



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la condition féminine

FEWO • NUMÉRO 018 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 12 mai 2010

Présidente

L'honorable Hedy Fry

Comité permanent de la condition féminine

Le mercredi 12 mai 2010

• (1530)

[Traduction]

La présidente (L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.)): La séance est ouverte.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, notre comité étudie la santé maternelle et infantile.

Le 12 avril 2010, le Comité permanent de la condition féminine a adopté à l'unanimité la motion suivante, visant un examen de 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.

Nous avons prévu quatre séances; vous êtes à la troisième.

Nous accueillons aujourd'hui quatre groupes de témoins. Je vais commencer par la personne qui se joint à nous par vidéoconférence, Pamela Fuselli, de SécuriJeunes Canada, puis les autres passeront dans l'ordre.

Permettez-moi de vous dire que chaque groupe a 10 minutes pour faire sa déclaration. Je vais vous avertir lorsqu'il vous en reste seulement deux. Cela dit, vous n'êtes pas obligées de prendre tout le temps. Nous passerons ensuite à la période de questions.

Je donne d'abord la parole à Pamela Fuselli, directrice générale de SécuriJeunes Canada.

Madame Fuselli, vos 10 minutes commencent maintenant.

Mme Pamela Fuselli (directrice générale, SécuriJeunes Canada): Merci beaucoup.

Bonjour, et merci de m'avoir invitée à me présenter devant le Comité permanent de la condition féminine de la Chambre des communes. La santé maternelle et infantile constitue un dossier important, et les discussions sur la santé des enfants seraient incomplètes si on omettait de parler des blessures évitables, un indicateur de santé et la principale cause de décès chez les enfants au Canada et partout dans le monde.

Permettez-moi de vous parler un peu d'abord de SécuriJeunes Canada, le programme national de prévention des blessures du Hospital for Sick Children. Notre organisation a été fondée en 1992 par le Dr David Wesson, un chirurgien traumatologue de l'hôpital pour enfants, qui voyait les résultats des blessures et qui voulait s'attaquer au fait qu'elles sont souvent prévisibles et, par conséquent, évitables. SécuriJeunes Canada est un chef de file national; l'organisation travaille à la diffusion des connaissances et à la traduction de la recherche en action, et ce, au moyen de stratégies, de renseignements et de ressources fondés sur des preuves.

Nous appartenons à un réseau formé de parties intéressées de partout au Canada; nous avons donc des partenaires aux échelles fédérale, provinciale, territoriale et municipale. De pair avec l'industrie, les sociétés et les organismes communautaires, nous

nous efforçons de faire de notre vision une réalité: la diminution du nombre de blessures, des enfants en santé, un Canada sécuritaire.

SécuriJeunes Canada trouve encourageant que le gouvernement canadien se soit engagé à se faire le champion d'une initiative majeure visant l'amélioration de la santé des femmes et des enfants des régions les plus pauvres du monde. Nous félicitons le gouvernement de faire son possible pour que de grands changements soient apportés dans le dossier de la santé maternelle et infantile en plaçant celui-ci à la tête des priorités pour le mois de juin. En outre, nous sommes ravis de constater qu'il tente de mobiliser à la fois les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les fondations privées.

Dans le dernier discours du Trône, on a annoncé que:

afin de prévenir les accidents qui blessent nos enfants et nos jeunes, le gouvernement travaillera de concert avec des organismes non gouvernementaux dans le but de lancer une stratégie nationale pour la prévention des blessures chez les jeunes.

SécuriJeunes Canada donne son adhésion au programme du pays pour le G8, programme axé principalement sur le bien-être des populations:

Il revient aux dirigeants des pays les plus développés d'aider ceux qui sont les plus vulnérables.

Dans sa présentation du programme pour le G8, qui est centré sur le bien-être des populations, le premier ministre Harper a souligné que: « neuf millions d'enfants meurent avant même d'avoir atteint l'âge de cinq ans. » Ce nombre est à la fois trop élevé et inacceptable, comme l'est aussi le nombre d'enfants de partout dans le monde qui perdent la vie en raison de blessures. En notre qualité de programme national de prévention des blessures, nous comprenons que la prévention peut avoir une grande valeur ainsi que des conséquences importantes relativement à la santé et au bien-être des enfants.

Dans la même déclaration, le premier ministre Harper a également souligné que la grande majorité — jusqu'à 80 p. 100 — des décès pendant la grossesse pourraient être facilement évités. De plus, il a affirmé que trop de vies se sont éteintes et trop d'avenirs ont été brisés par manque de solutions en matière de soins de santé relativement simples et peu coûteuses.

Les blessures sont évitables. La prévention constitue une solution relativement simple et peu coûteuse au nombre excessif de décès et aux conséquences négatives qu'elles peuvent avoir sur la qualité de vie d'un enfant, ainsi que sur celle de sa famille et de sa communauté.

Selon le *Rapport sur la prévention des traumatismes chez l'enfant* publié par l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF en 2008, 60 p. 100 des décès d'enfants ont résulté d'accidents de la circulation, de noyades, de brûlures par le feu, de chutes et d'empoisonnements. De plus, 30 p. 100 des décès étaient dus à d'autres causes accidentelles, y compris la suffocation, l'asphyxie et l'étouffement. Par comparaison, 2,4 p. 100 des décès ont été causés par la guerre et 5,7 p. 100 par des homicides. Ce tableau ressemble à celui du Canada.

Les blessures sont la principale cause de décès et d'incapacités à l'échelle de la planète; elles entraînent la mort de plus de cinq millions de personnes par année. En outre, chaque année, environ 830 000 enfants de moins de 18 ans sont tués par des blessures non intentionnelles. Par ailleurs, plus de 95 p. 100 des décès d'enfants liés aux traumatismes se produisent dans des pays à faible revenu et à revenu moyen; toutefois, les traumatismes posent aussi problème dans les pays à revenu élevé, où ils sont la cause de 40 p. 100 des décès d'enfants.

Il est essentiel que les blessures soient considérées comme un indicateur de santé infantile globale, comme le souligne le rapport de l'OMS et de l'UNICEF:

[...] leur prévention est étroitement associé à d'autres problèmes de santé infantile. La lutte contre les traumatismes chez l'enfant doit être l'élément central de toutes les initiatives visant à améliorer les chiffres de la mortalité et de la morbidité juvéniles ainsi que le bien-être général de l'enfant.

Où le Canada se situe-t-il par rapport aux autres pays? Il occupe le 18^e rang des 26 pays membres de l'OCDE relativement aux décès causés par des blessures non intentionnelles. Si nous jouissions du même taux que la Suède, 2 665 enfants de plus seraient en vie aujourd'hui. De nombreux spécialistes croient que 90 p. 100 des blessures d'enfants sont évitables et que des stratégies fondées sur des pratiques exemplaires, comme le port de casques de cycliste et l'utilisation de sièges d'auto, pourraient être mises en oeuvre immédiatement et auraient une incidence sur la vie des enfants.

Le fardeau que les blessures placent chaque année sur les épaules de l'ensemble des Canadiens, de notre système de soins de santé et de la société canadienne ressemble à ceci: plus de 13 000 pertes de vie, dont 300 décès d'enfants de moins de 14 ans; l'hospitalisation de plus de 211 000 Canadiens, dont 21 000 sont des enfants de moins de 14 ans; plus de trois millions de visites dans les salles d'urgence; et plus de 67 000 Canadiens handicapés de façon permanente.

Les coûts liés aux soins de santé sont donc de plus de 10 milliards de dollars par année, et le coût économique totalise 19,8 milliards, ce qui équivaut au montant qu'on investit annuellement dans les produits pharmaceutiques d'un océan à l'autre du Canada. On estime que le fardeau économique des blessures chez les enfants est de 4 milliards de dollars.

Pourquoi les blessures sont-elles la principale cause de décès d'enfants âgés d'un à 14 ans au Canada? La vaste majorité des dépenses en santé sont destinées au traitement des maladies, et non à la prévention.

● (1535)

Compte tenu du fait que les blessures évitables sont la principale cause de décès chez les enfants canadiens, les dollars versés sont inversement proportionnels à l'ampleur du problème. On croit faussement que les blessures sont des accidents qui ne peuvent être ni prévus, ni évités. En réalité, la plupart des traumatismes ont des traits communs et distincts, ce qui les rend justement prévisibles et évitables.

Les enfants habitent un monde construit pour les adultes; ils sont en danger de subir des blessures en raison de leurs capacités cognitives et physiques en développement. Dans le rapport de l'OMS et de l'UNICEF, on dit:

Il y a plus de cinquante ans, un spécialiste des traumatismes chez l'enfant a déclaré: « on reconnaît maintenant de façon générale que les accidents posent un problème de santé publique majeur ».

Malheureusement, cette affirmation est tout aussi vraie aujourd'hui.

En tant que membre du mouvement mondial de SécuritéJeunes, SécuritéJeunes Canada appuie la conclusion du rapport de l'OMS et de l'UNICEF:

Il apparaît que les pays ayant pris des mesures concertées obtiennent des résultats spectaculaires dans la prévention des traumatismes chez l'enfant. Ces résultats plaident en faveur d'un accroissement des investissements consacrés aux ressources humaines et aux moyens institutionnels. Ainsi pourra-t-on élaborer, mettre en oeuvre et évaluer des programmes destinés à stopper la progression des cas de traumatisme chez l'enfant et à améliorer dans le monde entier la santé et le bien-être des enfants et de leurs familles. La mise en oeuvre d'interventions prouvées pourrait sauver chaque jour des milliers de vies d'enfants.

À notre avis, il est indiscutable que les blessures doivent faire partie de la stratégie globale en matière de santé infantile, et ce, tant au Canada qu'à l'échelle mondiale. À l'heure actuelle, le Canada pourrait jouer un rôle de chef de file dans le domaine de la santé maternelle et infantile en adoptant certaines stratégies. Sur le plan qui nous touche, on pourrait commencer par mettre en oeuvre la stratégie nationale pour la prévention des blessures, telle que présentée dans le discours du Trône, et par adopter des lois sur la sécurité des produits de consommation qui permettraient aux mères de savoir que les jouets de leurs enfants sont sécuritaires.

Merci de me permettre de discuter avec vous aujourd'hui de l'importance de la prévention des blessures dans le contexte de la santé maternelle et infantile.

● (1540)

La présidente: Merci beaucoup, madame Fuselli.

Nous passons maintenant à Anne Snowdon, chercheuse, AUTO 21.

Mme Anne Snowdon (chercheuse, AUTO 21): Merci beaucoup de m'avoir invitée à m'entretenir avec vous aujourd'hui. Je représente AUTO 21, le réseau canadien des équipes de chercheurs et des centres d'excellence dont les travaux portent précisément sur le secteur de l'automobile.

Je suis infirmière de formation. Mes commentaires seront donc fondés en partie sur l'expérience que j'ai acquise à titre d'infirmière pédiatrique en soins intensifs. J'ai passé de nombreuses années à m'occuper d'enfants dangereusement malades, dont 50 p. 100 sont admis aux services de soins intensifs — seulement très peu d'entre eux survivent — en raison de graves accidents de la route.

Actuellement, je dirige une équipe nationale de chercheurs formée non seulement d'universitaires — des domaines de l'informatique, des affaires, de l'ingénierie, des sciences infirmières et de la médecine —, mais aussi de partenaires des secteurs public et privé, et ce, pour tirer profit de leur expérience et de leurs technologies relatives à la prévention des blessures.

Comme Pam Fuselli vient de le dire, les accidents de la circulation sont la principale cause de décès chez les enfants au Canada et ils posent un danger considérable pour tous les enfants du monde. Au Canada seulement, nous perdons l'équivalent d'environ trois salles de classe par année; ces enfants ne se rendront pas jusqu'à la sixième année en raison des accidents de la route.

Comme vous venez également de l'entendre, le nombre de blessures s'élève à environ 11 000 par année. La plupart d'entre elles sont permanentes; elles incluent des traumatismes crâniens, des blessures au cou et des lésions médullaires. La prévention pourrait donc jouer un rôle très important.

Si je pouvais faire en sorte aujourd'hui que tous les enfants du pays soient installés correctement dans des sièges d'auto, nous réussirions à réduire le nombre de décès d'enfants de 74 p. 100 et celui de blessures graves, de 67 p. 100. Je le répète, la valeur de la mise en oeuvre d'une stratégie de prévention serait inestimable.

Au Canada, la majorité des parents avec lesquels j'ai travaillé et auprès desquels j'ai mené des recherches tentent d'assurer la sécurité de leurs enfants en voiture — approximativement 85 p. 100 d'entre nous. La triste vérité, c'est que seulement environ 15 à 20 p. 100 d'entre eux le font assez bien pour que les enfants soient protégés par les méthodes employées, tels que les sièges d'auto. Selon les dernières données de Transports Canada, environ 75 p. 100 des enfants décédés dans un accident de la route portaient en fait leur ceinture de sécurité.

Le problème, ce n'est pas que nous n'essayons pas de protéger nos enfants; en fait, le plus important, c'est que les méthodes utilisées soient les bonnes.

