue et parler des autres maladies que l'on rencontre chez les enfants. Il y a trois mois, quand j'étais au Botswana et en Zambie, la discussion portait sur le sida et la transmission du sida de la mère à l'enfant, de la mère au bébé, et sur le nombre d'enfants qui décèdent parce qu'ils ont perdu leurs parents en raison de la terrible épidémie de sida qui sévit là-bas. L'an dernier, quand j'étais au Bangladesh, les cas de tuberculose étaient terriblement fréquents.

Nous avons dit qu'il y a d'autres questions qui méritent notre attention, parce que grâce à des programmes comme la vaccination contre la malaria, la distribution de moustiquaires de lits — qui, comme vous l'avez dit, je crois, madame Jenicek, sont fournis par les sages-femmes —, nous avons là une véritable occasion de sauver la vie des enfants.

Quelqu'un parmi vous peut-il aussi parler des succès de ces programmes? Que font vos organismes pour s'occuper de ces autres situations?

● (1720)

M. Pierre La Ramée: Je pense qu'il y a eu beaucoup de réussites, particulièrement en matière de prévention et de traitement du VIH et du sida. Une des choses que nous nous employons à faire en collaboration avec nos associations membres, c'est de fournir un ensemble de services en matière de santé sexuelle et de santé reproductive, ce qui signifie que nous travaillons dans le domaine de la prévention contre le VIH et le sida, que nous aidons les femmes qui ont reçu un diagnostic de VIH à obtenir un traitement, ce qu'elles ne pourraient peut-être pas avoir autrement, et nous intervenons dans les cas de transmission de la mère à l'enfant. Pour ce faire, nous fournissons les médicaments appropriés.

Mme Lois Brown: Quelqu'un d'autre?

Mme Lorraine Fontaine: Une des étapes de l'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant consiste à dispenser des soins fondés sur des données scientifiques probantes et d'éviter de prodiguer des soins qui peuvent être nocifs, mais il s'agit aussi de mettre en place des mesures qui accroissent le bien-être. Cela comprend beaucoup de choses. Il y a là quelque chose qui mériterait d'être examiné, un outil qui pourrait vous permettre d'en arriver à un consensus.

La vice-présidente (Mme Cathy McLeod): Cela met un terme à notre dernière série de questions. J'aimerais remercier les témoins de s'être joints à nous et de s'être penchés sur cette question importante.

Nous allons prendre une pause de deux minutes, puis nous poursuivrons à huis clos.

[La séance se poursuit à huis clos.]

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5*

*If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5*

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

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.

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>