La dernière fois que j'ai mené mon sondage national sur les sièges d'auto, en collaboration avec Transports Canada, c'était en 2006, et je vais le refaire cet été, en 2010. Seulement 19 p. 100 des enfants de quatre à huit ans étaient installés dans des sièges d'appoint, sur la banquette arrière des véhicules — le groupe le plus bas et, évidemment, le plus à risque. À l'heure actuelle, cinq provinces canadiennes ont adopté des lois sur les sièges d'appoint. Or, ces lois n'ont pas permis d'atteindre le nombre escompté d'enfants de ce groupe d'âge qui soient installés correctement.

Que pouvons-nous faire pour améliorer la situation? Permettez-moi de partager avec vous certaines leçons que nous avons apprises et les contributions que nous avons apportées, selon moi. L'importance des programmes d'éducation est indiscutable, en particulier pour les enfants, mais aussi pour toute la famille. Les mères sont souvent le membre de la famille qui en sait le plus long sur la façon de protéger les enfants dans les véhicules; or, nous travaillons aussi avec les enfants, car ils ont beaucoup d'influence au sein de la famille. Par ailleurs, il n'existe pas de stratégie nationale — comme ma collègue de SécuritéJeunes l'a déjà dit — d'éducation et de sensibilisation pour les familles; pourtant, je crois qu'elles en bénéficieraient.

En ce qui concerne les renseignements pour les parents, lorsque je parle à des parents canadiens, je leur demande où ils puisent leur information, car il importe d'essayer de les aider à trouver les bonnes réponses. Ils me disent deux choses: qu'ils regardent les images sur la boîte et qu'ils consultent leurs amis.

Nous collaborons avec nos collègues du domaine de l'informatique pour utiliser la technologie de l'intelligence artificielle. Nous avons créé une communauté virtuelle qui démontre l'importance considérable des réseaux sociaux. Puisque les familles ont tendance à apprendre les unes des autres, la stratégie visant à influencer les réseaux sociaux est très importante; je ne crois pas que le Canada soit le seul pays à s'en servir, mais je pense qu'il pourrait jouer un rôle de taille sur ce plan à l'échelle mondiale.

Il faut aussi prendre en considération l'influence de la culture. Les familles fondent leurs comportements en matière de santé sur leurs croyances culturelles. En effet, des études que nous avons faites auprès de nouveaux Canadiens montrent que les valeurs culturelles

sont bel et bien un facteur. Par exemple, le rôle de protectrice de la mère motive souvent la décision de la famille de tenir l'enfant plutôt que de l'installer de façon sécuritaire dans un siège d'auto.

Je le répète, l'utilisation de l'intelligence artificielle m'a beaucoup aidée à dresser des plans et à conceptualiser le fait que nous devons passer de matériel pédagogique destiné directement aux familles au marketing social, ce que nous avons accompli en collaboration avec nos collègues de l'école de commerce spécialisés en la matière.

● (1545)

À mon avis, les leçons apprises peuvent contribuer dans une grande mesure à l'adoption d'un projet plus mondial. Je ne vais pas revoir les nombreuses statistiques qu'on vous a déjà communiquées, mais je dirais, comme le signale l'Organisation mondiale de la Santé, que les blessures constituent une préoccupation croissante en matière de santé. Le montant que les pays à faible et à moyen revenu en particulier consacrent aux blessures est supérieur à celui qu'ils reçoivent de l'aide internationale. Donc, si nous étions capables de les aider à éviter les blessures grâce à une approche multisectorielle et multidisciplinaire, nous les aiderions de façon globale, je crois, à répondre aux autres besoins qu'ils ont.

Concernant le réseau d'intervenants clés, je ne dirai jamais assez à quel point les leçons apprises ont été importantes en ce qui a trait à la participation d'intervenants clés sur le terrain, de personnes dans les collectivités qui nous aident à comprendre l'influence des réseaux sociaux pour que nous soyons en mesure de les aider à transmettre des renseignements et des connaissances sur la protection des enfants dans les véhicules au moyen d'un réseau.

Je crois que ma collègue a déjà indiqué que la coordination à l'échelle nationale est une stratégie très importante. Nous avons beaucoup de données, de stratégies et d'outils éducatifs, mais si nous ne pouvons pas les fournir à chaque famille canadienne, nous n'arriverons pas à réduire les taux de mortalité et de blessures graves, qui sont tellement élevés au Canada et qui augmentent dans d'autres pays.

On s'attend à ce que les accidents de la route passent du neuvième au cinquième rang des principales causes de décès dans le monde d'ici 2030. L'OMS propose une approche multisectorielle. J'ai appris moi-même également que dans une approche multisectorielle, il est très important qu'en plus des chercheurs et des gens du milieu universitaire, des familles, des membres de la collectivité et des intervenants clés de différents domaines des secteurs public et privé proposent des technologies et différentes approches.

Je crois que le Canada a la capacité d'agir en tant que leader mondial et de coordonner les efforts de tous les secteurs en faisant participer des intervenants clés; en utilisant les technologies, comme les technologies de l'information, pour mesurer et surveiller nos résultats et les répercussions de diverses initiatives à l'échelle mondiale; et en amenant le secteur privé, le gouvernement et des partenaires du milieu universitaire à renforcer les capacités dont nous avons besoin pour la santé des enfants dans le domaine de la prévention des blessures et à s'attaquer au problème grandissant que posent les taux de blessures, qui ont tellement de répercussions à long terme pour les enfants non seulement au Canada, mais dans le monde entier.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup, madame Snowdon.

Je donne maintenant la parole à Christina Dendys, directrice générale de Résultats Canada.

Mme Christina Dendys (directrice générale, Résultats Canada): Merci.

Résultats est un organisme de pression national. Nous nous employons à créer la volonté politique de mettre fin à la pauvreté et aux souffrances inutiles. Nous plaidons pour des solutions économiques, éprouvées, tangibles et efficaces qui profiteront aux plus pauvres de ce monde et, conséquemment, selon nous, au monde entier. Nos militants de partout au pays sont des parents qui croient qu'aucun autre parent ne devrait voir mourir son enfant en raison d'un manque d'immunisation qui ne coûte presque rien. Ce sont des voisins qui croient que personne dans le quartier ou dans le monde ne devrait mourir en raison du manque ou de l'inaccessibilité de médicaments à peu de frais. Ce sont de simples citoyens et ce sont vos électeurs.

C'est un honneur pour moi de représenter leurs points de vue aujourd'hui, mais aussi de présenter certaines recommandations énoncées dans le mémoire conçu par une coalition qui englobe Résultats et certains des organismes de développement les plus grands et les plus respectés au Canada, dont UNICEF Canada, Vision mondiale Canada, Care Canada, Plan Canada et Aide à l'enfance, que vous entendrez également.

Il y a environ un an, nos organismes se sont réunis pour demander que la santé des enfants, des nouveau-nés et des mères soit le thème central de l'initiative du G8. Nous n'étions certainement pas les seuls à le faire. Bien des partenaires dans la salle y participent et axent beaucoup d'efforts sur cela. Nous étions donc tous très heureux lorsque cela s'est concrétisé en janvier.

Pour ce qui est des chiffres, dans les régions les plus pauvres du monde, près de neuf millions de femmes voient leurs enfants succomber à des maladie douloureuses, mais évitables pour la plupart; des maladies, comme je l'ai dit, qu'on peut soigner à peu de frais — et non à des frais élevés —, comme les maladies diarrhéiques, le paludisme, la pneumonie, la rougeole et les maladies causées par la malnutrition. En même temps, au moins 350 000 mères par année décèdent des suites de complications lors d'un accouchement.

Je ne vais pas énumérer toutes les statistiques, car je pense que vous les connaissez très bien à l'heure actuelle, après avoir entendu un certain nombre de témoins très informés. Je vais peut-être, seulement pour vous brosser un tableau, vous raconter une histoire très brève.

L'an dernier, j'ai eu l'occasion d'aller au Bangladesh pour y diriger une délégation parlementaire. Nous examinons les problèmes liés à la pauvreté mondiale, mais nous nous concentrons également beaucoup sur l'espoir et les solutions. Un jour, nous sommes allés dans un hôpital, l'ICDDR'B à Dhaka. C'était en mars, juste avant la saison des pluies. Durant cette période, les eaux sont stagnantes et les bébés contractent surtout des maladies diarrhéiques, mais aussi d'autres maladies.

Nous sommes allés dans cet hôpital qui accueille quelque 700 à 800 patients par jour, des enfants ayant des maladies diarrhéiques, des mères et des bébés qui s'y rendent pour se faire soigner. C'est une période de l'année tellement occupée que, comme l'hôpital ne contient pas assez de salles communes ou de lits, on construit des tentes blanches géantes dehors, à côté de l'hôpital. Je crois qu'il y en avait deux ou trois, et des rangées d'enfants recevaient un traitement de réhydratation par voie orale et des services d'intraveinothérapie. Pendant qu'on les soigne pour d'autres causes principales de décès, les enfants qui sont mal nourris ont accès à l'alimentation

thérapeutique et à d'autres traitements qui, encore une fois, sont très peu coûteux.

Cette situation était poignante pour une mère comme moi, mais c'est ce qui se passe dans le monde entier. Les maladies diarrhéiques tuent à elles seules 1,5 million d'enfants chaque année. La plupart de ces enfants qui se sont rendus à l'hôpital survivront, en fait, et c'est ce qui lance un message d'espoir, parce qu'ils avaient accès à des services de santé. Cependant, ce ne sera malheureusement pas le cas de bon nombre d'autres enfants dans les pays les moins fortunés du monde, car ils n'ont pas accès à des soins de santé sûrs près de chez eux.

C'est ce qui m'amène à vous parler de notre mémoire. Notre mémoire — je crois que vous l'avez — ne porte pas sur l'initiative mondiale dans son ensemble, bien que nous ayons des observations à faire là-dessus, mais en grande partie sur ce que le Canada peut apporter, comme valeur ajoutée. Donc, nous nous sommes concentrés sur la façon dont le Canada devrait contribuer à l'initiative du G8.

Ce que nous demandons, c'est que le Canada investisse dans un groupe de travailleurs de la santé de première ligne dotés du soutien et de la formation nécessaires pour assurer un ensemble intégré d'interventions très efficaces visant les personnes les plus pauvres, là où elles vivent, et tout cela avec un engagement à contrôler les résultats et à mesurer l'efficacité.

Je vais faire un survol très rapide de ces quatre éléments centraux.

Premièrement, comme je l'ai dit: accroître le nombre des travailleurs de la santé de première ligne qui sont soutenus, formés, équipés et motivés pour fournir des services essentiels aux mères et aux enfants au niveau communautaire, près de chez eux. Et je suis certaine que vous savez que du personnel de la santé compétent et motivé qui est au bon endroit au bon moment et qui peut compter sur l'infrastructure, les médicaments et l'équipement nécessaires représente une partie essentielle de la solution. C'est ce que relève Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Cette idée fait l'objet d'un consensus. C'est important, car des preuves révèlent que 80 p. 100 des décès d'enfants de moins de cinq ans peuvent survenir au foyer alors que ceux-ci ont à peine été vus, sinon pas du tout, par un fournisseur de soins de santé et que le quart des femmes accouchent sans l'aide d'une personne compétente.

Deuxièmement, doter ces travailleurs de première ligne de la capacité d'assurer un ensemble intégré ou une série d'interventions pour enrayer les causes principales de décès. Il n'y a pas qu'un seul facteur qui explique le décès des enfants. Ils sont vulnérables à tout un éventail de maladies.

● (1550)

Seulement quatre maladies, soit la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et la rougeole, causent près de la moitié de tous les décès chez les enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement. Selon les experts, on pourrait sauver la majorité de ces vies en accroissant le recours à des mesures de prévention et de traitement peu coûteuses et efficaces.

Ceci est un paquet de sels de réhydratation orale de l'UNICEF, que bon nombre d'entre vous qui avez voyagé avez déjà vu. C'est ce qui permettrait de sauver la vie de l'un de ces enfants qui se retrouve à l'ICDDR'B. Nous avons déterminé qu'un paquet coûte de 20 à 40 ¢.

Dans le cas des mères, des preuves claires révèlent que la disponibilité d'auxiliaires compétents à la naissance et immédiatement après, alliée à la capacité de renvoyer les parturientes en temps opportun à d'autres installations médicales, est le facteur capital pour combattre les causes majeures de la mortalité maternelle comme l'hémorragie, les infections et les troubles hypertensifs. Mais également, ces travailleurs de la santé de première ligne ont un rôle très important à jouer dans la santé maternelle, ce qui est aussi absolument essentiel pour que les mères aient des grossesses en santé et de bons accouchements.

Troisièmement, mettre l'accent sur la population la plus pauvre, encore une fois, là où elle vit, à proximité du foyer, dans les régions rurales ou les quartiers pauvres des villes. Les personnes les plus pauvres vivent, contractent des maladies et décèdent seules, loin de l'hôpital le plus près de chez elles. Donc, mettre l'accent sur les personnes les plus pauvres en ce qui a trait aux causes de décès et de maladie nous aidera énormément.

Quatrièmement, s'engager à rendre des comptes et à suivre les résultats, ce qui permet de rectifier le tir à mi-chemin, au besoin, et de mesurer les résultats quant à l'incidence sur les taux de mortalité, à la couverture des services, etc. En d'autres termes, tout programme d'aide efficace devrait comprendre un engagement à nous assurer que nous faisons bien les choses et ensuite que nous avons ce qu'il faut pour améliorer les pratiques en cours de route.

Ce sont les quatre éléments fondamentaux que nous avons demandés. Vous pouvez en savoir plus en lisant le mémoire.

Encore une fois, seulement pour vous expliquer comment cela se passe sur le terrain, cette année, j'ai eu l'occasion de diriger une autre délégation parlementaire, mais en Éthiopie cette fois. Nous avons vraiment mis l'accent sur la santé infantile et maternelle.

En Éthiopie, grâce au ministère de la Santé du pays et à des partenaires comme l'ACDI, UNICEF et des ONG, ainsi qu'au Fonds mondial, ils ont créé un système qui est très axé sur les travailleurs de première ligne en médecine communautaire. Ils ont formé 30 000 jeunes femmes qui ont à peu près l'équivalent d'un quatrième secondaire. Ils leur ont donné une année de formation sur les causes principales de décès, les maladies et l'intervention — une formation sur les tests diagnostiques du paludisme ou sur la façon de faire des suivis intensifs dans le milieu, ce qui coûte environ un dollar. Un bébé ou un enfant qui contracte le paludisme peut mourir en moins de 24 heures. Si l'on se trouve loin d'un milieu hospitalier, on a besoin d'être à proximité de personnes qui peuvent poser un diagnostic et traiter la maladie rapidement, car sinon, l'enfant décèdera. On en compte 30 000. De plus, ils ont sciemment décidé qu'il s'agirait exclusivement de femmes. Parlons du pouvoir des femmes dans la collectivité; c'était un très grand pouvoir.

Ils ont également créé 15 000 postes sanitaires dans des régions rurales de l'Éthiopie; ils ont la taille de votre salon et sont équipés pour faire face à toutes ces causes principales de décès. Il s'agit des 16 ensembles d'interventions. Dans ces centres, on s'occupe du paludisme, de l'alimentation thérapeutique, de la RVO pour les maladies diarrhéiques, mais également de l'immunisation. Nous avons vu des bébés se faire vacciner contre la rougeole et la polio.

Donc, grâce à 15 000 postes sanitaires et à 30 000 travailleurs de la santé, le système de santé s'améliore et des changements importants ont lieu dans ce pays. C'est le modèle dont nous parlons qui pourrait être une solution aux problèmes auxquels nous devons faire face à l'échelle internationale.

Je veux parler de la question du financement avant que les deux minutes soient écoulées.

Le G8 reconnaît qu'on estime à 30 milliards de dollars ce qu'il manque à l'échelle mondiale en financement international pour sauver la vie de 10 millions de femmes et d'enfants, d'ici à 2015. Nous croyons que la contribution du Canada, sa juste part, devrait être de 1,4 milliard de nouveaux fonds — et je répète « nouveaux fonds », et non fonds réaffectés. Au cours des cinq prochaines années, cela pourrait avoir des effets positifs considérables.

Je vous remercie. Je crois qu'il est temps de nous concentrer sur l'espoir et les possibilités, et nous sommes ravis que vous examiniez cette question et que vous nous aidiez à faire cela.

• (1555)

La présidente: Merci infiniment, madame Dendys.

Je cède finalement la parole à Mme Cicely McWilliam, coordonatrice, Campagne Tous et chacun, Aide à l'enfance Canada.

Mme Cicely McWilliam (coordonatrice, Campagne TOUS ET CHACUN, Aide à l'enfance Canada): Merci, madame la présidente.

Je remercie également les membres du comité de donner à Aide à l'enfance Canada l'occasion de faire valoir son point de vue aujourd'hui.

Notre organisation travaille au Canada et dans 120 pays pour améliorer rapidement et de façon durable le sort des enfants. Elle se concentre sur la santé et la nutrition, l'éducation, le VIH/sida, la protection des enfants, les secours d'urgence et les droits de l'enfant. Comme la présidente l'a indiqué, mes efforts sont axés sur la Campagne Tous et chacun, notre initiative sur la survie des nouveau-nés et des enfants.

Ma collègue Chris a évoqué le nombre effarant d'enfants et de mères qui meurent annuellement des suites de maladies évitables et traitables. Elle a décrit le mémoire présenté au gouvernement canadien par notre coalition regroupant six organismes d'aide internationale qui prennent à coeur cette cause. Comme les autres membres de la coalition, nous estimons qu'il faudrait accroître concrètement la portée des mesures intégrées qui ont réussi à réduire la mortalité chez les mères, les nouveau-nés et les enfants: soins prodigués par du personnel qualifié durant la grossesse ainsi que pendant et après l'accouchement; traitement préventif et curatif de la pneumonie, de la malaria et de la diarrhée; dans le domaine de la nutrition, mesures favorisant entre autres l'allaitement et les aliments complémentaires; transferts pécuniaires; programmes sociaux exhaustifs.

À cause de la récente crise économique mondiale, nous pourrions facilement être pessimistes quant à l'atteinte des OMD 4 et 5. Pourtant, nous savons qu'il est possible de réduire considérablement le nombre de décès chez les enfants, bien des pays à revenu faible et intermédiaire l'ayant fait chuter ces dernières décennies. Certains y sont parvenus plus rapidement que n'avaient réussi à le faire les pays développés d'aujourd'hui au cours du dernier siècle. Il va sans dire que la situation doit continuer de s'améliorer. Notons cependant que, depuis 1990, plus de 60 pays ont réduit de 50 p. 100 leur taux de mortalité juvénile.

Renforçant la capacité des soignants, le modèle de soins polyvalents à la maison et à l'hôpital constitue l'une des solutions que nous proposons pour réduire la mortalité juvénile et maternelle. Que les soins soient prodigués à la maison, dans un centre communautaire, dans une clinique ou dans un hôpital, ce modèle s'attaque aux principales causes de décès nouveau-nés et des mères avant, pendant et après l'accouchement. Il est décrit dans le diaporama qui a été présenté et qui fait partie de votre documentation. Vous pourrez certes poser des questions sur ce modèle après nos déclarations préliminaires.

La priorité devrait être d'accroître la capacité de prodiguer les soins de santé. Pour ce faire, il faudrait avant tout recruter et former des femmes pour donner les soins à la maison ou dans des cliniques de quartier. Notre organisation privilégie la gestion des cas en milieu communautaire pour s'attaquer aux besoins des moins de cinq ans dans le cadre d'une initiative générale de santé de l'enfant. Le personnel qualifié peut ainsi donner un traitement curatif à un enfant souffrant d'une infection virtuellement mortelle et vivant dans une localité éloignée dépourvue d'établissements de santé. Chris a parlé de la situation en Éthiopie.

Depuis 11 ans, Save the Children fait le point sur la santé maternelle dans le monde. Dans les pays en développement, les risques, nous le savons, sont très grands pour la mère lors de la grossesse et de l'accouchement. Environ 50 millions de femmes accouchent à la maison tous les ans, sans aucune aide d'un professionnel de la santé. Cette année, notre rapport se penche sur la façon dont les montants investis dans la formation et l'affectation des travailleuses de la santé ont fait chuter le nombre de décès et de maladies. Il propose des solutions peu coûteuses et simples qui, si elles étaient appliquées à plus grande échelle, permettraient de sauver des millions de vies supplémentaires.

Pour s'attaquer à la mortalité maternelle et à celle des nouveau-nés, deux phénomènes interdépendants, il faut davantage être à l'écoute des besoins des mères et des nouveau-nés. D'après les études, les femmes préfèrent les travailleuses de la santé, particulièrement lors d'une grossesse ou pour des questions de planification familiale. Dans certains pays, les femmes refusent qu'un travailleur de la santé les vaccinent elles ou leurs enfants: elles ont peur d'être perçues comme ayant été infidèles à leur mari; dans certains pays musulmans, la modestie interdit notamment aux femmes de dénuder une partie de leur corps pour recevoir un vaccin.

Publié à l'échelle internationale, notre rapport concorde parfaitement avec les recommandations canadiennes. Nous préconisons de recruter et de former davantage de travailleurs de la santé. Il en faudrait 4,3 millions de plus pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement dans le délai imparti. Nous recommandons également accorder de meilleurs incitatifs pour faciliter le recrutement et le maintien en poste des travailleuses de la santé, surtout dans les endroits isolés et mal desservis. Notamment, il faudrait améliorer leur salaire et leur formation, mieux encadrer et protéger ces travailleuses ainsi que leur offrir des chances d'avancement et une meilleure reconnaissance professionnelle.

• (1600)

Naturellement, il est essentiel, selon nous, d'investir davantage dans la scolarisation des filles. Cela saute aux yeux, si nous voulons pouvoir recruter davantage de jeunes travailleuses de la santé. Par cette stratégie, les futures mères auront les moyens de mieux faire valoir leurs droits et d'améliorer non seulement leur santé mais également celle de leurs enfants.

Pour terminer, nous recommandons de renforcer les systèmes de santé et d'élaborer des programmes ciblant mieux les femmes et les enfants les plus pauvres et les plus marginalisés. Nous le savons tous, les budgets des systèmes de santé de bien des pays en développement sont nettement insuffisants pour répondre aux besoins. Il faut investir davantage dans la dotation en personnel et en matériel, le transport, les médicaments, la formation et l'encadrement positif des travailleurs de la santé, sans négliger les coûts d'exploitation quotidiens de ces systèmes de santé.

Les pays développés d'aujourd'hui avaient déjà réduit leur taux de mortalité considérablement au cours du siècle précédent. Bien des pays en développement ont fait des progrès remarquables, souvent dans des circonstances difficiles. Une percée technologique n'est pas nécessaire pour faire chuter radicalement la mortalité néonatale et juvénile. Il suffit de tabler sur les pratiques exemplaires des autres pays. Point n'est besoin d'innovation. Les adultes du monde entier doivent simplement s'atteler à la tâche.

Tous ici présents et ceux à l'extérieur de cette salle ne devraient tolérer qu'une maladie évitable et traitable fauche un enfant ou qu'une femme meure simplement parce qu'elle se trouve trop loin d'un hôpital ou qu'elle n'avait pas les moyens de recevoir des soins avant, pendant et après l'accouchement.

Tous les ans, des millions de jeunes enfants et de mères meurent. C'est scandaleux. C'est comparable aux pires excès et aux pires fléaux sociaux du passé. Nous avons tous un rôle à jouer pour résoudre ce problème. Ne rien faire ou attendre, c'est tout simplement impardonnable.

Merci.

La présidente: Merci.

Nous passons à la première série de questions et réponses d'une durée de sept minutes. Je vous demanderais donc d'être précis et concis dans vos questions comme dans vos réponses.

Nous commençons par les libéraux. Madame Neville, vous avez la parole.

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

Je remercie également tous nos témoins qui ont comparu en personne ou par téléconférence.

Nous avons entendu divers points de vue aujourd'hui. Vos propos sur l'initiative en matière de santé infantile et maternelle nous seront certes utiles. Je suis convaincue que nous tiendrons compte de tous vos témoignages lorsque nous rédigerons notre rapport.

Cependant, si vous avez suivi nos travaux, vous aurez remarqué qu'il a surtout été question de santé maternelle. Les témoins des séances précédentes ont évoqué la nécessité de faire concorder les propositions actuelles du gouvernement avec les obligations et les engagements internationaux du Canada en matière de santé maternelle et infantile.

Je m'adresse à vous toutes.

Premièrement, compte tenu que le G8 a proposé en Italie une solution exhaustive en matière de santé maternelle et infantile en 2009 et qu'aujourd'hui à Ottawa, le secrétaire général des Nations Unies a appelé les dirigeants du G8 à respecter leurs engagements à cet égard, préconiserez-vous que le Canada adopte une politique étrangère exhaustive sur cette question?

Je vais écouter vos réponses, puis je poserai à chacune d'autres questions.

• (1605)

La présidente: Nous entendons d'abord Mme Snowdon.

Mme Anne Snowdon: Est-ce que je préconiserais une stratégie exhaustive en matière de santé maternelle et infantile? Bien sûr que oui. Je recommanderais de mettre l'accent sur la collaboration avec les divers pays en question. D'après mon expérience, il n'y a pas de solution universelle. Il faut, dans le cadre d'une collaboration très étroite, tenir compte des besoins de la population de chaque pays et des groupes visés, et cela à tous les niveaux.

L'hon. Anita Neville: Merci.

Mme Christina Dendys: Oui, je suis bien sûr pour une stratégie globale pour l'initiative du G8, et une stratégie à valeur ajoutée pour le Canada, où nous pourrions jouer le rôle le plus important possible dans le cadre de cette stratégie.

La présidente: Madame McWilliam.

Mme Cicely McWilliam: Je pense que je devrais dire essentiellement « moi aussi ». Nous sommes, naturellement, pour une stratégie globale. Nous avons participé à l'élaboration du mémoire, qui décrit les éléments qui constituent, selon nous, la valeur ajoutée du Canada.

Je crois que le mémoire est très clair sur ce point.

L'hon. Anita Neville: Nous n'avons pas eu la chance d'y jeter un coup d'oeil. Comme nous venons tout juste de le recevoir, je n'ai pas encore eu le temps de le lire.

La présidente: Madame Fuselli.

Mme Pamela Fuselli: Je vais faire écho à ce qui vient d'être dit et j'ajouterais que je suis d'accord avec les propos de Mme Snowdon, à savoir qu'il faut faire participer les personnes touchées par tout aspect de la politique.

L'hon. Anita Neville: J'en déduis donc qu'à votre avis, un accès complet à tous les services de reproduction devrait faire partie des droits fondamentaux; corrigez-moi si je me trompe.

J'ai également d'autres questions.

Madame Dendys, quelles sont, à votre avis, les trois interventions prioritaires documentées en matière de santé génésique des femmes, de santé maternelle et de survie de l'enfant?

Madame McWilliam, vous avez beaucoup parlé de la formation des professionnels de la santé. J'aimerais savoir comment votre organisation procède pour former et développer les capacités des professionnels de la santé en collaboration avec les autres pays?

Madame Snowdon, et vous aussi, madame Fuselli, selon vous, est-ce que la prévention des blessures fait partie de l'engagement pris au G8 à l'égard de la santé maternelle et infantile l'an dernier en Italie?

Mme Christina Dendys: Je crois que nous avons mentionné dans notre mémoire que l'intervention prioritaire en matière de santé maternelle et infantile, selon nous — et je pense que c'est également ce qui est indiqué dans le mémoire du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant — est l'accès aux services de

santé et à des auxiliaires compétents, tout au long du continuum de soins, y compris en première ligne.

Nous avons souligné que les travailleurs de la santé de première ligne sont la porte d'entrée du réseau au Canada, et cela est certainement souligné également dans le manifeste du partenariat. En fait, je crois qu'on préconise de former dans le manifeste un nombre cible d'un million de travailleurs de la santé de première ligne compétents.

En ce qui concerne les interventions en matière de survie et de mortalité infantiles, les quatre plus grandes causes de mortalité chez les enfants sont la pneumonie, la malaria, la diarrhée et, une cause sous-jacente, la malnutrition. Nous croyons qu'il est difficile d'isoler les interventions. Nous prônons donc une stratégie multi-interventions intégrée qui permettra un traitement complet du patient.

La présidente: Merci.

Madame McWilliam.

Mme Cicely McWilliam: Le travail de Save the Children est, naturellement, axé sur les enfants. Lorsque nous traitons des problèmes de santé maternelle, c'est souvent dans le cadre de notre travail auprès des enfants. À titre d'exemple, nous déployons beaucoup d'efforts dans les domaines de l'allaitement maternel, du soutien prénatal, des vitamines et des soins postnataux. Ce sont nos principaux champs d'action. Je tiens à préciser que Save The Children est une organisation qui n'offre pas de services d'avortement.

À notre avis, l'accent doit être mis — je suis désolée, je croyais que vous auriez reçu le mémoire plus tôt, mais je peux préciser —, comme Chris l'a mentionné, nous croyons que l'accent doit être mis, en ce qui concerne la valeur ajoutée du Canada, sur les travailleurs de première ligne. Comme je l'ai mentionné, Save the Children réclame en fait un nombre de travailleurs de première ligne plus élevé que le partenariat. Nous réclamons 4,3 millions de travailleurs de la santé dans l'ensemble, dont la majeure partie sur le terrain.

En ce qui concerne la formation que nous offrons, par exemple aux travailleurs en santé communautaire dans le cadre de l'initiative CCM, nous veillons à ce qu'ils puissent diagnostiquer la malnutrition, la pneumonie, la malaria et qu'ils puissent traiter ces maladies. Nous utilisons la méthode Kangourou, qui consiste essentiellement à enseigner aux femmes...

• (1610)

La présidente: Pouvez-vous terminer?

Mme Cicely McWilliam: Vous voulez dire conclure? Très bien.

C'est le genre de travail que nous faisons lorsque nous travaillons avec les travailleurs en santé communautaire, et ce sont eux que nous formons.

La présidente: Merci.

C'est tout le temps qu'avait Mme Neville.

C'est maintenant au tour de Mme Deschamps, du Bloc québécois.

[Français]

Mme Johanne Deschamps (Laurentides—Labelle, BQ): Merci, madame la présidente.

Je vous souhaite la bienvenue. Je vais m'adresser à vous en français.

Il est intéressant aussi de découvrir, de par vos exposés, ce que chacune de vos organisations fait pour améliorer la santé.

J'ai une question qui peut s'adresser à Mme Fuselli, à Mme Snowdon et peut-être aussi à Mme McWilliam, parce que je n'ai peut-être pas saisi dans quel cadre vous travaillez. En ce qui a trait à Aide à l'enfance Canada, votre mission est-elle dirigée ici, au Canada? Travaillez-vous en partenariat sur le plan international?

[Traduction]

Mme Cicely McWilliam: C'est international.

[Français]

Mme Johanne Deschamps: Madame Snowdon et madame Fuselli, oeuvrez-vous dans le cadre du Canada ou avez-vous une expertise que vous exportez sur le plan international?

[Traduction]

La présidente: Je vais commencer par Mme Fuselli.

Mme Pamela Fuselli: Safe Kids Canada fait partie d'un mouvement international appelé Safe Kids Worldwide. Notre mandat est de nous occuper des blessures ici, mais nous collaborons bien sûr avec les autres organisations Safe Kids dans les autres pays, notamment l'Allemagne, la Nouvelle-Zélande, l'Ouganda, le Vietnam, le Mexique et le Brésil. Nous nous réunissons une fois par année, mais nous communiquons ensemble beaucoup plus souvent pour échanger des idées, des opinions et des solutions sur les problèmes. Et bien sûr, nous tirons parti du travail réalisé par nos partenaires dans d'autres pays et nous nous documentons sur les initiatives fructueuses qui pourraient s'appliquer ici.

Dernièrement, Safe Kids Canada a présenté, en collaboration avec l'Association canadienne de santé publique, une demande de subvention à l'Union européenne pour renforcer les capacités dans quatre pays: l'Ouganda, l'Afrique du Sud, la Tanzanie et la Roumanie. Notre mandat est canadien, mais nous collaborons avec la communauté internationale.

Mme Cicely McWilliam: Comme je l'ai mentionné précédemment, Save the Children Canada s'occupe d'initiatives au Canada mais travaille surtout à l'étranger. Nous sommes présents dans 120 pays.

[Français]

La présidente: Madame Deschamps, vous pouvez continuer.

Mme Johanne Deschamps: J'ai posé la question à Mme Snowdon.

[Traduction]

Mme Anne Snowdon: Merci beaucoup.

Je travaille surtout au Canada, mais j'ai déjà travaillé avec l'Organisation mondiale de la Santé, en particulier dans les dossiers de la formation des professionnels de la santé et la pénurie imminente d'infirmières. En 2020 par exemple, il manquera près d'un million d'infirmières aux États-Unis, et nous savons que lorsqu'un grand pays économiquement développé connaît une pénurie d'infirmières, il en recrute habituellement dans les autres pays, entre autres, dans les pays en voie de développement.

Nous avons donc tout un défi à relever pour avoir les professionnels de la santé nécessaires pour assurer la prestation des programmes d'intervention en santé maternelle et infantile. Et pour faire suite à ce que j'ai dit précédemment, c'est ici que la collaboration entre les pays deviendra primordiale pour gérer la pénurie de travailleurs de la santé.

•(1615)

[Français]

Mme Johanne Deschamps: Depuis plusieurs séances, ici, au Comité permanent de la condition féminine, on discute. On fait le même exercice au Comité permanent des affaires étrangères et du développement international. On reçoit des organisations de la société civile pour discuter de grandes priorités.

On dit que le cinquième objectif du millénaire pour le développement est celui qui accuse le plus de retard dans les pays en développement. À la veille de la rencontre du G8 qui se tiendra en juin, au Canada, on tente de démontrer, par le témoignage de nos invités qui viennent nous parler de leur expertise, que 2015 est très près. Ce n'est que dans cinq ans. La plupart des gens qui sont venus ici demandent que le Canada et les autres pays donateurs augmentent de 50 p. 100 l'enveloppe qu'ils consacrent actuellement à l'aide si on veut atteindre les objectifs que les pays se sont donnés. Les représentants du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme sont venus le dire au Comité permanent des affaires étrangères et du développement international cette semaine. On s'est engagé en 1995, on a réitéré l'engagement en 2000, puis en 2009 à Aquila, en Italie. Aujourd'hui, on y travaille et le gouvernement canadien en a fait une de ses priorités.

Je considère que tous les moyens et toutes les initiatives sont bonnes. Toutefois, dans les pays où on parle de mortalité infantile et maternelle, je me demande comment on peut faire de la prévention. Mme Fuselli, un peu plus tôt, nous a parlé de casque à vélo et de siège d'auto. Je suis allée en Ouganda, l'année passée, et j'ai visité des camps de réfugiés. Quel impact peut avoir SécuritéJeunes Canada en Ouganda, par exemple, madame Fuselli?

[Traduction]

La présidente: Madame Fuselli, il ne vous reste qu'une minute. Soyez la plus brève possible.

Mme Pamela Fuselli: Les collisions de véhicules automobiles sont la principale cause de décès dans le monde. Dans les pays en développement et à revenu intermédiaire, il faut bien sûr examiner le problème du point de vue de la sécurité routière, soit de l'interaction entre les piétons, les cyclistes et les véhicules automobiles. Bien que la principale cause de décès puisse être la même au Canada qu'en Ouganda, en Ouganda l'accent est mis principalement sur la sécurité des piétons.

Lorsqu'on examine les problèmes dans un pays, on ne doit pas opter — comme l'a mentionné Mme Snowdon — pour une stratégie uniformisée, mais choisir celle qui permettra de limiter le plus les blessures.

La présidente: Merci. Je crois que nous avons terminé la première série de questions.

Nous allons passer à Mme McLeod, du Parti conservateur.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, madame la présidente.

J'aimerais d'abord faire un commentaire. L'initiative du G8 se veut assurément globale. Il importe de préciser, à mon avis, que l'avortement n'est pas inclus dans la définition de la planification familiale de l'OMS.

Je trouve malheureux que nous continuions à nous éloigner du sujet. Nous sommes ici pour parler de santé infantile, et nous nous éloignons constamment de ce sujet pour parler d'avortement. Nous ne voulons absolument pas rouvrir le débat sur cette question et nous ne voulons rien faire qui divise les Canadiens, alors en ce qui concerne les commentaires du début au sujet d'une stratégie globale, il s'agit bel et bien d'une stratégie globale qui respecte la définition de l'OMS.

J'aimerais maintenant passer à un autre sujet, soit les blessures chez les jeunes. Il y a quelque chose que je ne comprends pas très bien. Lorsque vous vous rendez dans des pays en développement et que vous voyez cinq ou six personnes, toute une famille, sur un scooter, est-il vraiment utile d'intervenir, ou devrions-nous accorder à cet aspect une importance secondaire et nous concentrer sur la santé maternelle et infantile, sur ce type d'interventions, dans ces pays?

Je crois que cette question d'adresse à la fois à Mme Snowdon et à Pam Fuselli. Selon vous, comment peut-on réussir à intervenir pour prévenir les blessures chez les jeunes dans le cadre particulier de l'initiative sur la santé maternelle et infantile du G8?

• (1620)

Mme Anne Snowdon: En ce qui a trait à la sécurité routière et à la prévention des blessures, il faut absolument examiner la question d'un point de vue global. Une des raisons pour lesquelles nous nous concentrons sur les sièges d'auto au Canada, c'est parce que nous avons une infrastructure routière très bien développée et que nous avons une politique gouvernementale très solide visant à appuyer en particulier les initiatives de sécurité routière et la prévention des blessures.

Souvent, les pays en développement n'ont pas d'infrastructure routière sécuritaire et de politique de sécurité routière, ainsi que de soins post-traumatiques. Si vous avez une politique qui interdit de se promener à cinq sur un scooter, vous verrez le nombre de blessures liées à ce type d'accidents baisser en flèche, comme ce fut le cas au Canada après l'adoption de la loi sur le port de la ceinture de sécurité en 1977.

Le problème est complexe. Il faut vraiment une stratégie globale qui s'applique à l'ensemble du système pour mettre en place la politique et commencer à régler les problèmes liés à l'infrastructure routière.

Je prône à cet égard la mise en place d'un partenariat avec les groupes existants, comme le Global Road Safety Partnership, affilié à la Croix-Rouge, parce qu'ils sont déjà présents dans les pays en développement pour examiner chacun des problèmes importants.

Comme je l'ai déjà mentionné, les problèmes sont différents dans chaque pays, mais il faut absolument aborder la question du point de vue de ces quatre grands aspects du système pour obtenir des résultats.

Mme Cathy McLeod: Mais vous dites que cela devrait faire partie de l'initiative de santé maternelle et infantile.

Mme Anne Snowdon: Tout à fait. Cela devrait faire partie de ce qui serait, à mon avis, un plan global.

Mme Cathy McLeod: Pam, pourriez-vous nous dire ce que vous en pensez?

Mme Pamela Fuselli: Je suis d'accord avec Mme Snowdon. Il faut que cela fasse partie d'un plan global en raison du taux élevé de décès et d'hospitalisations. Comme je l'ai déjà dit, l'approche uniformisée ne fonctionne pas, mais les différents types d'intervention ont assurément des points communs.

Le Vietnam a adopté une approche qui a connu du succès. L'organisation SickKids Vietnam s'est employée à fournir un casque à chaque enfant et a misé sur les initiatives qui avaient du succès auprès de la communauté et sur ce dont les dirigeants avaient besoin pour se mobiliser et pour rendre le projet acceptable et populaire. Je ne veux pas dire que cela fonctionnerait pour tout le monde, mais les responsables ont eu leur mot à dire dans la production des casques afin de régir le style et les normes. Ils ont travaillé très fort auprès de tous les intervenants pour examiner les besoins des enfants, le type de protection dont ils avaient besoin, la façon d'appliquer les règlements, et pour favoriser la sensibilisation, le respect des règles et le changement environnemental.

Le tout ne se fait pas facilement et prend du temps, mais certaines initiatives ont connu un bon succès et nous pourrions les examiner pour nous en inspirer.

Mme Cathy McLeod: Ma prochaine question s'adresse à qui veut bien y répondre, car je ne suis pas certaine qu'on connaisse la réponse.

Dans les 68 pays visés par cette initiative, nous connaissons le pourcentage de femmes qui décèdent des suites d'une hémorragie ou d'un accouchement, mais connaissons-nous également le pourcentage d'enfants qui décèdent des suites d'une blessure?

Mme Anne Snowdon: Les données comportent des lacunes importantes. Bien des pays ne produisent pas de rapports et nous devons nous en remettre en grande partie aux estimations les plus précises possible. Nous examinons entre autres les données produites par l'Organisation mondiale de la Santé, mais tout le monde s'entend pour dire que les données comportent des lacunes importantes, en particulier celles sur la santé des enfants. Nous utilisons actuellement les estimations les plus précises possible.

Mme Cathy McLeod: Les données sur la diarrhée et la malaria sont sans doute plus précises que celles sur les blessures, n'est-ce pas?

Mme Anne Snowdon: Je pense que si nous n'avons pas un portrait juste des blessures, il en va sans doute de même des autres causes de décès chez les enfants. On se rend compte alors de l'importance d'avoir des systèmes de surveillance et d'utiliser les technologies de l'information facilement accessibles par l'entremise des téléphones cellulaires pour effectuer un suivi sur le terrain dans ces pays et ces collectivités.

Mme Cathy McLeod: Ma prochaine question s'adresse à Mme Dendys.

Vous avez parlé d'un montant d'environ 1,4 milliard de dollars sur cinq ans. D'où provient ce chiffre?

• (1625)

Mme Christina Dendys: Il provient en gros d'une estimation de la juste part du montant de 30 milliards sur cinq ans prévu par le G8. C'est également un montant que nous avons jugé réaliste en fonction des nouveaux investissements requis.

Mme Cathy McLeod: Et en ce qui a trait aux fournisseurs de soins dont vous avez parlé, les fournisseurs de soins non professionnels en Éthiopie, est-ce qu'ils s'occupaient uniquement des maladies les plus courantes ou étaient-ils formés pour prêter main-forte lors des accouchements?

Mme Christina Dendys: Ils ont été formés dans ce domaine également. En fait, ils ont reçu une année de formation sur les principales causes de décès, pas seulement chez les enfants, mais sur la tuberculose et le VIH, ainsi que sur la désinfection et l'hygiène. Ils ont également reçu de la formation pour agir comme sage-femme qualifiée, pas comme médecin, mais comme sage-femme qualifiée, pour s'occuper des problèmes de santé maternelle et effectuer un suivi lors des grossesses et des accouchements.

La présidente: Merci.

Nous allons maintenant passer à Mme Mathysen, du NPD.

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

Je remercie nos témoins d'être ici aujourd'hui et de nous faire part de leurs connaissances.

J'ai tout d'abord quelques questions pour Mme Dendys, mais je tiens à m'adresser à tous nos témoins.

La première cause mondiale de décès chez les femmes en âge de procréer est le VIH-sida. À la fin de 2008, les femmes comptaient pour environ la moitié des adultes atteints du VIH-sida, et en Afrique subsaharienne, sur 10 personnes atteintes du VIH, 6 sont des femmes ou des filles.

Savez-vous quelle est l'incidence du VIH dans la mortalité maternelle, ou les incidences, de manière générale, pour l'initiative du G8 et au-delà? Je me demande également quel rôle le Canada a à jouer ou peut jouer pour remédier à cette crise.

Mme Christina Dendys: Je vous remercie de poser cette question très pertinente.

Le VIH demeure un problème très important sur la planète, même si les gens semblent un peu fatigués d'en parler, ce qui est vraiment dommage.

Selon les études que j'ai consultées, il semble que les femmes enceintes qui sont atteintes du VIH ont sept fois plus de chances de mourir que les femmes qui n'en sont pas atteintes. Le VIH demeure donc un problème très important chez les femmes, mais aussi, en ce qui a trait au taux mondial de mortalité et de morbidité.

Je pense qu'il est possible de faire beaucoup. Notre regard est en quelque sorte tourné vers le G8, mais en ce qui concerne le rôle du Canada, il faut, à mon avis, regarder au-delà de celui-ci. Le sommet des OMD aura lieu en septembre. Il y a d'autres chaînes de dominos et d'autres questions qu'il faut régler d'ici là.

Je participais justement à une séance cette semaine où on parlait de la contribution du Canada à l'initiative internationale pour les microbicides et à l'initiative internationale de vaccination contre le sida, une contribution qui est au point mort. Il serait intéressant d'examiner cette question, car notre contribution a diminué.

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme doit également être regarni à l'automne. Les responsables affirment qu'environ la moitié des personnes atteintes du VIH en Afrique qui ont été diagnostiquées et qui prennent des médicaments antirétroviraux le doivent à l'appui du Fonds. Octobre sera donc un mois crucial pour le fonds mondial. Après le G8, nous devons commencer à penser au mois d'octobre et aux investissements que nous comptons faire dans le fonds mondial.

Mme Irene Mathysen: Très bien. Puis, naturellement, il y a la question de la transmission de la mère à l'enfant.

Mme Christina Dendys: Oui, il y a également la transmission de la mère à l'enfant, qui peut être évitée complètement et qui tue chaque année, si ma mémoire est bonne, un demi-million d'enfants,

une situation qui peut facilement et à peu de frais être évitée si la mère peut recevoir des antirétroviraux et les médicaments nécessaires au moment de l'accouchement.

Mme Irene Mathysen: Je veux parler du genre d'aide que le Canada offre. Dans le cadre du budget de 2005 — et j'en suis très fier —, le NPD est parvenu à transformer 4,6 milliards de dollars de réduction prévue de l'impôt des sociétés en subvention pour le logement abordable, l'éducation, le transport public et 500 millions de dollars pour l'aide internationale.

Maintenant, dans le budget actuel, le gouvernement nous indique qu'il se propose de plafonner l'aide globale après 2011. Il me semble que cela va à l'encontre de tous les engagements antérieurs que nous avons pris. Nous parlons bien, mais nos paroles ne se sont pas concrétisées.

Je me demande ce que vous en pensez.

Mme Christina Dendys: Je pense évidemment que la décision de plafonner l'aide après cette année est malheureuse parce que cela touche ce domaine et je pense que nous ne pouvons plus penser que quelque chose qui arrive « là-bas » est quelque chose qui arrive seulement là-bas. Nous vivons dans un monde interrelié. Ce qui arrive en Afrique ou ce qui arrive dans les régions rurales du Mexique, où l'épidémie de H1N1 a débuté, a de l'importance ici aussi. C'est un monde où les frontières existent de moins en moins et, chose certaine, il n'y a pas de fondations solides entre les pays.

Alors, je pense qu'il est malheureux que l'on ait décidé de plafonner l'aide. J'espère, et encore une fois, c'est une question à plus long terme pour le comité, qu'en ce qui concerne le rôle du Canada au-delà du G8, nous travaillerons à faire renverser cette décision.

• (1630)

Mme Irene Mathysen: Merci.

Madame Snowdon, j'ai été très intéressée par la discussion portant sur le fait d'avoir un plan global concernant le G8. J'aimerais lire une citation de Maureen McTeer qui a comparu devant le comité le 5 mai. Elle a dit:

Dans certains pays, on se sert des lacs pour transporter les gens, tandis qu'ailleurs, des femmes en plein travail feront 30 kilomètres assises à l'arrière d'un vélo pour tenter de se rendre quelque part. Il est souvent trop tard.

Pourquoi ne s'y rendent-elles pas plus tôt? Peut-être parce qu'elles n'ont pas d'argent ou qu'elles n'ont personne pour veiller sur leurs enfants. Peut-être que leur mari leur dit des choses comme « non, je t'interdis de quitter le village »...

Cela me semble être la réalité dont nous parlons en ce qui concerne cette initiative du G8/G20. Voilà le genre de vies sur lesquelles nous voulons avoir un effet.

Alors, je me demande comment le fait d'inclure cette question de sécurité du transport dans l'ensemble fera une différence substantielle lorsque nous considérons cette réalité.

Mme Anne Snowdon: Je pense qu'encore une fois, la question est de faire participer les intervenants clé dans les pays à qui nous espérons offrir une certaine aide et de l'expertise. Le scénario que vous décrivez — par exemple, que, culturellement, les femmes ne quitteraient pas le village, peut-être, sans la permission, faute d'une meilleure façon de le dire, de leur conjoint — indique vraiment qu'il n'y a pas de solution universelle. Vous devez faire participer les intervenants clés, les chefs de la communauté dans les systèmes sur lesquels vous désirez avoir un effet. Je pense que nous devrions utiliser cela comme un principe directeur, plutôt que d'arriver avec un point de vue très occidental de la santé et de la prestation des soins de santé et des valeurs en santé. C'est quelque chose dont vous devez être conscients. Vous devez penser à faire participer ces gens qui vont recevoir votre aide pour planifier comment cette aide pourrait être apportée.

Je n'ai pas d'expertise en santé maternelle — je suis infirmière en pédiatrie —, alors, je ne peux vous donner d'opinion ou d'expertise dans ce domaine. D'après mon expérience, lorsque je travaille dans le domaine de la prévention des blessures, je fais intervenir les enfants. Je leur demande comment ils perçoivent leur sécurité à bord d'un véhicule, et ils me le disent. Cela devient une base pour informer les familles — les enfants, les mères, les parents — sur la façon d'assurer leur sécurité dans un véhicule. Ce genre de principe a donné d'excellents résultats. Je suggérerais qu'on pourrait envisager de l'utiliser à beaucoup plus grande échelle.

La présidente: Merci beaucoup, madame Mathyssen.

Nous allons passer au deuxième tour. C'est un tour de cinq minutes, comprenant les questions et réponses.

Nous allons commencer par Mme Simson, pour les libéraux.

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

J'aimerais remercier tous les témoins pour leurs exposés très intéressants.

J'aimerais commencer par parler de quelque chose que ma collègue, Mme McLeod, a dit. C'était au sujet du changement de discours, d'abord et avant tout.

Le premier ministre a chargé le discours en devenant sélectif quant aux engagements qu'il allait honorer. La déclaration du G8, signée par notre premier ministre en Italie, comprenait une gamme étendue d'interventions génésiques qui, franchement, comprenaient la planification familiale et l'avortement. C'est ce document qui constitue la base de l'initiative du G8 de cette année, et non une définition de l'OMS.

Alors, ma question est la suivante: étant donné que vous avez dit appuyer une approche globale, ne seriez-vous pas d'accord pour dire que cela est peut-être en train de devenir une approche à la carte, selon ce que votre gouvernement aimerait faire, et que cela irait à l'encontre de ce consensus au sujet d'une approche globale, et ce faisant, cela réduirait son efficacité de manière très prononcée?

La présidente: Nous allons commencer par Mme McWilliam.

Mme Cicely McWilliam: Pour être honnête, je décide de garder le silence sur cette question, en grande partie parce qu'il y a une raison pourquoi en tant que groupe, et en particulier Aide à l'enfance Canada, nous nous sommes concentrés, dans notre mémoire, sur les travailleurs en santé communautaire. C'est parce que nous estimions vraiment que c'est là que se trouve le besoin.

Ce n'est pas que nous n'appuyons pas l'idée d'une approche globale. Nous sommes membre du Partenariat de la santé de la mère,

du nouveau-né et de l'enfant, et à ce titre, nous avons certainement appuyé l'énoncé de mission global.

Mais du point de vue du travail que nous faisons, ce que nous voyons...

• (1635)

Mme Michelle Simson: Oui, vous avez dit dans votre témoignage que votre organisme n'offrirait pas de services d'avortement.

Mme Cicely McWilliam: C'est exact, mais au-delà des services que nous offrons, je parle de ce que nous voyons sur le terrain et le fait qu'environ 85 p. 100 des femmes qui meurent ne meurent pas à cause de l'avortement ou d'une raison liée à l'avortement.

Ce sont là toutes des raisons pour lesquelles nous avons estimé qu'il était important de nous concentrer sur le fait de fournir des sages-femmes compétentes...

Mme Michelle Simson: Vous voulez dire qu'elles ne meurent pas en raison du manque d'accès à l'avortement?

Mme Cicely McWilliam: Non, non, 85 p. 100 meurent à cause du manque d'accès à des sages-femmes compétentes, à cause de la sepsie, etc.

Mme Michelle Simson: Je ne veux pas vous interrompre, mais il s'agit d'un tour de cinq minutes, alors, je veux donner l'occasion à d'autres témoins de parler.

Mme Cicely McWilliam: Je comprends. Mais c'est pourquoi je suis demeurée silencieuse, dans l'ensemble.

La présidente: Madame Dendys.

Mme Christina Dendys: Je ne pense pas qu'en fait, vous soyez demeurée silencieuse. Je pense que c'était une bonne réponse.

Nous nous sommes concentrés sur le fait que la valeur ajoutée pour le Canada serait des travailleurs de première ligne, parce que nous avons pensé que c'est là où nous pouvions avoir un effet important sur les plus pauvres là où ils vivent.

Mais en termes d'approche globale, ce que j'ai entendu dans cette réunion des ministres du développement, c'était qu'en vertu de l'initiative du G8 dans son ensemble, les pays auront l'occasion d'investir là où ils croient avoir le plus d'effet, d'après leurs compétences et leur capacité, et que l'approche du Canada serait axée sur la contraception et d'autres types d'interventions, mais pas nécessairement l'avortement.

Mme Anne Snowdon: Je n'ai rien d'autre à ajouter.

La présidente: Madame Fuselli.

Mme Pamela Fuselli: Non, cela est certainement en dehors de mon domaine d'expertise. Certainement, nous mettons l'accent sur les enfants.

La présidente: Merci.

Vous avez une minute et demie.

Mme Michelle Simson: Si vous mettez l'accent sur les enfants, est-ce que vous rejetez les données qui indiquent que l'accès à des avortements sûrs et à la conception pourrait permettre de prévenir jusqu'à 40 p. 100 des décès maternels, ce qui a un effet direct sur un enfant, qui peut mourir du fait que sa mère est morte?

Mme Pamela Fuselli: La question est entièrement en dehors de mon domaine d'expertise.

La présidente: Madame Dendys, voulez-vous répondre à cela? Vous sembliez...

Mme Christina Dendys: Je suis désolée, je ne sais pas à qui cela s'adressait.

Vous avez dit qu'une grande proportion de femmes meurent à cause du manque d'accès à des soins contraceptifs. Ce que nous préconisons en ce qui concerne ces travailleurs de la santé de première ligne, c'est certainement la capacité d'offrir une gamme complète de services en termes de contraception, de planification familiale et d'espacement des grossesses.

La présidente: Vous avez 30 secondes.

Mme Michelle Simson: L'autre partie de la question était la suivante: si les mères meurent, si 40 p. 100 des décès maternels sont attribuables au manque d'accès à des avortements sûrs, parce qu'elles se jettent en bas des toits, ne seriez-vous pas d'accord pour dire que cela a un effet direct sur la vie des enfants?

Mme Cicely McWilliam: Je suis désolée, je n'ai pas entendu ces données statistiques; alors, je peux en parler.

Les données que j'ai entendues répéter, c'est que cela se situe aux environs de 15 p. 100 des femmes. Ce n'est pas rien, loin de là. Je ne veux pas donner l'impression que je pense que c'est un chiffre acceptable. Mais comme je l'ai dit, parce que la majorité des femmes, selon les données statistiques, que nous avons vues et avec qui nous avons travaillé en tant qu'organisme, meurent à cause de problèmes liés au fait d'amener la grossesse à terme et à des problèmes liés à l'accouchement et survenant après l'accouchement, c'est là que nous avons estimé que l'accent devrait être.

La présidente: Merci.

Je vais donner la parole à la deuxième personne sur la liste. Il s'agit de Mme Wong, pour les conservateurs.

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

Merci, mesdames, d'être venues témoigner devant le comité.

Je pense que nous avons examiné quelque chose de très important. Je suis d'accord pour dire qu'il y a beaucoup d'effets culturels dans le fait que certains enfants ne sont pas bien protégés. Lorsque j'étais au Swaziland, lorsque j'étais dans certaines régions éloignées de Chine, j'ai vu des enfants qui n'étaient pas du tout protégés sur la plupart des routes dangereuses. Je vous félicite de l'excellent travail que vous avez fait.

De la même manière, le programme mondial, de même que l'influence des réseaux sociaux, sont importants. Toutefois, j'aimerais également examiner certaines des questions que vous avez soulevées dans vos exposés plus tôt.

À l'heure actuelle, pour les enfants, pour les mères, et également pour améliorer leur vie et nous assurer qu'ils sont en santé — cette question s'adresse à tout le monde —, quel est le rôle de la nutrition, de l'eau propre et de la vaccination pour prévenir la mortalité maternelle et infantile? Nous savons qu'au Canada, ce sont là des questions très importantes et nous sommes capables de nous en occuper. Qu'en est-il à l'échelle internationale? Quel est leur rôle, d'après vous, d'après votre expérience?

• (1640)

Mme Cicely McWilliam: Il est indéniable que l'eau propre joue un rôle extrêmement important. Elle prévient la maladie diarrhéique, par exemple. La sous-alimentation, la malnutrition est un facteur sous-jacent dans un grand nombre de maladies dans tous les domaines, y compris la pneumonie, mais également le VIH-sida, etc. De toute évidence, elle a un effet négatif dans l'ensemble des sphères de la santé. Il est clair que le fait d'éliminer la sous-alimentation est important et de même que le fait de fournir de l'eau propre et des

mesures d'hygiène, si vous voulez non seulement réduire ces chiffres, mais également les réduire de manière durable dans l'avenir.

Mme Alice Wong: Madame Dendys?

Mme Christina Dendys: Je me ferai l'écho des propos de Cicely. La nutrition est un facteur absolument crucial, mais elle fait partie d'un ensemble intégré qui doit être offert — non pas un élément unique, mais un ensemble intégré. Les enfants ne meurent pas simplement de malnutrition; ils meurent d'un certain nombre de causes différentes à différents moments. Nous devons nous assurer qu'il y a un ensemble intégré d'interventions qui est offert pour sauver des vies.

Mme Alice Wong: Oui. Je vous félicite également pour le beau graphique que vous avez présenté concernant un continuum des soins du foyer jusqu'à l'hôpital, qui, en fait, est également important dans les pays en développement où j'ai travaillé auparavant.

Dans le foyer, vous avez la mère, le nouveau-né, le mari, les beaux-parents, les femmes et d'autres. Pouvez-vous nous parler davantage de cette question? À quel point est-il important pour ces personnes qui vivent dans les pays en développement d'avoir accès à du personnel médical bien formé?

Mme Cicely McWilliam: Vous avez peut-être remarqué qu'une des choses dont nous parlons dans le cas du foyer... c'est là que nous disons que des sages-femmes traditionnelles et des travailleurs en santé communautaire peuvent avoir un effet important.

Un exemple très intéressant vient de l'Inde où des femmes locales respectées — qui n'étaient pas des professionnels de la santé, mais qui étaient des femmes mariées, et qui étaient respectées dans la collectivité — ont reçu une formation, se sont rendues dans des collectivités et ont créé des groupes de femmes, essentiellement, dans lesquelles elles ont partagé de l'information, se sont montrées des choses les unes aux autres et ont agi en tant qu'animatrices clés. Dans ces collectivités, le taux de mortalité des nouveau-nés a chuté de 45 p. 100.

Il y a beaucoup d'exemples de cela. Au Bangladesh, nous avons des travailleuses en santé communautaires. Au Népal, il y avait également des animatrices, ainsi qu'en Bolivie. Nous le voyons ici, en fait; nous voyons des clubs et des groupes d'allaitement qui fournissent du soutien en matière d'allaitement et qui s'entraident. Nous le voyons en santé publique, nous n'y pensons peut-être pas, mais il y a des groupes issus de la santé publique qui donnent des conseils en matière d'allaitement.

Nous le faisons ici et elles peuvent le faire là-bas. Elles ont simplement besoin d'une certaine formation et d'un certain soutien pour formaliser tout cela.

La présidente: Il vous reste 20 secondes.

Mme Alice Wong: Alors, c'est ce que les pays dans lesquels vous avez travaillé vous ont dit.

Mme Cicely McWilliam: Je suis désolée?

Mme Alice Wong: Alors, voilà quel est votre expérience à l'échelle internationale? Est-ce que ce sont là les besoins?

Mme Cicely McWilliam: Oui.

Mme Alice Wong: Merci.

La présidente: Merci, madame Wong.

C'est maintenant au tour de Mme Demers du Bloc.

[Français]

Mme Nicole Demers (Laval, BQ): Merci, madame la présidente. Mesdames, je vous remercie de votre présence.

Pour parvenir à atteindre le cinquième objectif du millénaire pour le développement, l'Organisation mondiale de la Santé nous dit que les taux de mortalité maternelle devront baisser à un rythme bien plus rapide que ce qu'ils ont été entre 1990 et 2005 et que, pour arriver à cet objectif, il faudrait accorder une attention plus grande aux soins de santé destinés aux femmes, aux soins de prévention de grossesses non désirées, aux soins liés aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, et avoir la certitude que les femmes peuvent avoir des prestations de soins obstétriques de qualité pendant la grossesse et l'accouchement.

Un septième des femmes actuellement en Afrique meurt des causes d'avortements mal faits, non sécuritaires, ou en accouchant. Près de 1,7 million de femmes par année ont des avortements qui les laissent blessées, mutilées, incapables d'avoir des enfants par la suite ou meurent parce qu'elles ont des enfants par la suite. C'est un total de 45 000 femmes qui meurent par année.

Vous avez dit que c'était *nothing to sneeze at*. Toutes ces femmes n'ont-elles pas le droit comme toute femme voulant avoir des enfants de rester en vie aussi et de pouvoir viser à avoir un enfant un jour quand elles sont prêtes à l'avoir?

Ne croyez-vous pas que de s'assurer que toutes les femmes peuvent vivre et survivre tant à une grossesse qu'à un accouchement ou à un avortement de grossesse non désirée doit aussi faire partie de notre objectif en tant que pays?

• (1645)

[Traduction]

Mme Cicely McWilliam: Premièrement, comme je l'ai dit auparavant, Aide à l'enfance est membre du partenariat, et nous appuyons l'idée d'une aide globale en matière de soins génésiques ou de soins de santé totaux. Ce que je disais au sujet de l'accent qui a été placé dans ce mémoire, c'est, encore une fois, que c'est là que les organismes qui ont rédigé ce mémoire s'entendaient pour dire que se trouvait la valeur ajoutée pour le Canada. Encore une fois, le G8 dans son ensemble s'occupera des soins génésiques...

[Français]

Mme Nicole Demers: Je regrette madame. Je n'ai pas lu votre document. Je n'ai pas eu le temps de le lire parce qu'on vient de le recevoir. Je vous pose une question très simple.

Vous avez dit que vous conveniez que tous les soins soient accordés. Je ne conviens pas que les soins qu'on accorde aux femmes d'ailleurs soient moindres que ceux qu'on accorde aux femmes d'ici. Je regrette.

Mme Dendys, j'aimerais connaître votre opinion à ce sujet s'il vous plaît.

[Traduction]

Mme Christina Dendys: Je ne suis pas d'accord avec vous, dans ce sens que toutes les femmes devraient avoir accès à la santé. Ce sur quoi on nous a demandé de faire un exposé, c'était sur la question suivante: où nous pensions que la valeur ajoutée se trouvait et où nous pensions que nous pouvions avoir un effet très important sur la grande majorité des femmes et des enfants qui meurent. Collectivement, nous avons déterminé, à partir de l'expertise de mes collègues ou de l'expertise des groupes, que les soins communautaires et les travailleurs de la santé de première ligne peuvent avoir un effet très important et donner une valeur ajoutée très marquée au continuum des soins.

Un problème plus important lié à ce dont vous discutez, en ce qui a trait à la gamme complète des choix génésiques, c'est qu'un des

défis dans 90 p. 100 des pays africains, c'est qu'il n'y a pas d'accès à l'avortement. C'est illégal.

Mme Nicole Demers: Madame Dendys, je comprends...

Mme Christina Dendys: Je veux dire qu'il y a des façons d'aborder cette question par l'intermédiaire de l'ONU, et d'autres manières également, mais je dis simplement qu'on nous a demandé de faire un exposé ici sur ce qui était, à notre avis, la valeur ajoutée pour le Canada. Alors, c'est là-dessus que portait notre exposé.

[Français]

Mme Nicole Demers: Je comprends que vous êtes subventionnée, probablement, et que vous ne pouvez pas parler. C'est clair.

[Traduction]

La présidente: Il vous reste une minute.

[Français]

Mme Nicole Demers: Non merci, madame la présidente.

Ça ne me donne rien d'être ici, aujourd'hui, après avoir entendu ce que j'ai entendu.

[Traduction]

La présidente: Merci, madame Demers.

Mme Mathysen du NPD.

Mme Irene Mathysen: Merci, madame la présidente.

J'ai une autre question portant sur le consensus dans la communauté internationale. Nous avons de toute évidence examiné les OMD 4 et 5, et nous entendons sans cesse dire que les pays développés ne parviennent pas à réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement.

Quel est votre perception de ces objectifs? Sont-ils réalisables, comment et quelle est la meilleure explication de l'incapacité à les atteindre?

J'aimerais commencer, si c'est possible, par Mme Snowdon.

Mme Anne Snowdon: J'aborderai surtout la question de la capacité en matière de professionnels de la santé. Dans n'importe quel pays, les professionnels de la santé sont les intervenants du système de santé qui prodiguent des soins à ceux qui en ont besoin. Le plus grand défi que nous devons relever selon moi au cours des 5 à 10 prochaines années (donc, à très court terme), sera d'éviter la pénurie de professionnels de la santé qualifiés à l'échelle mondiale, et les pays développés devront relever ce défi au même titre que les pays en développement.

Sommes-nous en mesure d'atteindre les objectifs? Je crois que nous risquons fort de ne pas y arriver, et ce, pour de nombreuses raisons. Un des plus grands défis qui nous attendent sera d'être capable d'offrir des soins de santé par l'entremise de travailleurs de la santé formés, qualifiés et compétents, qu'il s'agisse d'infirmières autorisées, de médecins, de spécialistes, ou de travailleurs de l'aide communautaire. J'estime que c'est un des plus grands défis auxquels nous sommes confrontés.

• (1650)

Mme Christina Dendys: Je crois que ces objectifs seront atteignables si nous voulons qu'ils le soient. Et j'espère que nous prendrons les mesures nécessaires pour y arriver, car comme ma collègue l'a si bien dit dans sa présentation, il est extrêmement tragique que 1,4 milliard de personnes vivent avec moins de 1 \$ par jour dans le monde. Pour elles, le luxe c'est d'avoir une cabane dans un bidonville, ou d'avoir accès à une toilette. Pour moi, c'est une situation épouvantable et aberrante.

À mon avis, c'est un manque mondial de volonté politique, car on choisit de mettre nos priorités ailleurs. Il faut bâtir cette volonté politique et nous dresser pour dire que la situation est inacceptable. Si nous pouvons envoyer un homme sur la lune, nous pouvons sûrement éviter que des enfants d'Afrique ne meurent parce qu'ils n'ont pas accès à des médicaments qui ne coûtent que quelques sous.

Mme Irene Mathyssen: D'accord.

J'aimerais qu'on parle un peu de la taille des familles. En Amérique du Nord, nous venons tout juste de célébrer les 50 ans de la pilule contraceptive, et les familles sont beaucoup moins nombreuses qu'elles étaient. Cet avènement a été synonyme de sécurité économique et de bienfaits au niveau de la santé. D'ailleurs, une étude a démontré récemment que les femmes qui prenaient des anovulants avaient une plus grande espérance de vie et qu'elles étaient moins à risque de développer certaines formes de cancer. Mais surtout, cela leur a permis de prendre le contrôle de leur propre fertilité. Bien souvent, la réalité est toute autre dans les pays en développement.

Quels sont les impacts d'une famille nombreuse sur les femmes, ou sur l'unité familiale, en ce qui a trait aux ressources disponibles? Vous nous avez donné un aperçu de la situation. Ces ressources sont pratiquement inexistantes. Quelles répercussions a sur les enfants le fait que les femmes n'ont aucun moyen de décider du nombre d'enfants qu'elles vont avoir? On parle de malnutrition, de maladies et de piètres conditions de vie.

Mme Cicely McWilliam: Je crois que vous avez assez bien résumé la situation. Pour les femmes qui vivent dans la pauvreté, le fait d'avoir une famille nombreuse a des répercussions sur la santé et la nutrition de l'unité familiale, car les aliments peuvent se faire plus rares, entre autres. De toute évidence, la contraception est un volet très important de l'initiative sur la santé maternelle, néonatale et infantile, et c'est une question qui tient grandement à coeur à notre groupe et que nous défendons avec ardeur, car il est absolument impératif que les femmes puissent espacer les naissances, pour qu'elles soient en mesure de contrôler leur vie reproductive et de décider du nombre d'enfants qu'elles vont avoir. Nous pensons que c'est un aspect crucial et que la contraception est un volet important de l'initiative sur la santé maternelle, néonatale et infantile.

J'espère que cela répond à votre question.

Mme Christina Dendys: Permettez-moi simplement d'ajouter que de nombreuses études ont démontré que lorsque les taux de mortalité infantile ou néonatale diminuent, les taux de fertilité diminuent également. Je tenais simplement à faire ce lien.

Mme Irene Mathyssen: Alors devons-nous absolument offrir aux femmes tous les moyens possibles pour leur permettre de contrôler la taille de leur famille?

La présidente: La personne qui va répondre à cette question devra se contenter d'un oui ou d'un non, car notre temps est écoulé pour cette ronde.

Mme Christina Dendys: Oui.

Mme Cicely McWilliam: Oui.

La présidente: La dernière question revient à Mme Brown, pour le Parti conservateur.

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

Chris, permettez-moi d'abord de vous remercier de m'avoir permis de vous accompagner au Bangladesh l'an dernier. Ce fut une merveilleuse expérience des plus enrichissantes pour moi, et qui m'a

permis d'avoir une vision toute nouvelle de ce que nous devons faire à l'échelle mondiale.

Vous nous avez parlé toutes les deux de la prévention, en nous disant à quel point c'était important. J'aimerais qu'on aborde un problème qui touche plusieurs des pays dont nous parlons, particulièrement l'Afrique.

Je ne sais pas combien d'entre vous avez lu le livre *L'infidèle*, de l'auteure Ayaan Hirsi Ali. Dans ce livre, elle parle en détail de ce qu'elle a vécu lorsque sa grand-mère les a forcées, elle et sa soeur, alors âgées de 9 et 11 ans, à subir une mutilation génitale féminine. C'est un récit brutal. On fait des points de suture à ces jeunes filles pour que plus tard un homme puisse en tirer des plaisirs sexuels. Mais les jeunes filles vont en payer le prix toute leur vie: infections urinaires, et infections de toutes sortes. Les effets psychologiques et physiques de cette coutume sont horribles.

Quand on parle de prévention et de ces jeunes filles qui tombent enceintes, on se rend compte qu'elles n'ont accès à aucun soin médical. Mais qu'en serait-il si on avait un professionnel de la santé au village, peu importe son niveau de formation?

Chris, vous et moi avons vu des femmes agir comme *sasthya sabika* au Bangladesh. Elles étaient notamment formées pour traiter la tuberculose. Quels seraient les avantages d'avoir une sage-femme formée pour assister ces jeunes filles dans les pays où cette culture n'est pas près de changer, si jamais on arrive un jour à la changer? Ce devra être une stratégie à long terme. De quelle façon une stratégie préventive pourrait-elle influencer sur la santé de ces jeunes filles?

• (1655)

Mme Cicely McWilliam: Save the Children travaille en fait sur le terrain avec différents partenaires. Nous avons d'ailleurs un programme qui traite de la mutilation génitale féminine. Je dirais que c'est au Burkina Faso, mais je ne me rappelle pas où exactement. La meilleure façon de décourager cette pratique reste souvent d'en parler et de fournir des arguments en matière de santé, pour faire comprendre que cette pratique ne cause pas seulement du mal à la mère, mais aussi à l'enfant. Elle peut entraîner la mortalité et des problèmes à l'accouchement.

Encore là, les efforts doivent provenir de la communauté; ils ne peuvent venir de l'extérieur. La communauté doit se faire ses propres arguments. Quand on peut compter sur des travailleurs de la santé qualifiés issus de la communauté, des gens qui comprennent les implications d'un tel geste sur la santé, il est souvent plus facile de convaincre l'ensemble de la communauté, et de convaincre les autres femmes. Il faut se rappeler que ce sont des femmes, des mères et des grands-mères, qui pratiquent cette...

Mme Lois Brown: Mutilation.

Mme Cicely McWilliam: Oui. Je peine à prononcer le mot.

L'éducation doit donc se faire par d'autres femmes.

Mme Lois Brown: Pourrions-nous éviter des décès maternels causés par cette pratique si nous pouvions compter sur quelqu'un pour sensibiliser les femmes?

Mme Cicely McWilliam: Je ne pourrais pas vous donner de pourcentage. Mais j'imagine qu'on pourrait effectivement éviter des décès maternels si nous pouvions prévenir ce genre d'atrocité. Mais je ne pourrais pas vous donner de chiffres comme ça, de but en blanc.

Mme Lois Brown: Me reste-t-il du temps, madame la présidente?

La présidente: Il vous reste une minute.

Mme Lois Brown: Merci.

Madame McWilliam, vous nous avez dit plus tôt qu'ils avaient réduit leur taux de mortalité infantile de 50 p. 100. Je crois que j'ai manqué quelque chose. Quel investissement a permis d'arriver à cette réduction, et que faudrait-il faire pour répéter cette réussite?

Mme Cicely McWilliam: Je vais probablement devoir vous revenir là-dessus. Je n'ai pas dans mes notes l'investissement qui a permis d'arriver à ce résultat.

C'est dans le rapport *State of the World's Mothers*. J'en ai une copie. Je ne peux malheureusement pas la distribuer à tout le monde, car il n'est pas traduit. Si vous le voulez, je peux vous le donner plus tard, puis je peux vous revenir avec la réponse à votre question, si cela vous convient.

Mme Lois Brown: Merci. Ce serait apprécié.

La présidente: Merci.

C'est ce qui met fin à cette ronde de questions.

Je tiens à remercier nos témoins d'avoir accepté notre invitation. J'en profite à l'occasion pour poser une question, parce qu'en tant que présidente, je n'en pose pas beaucoup.

Voici ce que j'aimerais que vous me disiez. Je sais que la question a été posée, mais je n'ai pas entendu la réponse. Je suis médecin de formation, et pour moi, le terme « exhaustif » renvoie à la gamme complète des services offerts à la population. Je note que vous avez indiqué que le travail des intervenants de première ligne était important, et je suis d'accord avec vous. Il est essentiel d'avoir un système de santé de base qui fonctionne. Ce sont deux éléments absolument prioritaires, mais je ne comprends pas comment on peut prétendre être en mesure d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en axant nos efforts sur ces deux volets uniquement, sans veiller à ce que la gamme complète des services soit disponible.

Mme Cicely McWilliam: Je ne voulais pas dire qu'il faut se concentrer uniquement sur ces deux aspects. C'est simplement que c'est là où le Canada pourrait trouver une valeur ajoutée. Cela ne signifie pas qu'il faut oublier le reste. C'est justement ce que nous voulons faire valoir. Nous mettons l'accent sur cet aspect, car nous croyons que les besoins sont là.

• (1700)

La présidente: Je comprends.

Madame Dendys, voulez-vous ajouter quelque chose?

Mme Christina Dendys: Je suis entièrement d'accord avec Cicely. L'initiative globale du G8 (et même au-delà, car tout ne sera pas réglé en juin) porte sur le continuum complet des soins. Notre mémoire est axé sur les secteurs auxquels le Canada pourrait précieusement contribuer.

La présidente: Madame Snowdon.

Mme Anne Snowdon: Selon moi, le terme « exhaustif » pourrait aussi renvoyer à un certain équilibre. Par exemple, 3 000 personnes vont mourir dans un accident de la route aujourd'hui à l'échelle mondiale, et il y en aura encore 3 000 demain, et encore le surlendemain. On parle de 1,2 million de victimes chaque année. J'estime que pour atteindre un certain équilibre, il faut s'attaquer à tout ce qui met en péril la santé des femmes et des enfants.

La présidente: Madame Fuselli.

Mme Pamela Fuselli: Je suis d'accord avec Mme Snowdon pour dire qu'il faut intégrer la prévention des blessures dans cette approche exhaustive. Si on veut réduire les taux de mortalité infantile partout dans le monde, la prévention des blessures doit faire partie de la solution.

La présidente: Merci beaucoup.

Merci à nos témoins d'être venues nous voir.

Madame McLeod.

Mme Cathy McLeod: Je sais que par le passé vous avez permis à des témoins de nous présenter une conclusion de une minute quand le temps le permettait. Je crois que le comité n'a pas tellement de travaux à examiner à huis clos, alors je me demandais si nous avions le temps d'entendre la conclusion de nos témoins?

La présidente: Nous avons une motion à débattre, et vous savez qu'il peut falloir beaucoup de temps à ce comité pour arriver à un consensus, tout dépendant de la motion.

Par contre, je ne sais pas si cette motion pourra être présentée, puisque son auteure n'est pas ici.

Mme Cathy McLeod: Son remplaçant est ici.

La présidente: Le comité devra décider s'il souhaite que le remplaçant présente la motion.

Mme Cathy McLeod: Je crois que le Règlement permet qu'un remplaçant présente une motion.

Je parle toutefois de la pratique concernant les conclusions.

La présidente: Effectivement, le Règlement le permet. Mais je me souviens que ce comité avait refusé que le remplaçant de Mme Mathysen présente une motion à sa place, parce que c'est ainsi que le comité avait décidé de fonctionner.

Je fais donc uniquement référence aux pratiques de ce comité.

Mme Cathy McLeod: Oh, je crois que nous suivons le Règlement, madame la présidente.

La présidente: Peut-être, mais le comité s'entend toujours à sa toute première réunion sur les procédures qu'il veut suivre. Notre comité a décidé de ne pas se plier à différents articles du Règlement. Par exemple, nous n'avons pas de comité de direction qui décide de nos travaux futurs. Notre comité a pris de nombreuses décisions concernant ses méthodes de travail et la façon dont il permet à des personnes qui ne sont pas membres du comité de prendre la parole. Nous devons obtenir le consentement unanime du comité.

C'est ce qu'a décidé le comité, et les comités sont libres d'établir leurs propres méthodes de travail. Aucun autre comité auquel j'ai siégé ne suit les règles que suit ce comité.

Je voulais simplement le mentionner.

Il nous reste maintenant 25 minutes sur les 30 minutes qui avaient été allouées à l'étude des travaux du comité. Je remercie encore une fois nos témoins de leur présence. Merci beaucoup.

Est-ce que le comité consent à ce que M. Watson présente la motion de Mme Boucher?

Des voix: D'accord.

La présidente: Très bien. Je vais lire la motion de Mme Boucher, et M. Watson pourra la commenter.

Le comité doit en fait poursuivre ses travaux à huis clos.

Est-ce que le motionnaire désire que la séance se poursuive à huis clos?

M. Jeff Watson (Essex, PCC): Est-ce nécessaire?

La présidente: Non, ce n'est pas nécessaire.

M. Jeff Watson: Nous pouvons continuer en séance publique.

La présidente: C'est très bien. D'accord, c'est ce que nous ferons.

La motion se lit comme suit:

Que le comité, dans le cadre de la motion adoptée lors de la réunion du mercredi 28 avril 2010, invite également en tant que témoins pour la réunion du mercredi 26 mai 2010, un nombre égal de groupes qui ont reçu du financement de la liste totale des 78 groupes ayant reçu du financement en 2009-2010 par le biais de Condition féminine Canada.

Monsieur Watson, vous pouvez commenter la motion.

• (1705)

M. Jeff Watson: Merci, madame la présidente.

Je vais tout simplement ouvrir les discussions. Je présume que les membres du comité voudront débattre du fond de la motion. Je ne voudrais pas aller plus loin que Mme Boucher ne serait allée.

La présidente: Madame Mathysen, vous avez la parole.

Mme Irene Mathysen: Merci.

Madame la présidente, je dois vous avouer qu'il est très difficile de trancher. Comme la motion l'indique, quelque 78 groupes ont apparemment reçu du financement en 2009-2010. Nous avons demandé plusieurs fois de voir la liste des groupes financés, et on nous a seulement communiqué le nom de trois d'entre eux.

Je crois qu'il serait en effet très utile de savoir qui a bel et bien obtenu des fonds, et quand nous aurons vu cette liste, nous pourrions prendre une décision. Mais tant qu'on ne nous l'aura pas fournie, je crois que ce sera extrêmement difficile de trancher.

La présidente: Madame Brown.

Mme Lois Brown: Madame la présidente, je signale tout d'abord que Condition féminine Canada a émis un communiqué de presse énumérant les 78 groupes financés.

J'aimerais cependant proposer un amendement favorable à cette motion.

La présidente: Monsieur Watson.

M. Jeff Watson: Cela me convient.

Une voix: [Note de la rédaction: Inaudible]

La présidente: Si le motionnaire accepte l'amendement tel quel et qu'il ne souhaite pas en débattre, cela ne pose pas de problème.

Madame Brown.

Mme Lois Brown: Voici donc comment se lirait la motion amendée:

Que le Comité permanent de la condition féminine, dans le cadre de la motion adoptée lors de la réunion du mercredi 28 avril 2010, invite également en tant que témoins pour la réunion du mercredi 26 mai 2010, trois groupes de chacune des cinq régions de financement (nationale; Atlantique; Québec et Nunavut; Ontario; Ouest, Territoires du Nord-Ouest et Yukon), que choisira le comité d'après la liste des 78 groupes ayant reçu du financement en 2009-2010 par le biais de Condition féminine Canada-Fonds communautaire pour les femmes, étant donné que le comité invite des groupes qui n'ont pas obtenu de financement au cours de cette même année financière par l'entremise du fonds.

La présidente: Ce n'est pas un amendement favorable, puisqu'il modifie en partie l'intention de la motion.

Mme Lois Brown: C'est tout simplement pour inclure ces autres groupes.

La présidente: Eh bien, cela modifie l'objet de la motion. Celle-ci visait un nombre égal de groupes, et si vous demandez un certain nombre de groupes de chaque région, la parité pourrait être dépassée.

Mme Lois Brown: On espère ainsi rendre le processus plus équitable d'un bout à l'autre du pays. C'est l'objectif.

La présidente: Je vais lire l'amendement...

Voulez-vous parler de l'amendement, madame Demers?

[Français]

Mme Nicole Demers: Oui, madame la présidente.

Il y aurait cinq régions et trois groupes par région. On parle donc de 15 groupes qui ont reçu du financement et de 15 groupes qui n'en ont pas reçu, ce qui fait un total de 30 groupes. Or la réunion dure deux heures. Je ne sais pas si on va pouvoir leur accorder une minute chacun.

[Traduction]

La présidente: Et recevoir 30 groupes lors d'une séance de deux heures sera très difficile.

Mme Lois Brown: Eh bien, il s'agit de 15 groupes.

La présidente: Il y en aura 30; si l'on a 15 groupes qui ont reçu du financement et 15 groupes qui n'en ont pas reçu, cela fait 30 groupes.

[Français]

Mme Nicole Demers: Elle vient de suggérer trois groupes qui viennent de cinq régions et qui ont reçu du financement.

[Traduction]

La présidente: Vous proposez donc qu'on s'en tienne aux quatre groupes n'ayant pas reçu de financement et qu'on ajoute 15 groupes qui en ont reçu. Vous vous rendez compte que vous laissez tomber la notion d'égalité qui apparaît dans cette motion. Vous en êtes consciente. Donc, il ne s'agit pas d'un amendement favorable.

La motionnaire n'est pas parmi nous. Il est tout à fait logique que celle qui a proposé la motion se prononce à son sujet; elle sait exactement quel était son objectif et si elle souhaite que la motion en rende compte ou non.

Madame Boucher n'est pas ici pour nous dire si elle accepterait qu'on abandonne la notion d'égalité pour aller plutôt vers ce que je considère être un nombre considérable de personnes financées par rapport à un petit groupe de personnes n'ayant pas reçu de financement. Ce n'est certainement pas égal.

J'aimerais demander à celui qui propose la motion si le fait que le nombre ne soit plus égal le dérange?

M. Jeff Watson: J'étais presque sur le point d'invoquer le Règlement. Je me disais qu'en tant que proposeur de la motion, c'est à moi, et non à la présidente du comité, qu'il revient de dire s'il s'agit d'un amendement favorable.

La présidente: Mais cet amendement enlève le mot « égal ».

M. Jeff Watson: Madame la présidente, je suis tout à fait à l'aise avec cet amendement favorable.

La présidente: Ainsi donc, cet amendement favorable vous convient.

• (1710)

M. Jeff Watson: C'est exact.

La présidente: Bien.

Donc, si cela vous va, nous allons lire la motion modifiée.

Dans ce cas, la motion — en réalité, c'est une nouvelle motion — se lit comme suit:

Que le Comité permanent de la condition féminine, dans le cadre de la motion adoptée lors de la réunion du mercredi 28 avril 2010, invite également en tant que témoins pour la réunion du mercredi 26 mai 2010, trois groupes de chacune des cinq régions de financement (nationale; Atlantique; Québec et Nunavut; Ontario; Ouest, Territoires du Nord-Ouest et Yukon), que choisira le comité d'après la liste des 78 groupes ayant reçu du financement en 2009-2010 par le biais de Condition féminine Canada-Fonds communautaire pour les femmes, étant donné que le comité invite des groupes qui n'ont pas obtenu de financement au cours de cette même année financière par l'entremise du fonds.

Nous demandons en fait la comparution de sept groupes, à trois reprises. Cela fait 21 groupes au total.

Si je lis votre motion, on dit que les régions sont: nationale, Atlantique, Québec, Nunavut, Ontario, les provinces de l'Ouest...

Mme Lois Brown: Il y a cinq régions, n'est-ce pas?

M. Jeff Watson: Il y a cinq groupes séparés par des points-virgules.

La présidente: D'accord: un, deux, trois, quatre, cinq.

Maintenant, nous allons débattre de la nouvelle motion.

Madame Neville.

L'hon. Anita Neville: Merci, madame la présidente.

Permettez-moi de préciser d'emblée que je m'oppose aussi bien à la motion modifiée qu'à la motion originale. Si vous le voulez bien, je parlerai uniquement de la motion modifiée.

J'ai vu la liste des 78 organismes ayant reçu du financement, mais ce n'était qu'une liste. L'information n'a pas été totalement divulguée lorsqu'elle a été publiée dans les rapports trimestriels. Dans la liste intégrale, nous aurions non seulement les noms des organismes, mais aussi le montant d'argent correspondant à chacun d'eux. Si je me souviens bien, ce n'était pas le cas. Voilà donc le premier point.

Le deuxième point, c'est qu'aujourd'hui, Mme McLeod nous a parlé de division. À la Chambre, nous avons entendu la ministre parler de dissension; et dans le cadre d'une conférence de presse, nous avons aussi pu entendre des groupes n'ayant pas reçu de financement parler de division. Tout le monde insiste sur cette notion de division des groupes de femmes.

Je dirais que la motion modifiée, peut-être même plus encore que la motion originale, dresse les groupes de femmes les uns contre les autres. Je trouve odieux que nous réunissions des gagnants et des perdants pour qu'ils nous racontent leur expérience et pour que certains puissent lancer: « nous avons été meilleurs que vous ».

Je n'appuierai tout simplement pas ce genre de pratique qui favorise la division ni, je le répète, cette façon de monter les groupes les uns contre les autres.

La présidente: Merci.

Mme McLeod est la suivante.

Mme Cathy McLeod: Merci, madame la présidente.

Je pense que dans la motion originale, on avait prévu de la place pour d'autres témoins. Il est certain que l'opposition a parlé haut et fort, peut-être avec de très... Ce que je considère comme des accusations très insultantes relativement au financement et à ce qui s'est passé à Condition féminine Canada.

Nous sommes particulièrement fiers du montant d'argent consacré au fonds ainsi que des excellents projets financés par son entremise. Alors, en effet, en ce qui concerne le déséquilibre total dans les groupes de témoins, aussi déçu qu'on ait pu être de ne pas obtenir de financement, cela n'est aucunement une façon juste de procéder par

rapport à la réalité que nous tentons de comprendre, c'est-à-dire de quelle manière Condition féminine Canada fait avancer les initiatives pour les femmes.

La présidente: Madame Brown.

Mme Lois Brown: Je pense que Mme McLeod a fort bien exprimé les choses. Si j'ai bien compris, nous tentons de déterminer quelles sont les initiatives qui connaissent du succès dans leurs communautés et qui aident vraiment les femmes à être productives et autonomes et... simplement à connaître les occasions qui sont là pour elles. Quelles sont les initiatives qui fonctionnent vraiment au Canada?

Un groupe a-t-il le droit de recevoir du financement pour toujours simplement parce qu'il en a reçu par le passé? Est-ce un droit qu'on a, ou y a-t-il de nouvelles initiatives qui méritent d'être financées et pour lesquelles on pourrait avoir besoin de capitaux de démarrage sans avoir pu en obtenir dans le passé, parce que d'autres projets avaient reçu le gros de l'argent?

Dans ma circonscription, plusieurs groupes de femmes n'ont pas réussi à avoir un financement par le passé, mais sont très désireux de fournir de nouveaux services aux femmes. On ne s'est pas occupé de les financer dans le passé... Je ne veux pas dire que tous ont réussi à avoir du financement cette fois-ci, mais simplement qu'ils ont de nouvelles initiatives, et que certains d'entre eux ont besoin de ces fonds initiaux pour démarrer leurs projets.

Je ne crois pas que nous soyons ici pour évaluer les projets en soi, mais pour voir comment on pourrait établir un équilibre d'un bout à l'autre du pays. Je suis certaine que dans toutes nos circonscriptions, il y a de nouvelles initiatives qui ont reçu des fonds, et j'aimerais beaucoup entendre des représentants de ces nouveaux projets qui sont financés.

Pourrions-nous diviser les heures?

• (1715)

La présidente: Nous anticipons un peu. Tout d'abord, nous devons adopter cette motion avant de décider combien d'heures nous y consacrerons.

Avant de céder la parole à M. Watson, j'aimerais rapidement recentrer tout le monde sur ce dont nous parlons ici exactement. La motion adoptée à l'origine, qui demandait la tenue d'une réunion spéciale, prévoyait que cette séance soit spécialement consacrée à un examen des modalités de la répartition du financement accordé par Condition féminine Canada. Et surtout, elle visait à examiner l'apparent refus du ministère d'accorder, dans le cadre de l'appel de propositions de 2009, du financement à des organismes auxquels il avait déjà versé une subvention, et à inviter l'actuelle ministre et les anciennes ministres de Condition féminine Canada et tout autre témoin que le comité souhaiterait entendre.

Donc, l'objectif de la séance est d'examiner la manière dont le financement a été distribué et de se pencher sur l'apparent refus d'accorder un financement à d'anciens bénéficiaires de Condition féminine Canada... Veuillez donc revenir à ce que disait la motion originale lorsque vous en parlez.

M. Jeff Watson: Madame la présidente, je pense que vous venez de nous donner la raison exacte pour laquelle nous voudrions convoquer les 15 groupes, si ce n'est l'ensemble des 78 groupes. Si vous voulez parler du mode de répartition du financement, c'est une raison de plus pour entendre des groupes qui ont pu obtenir des fonds. Ils ont peut-être une idée des raisons pour lesquelles leurs projets ont pu bénéficier d'un financement.

J'aimerais réagir à l'intervention de Mme Neville. Je ne vois pas pourquoi on craint d'entendre d'autres témoins potentiels et possiblement d'autres opinions. Certainement personne n'aurait d'objection à ce qu'on ait la discussion la plus étendue possible sur le financement de projets par Condition féminine Canada, à moins, bien sûr, qu'on craigne que cela ne cadre pas avec la ligne de défense de l'opposition à l'encontre du gouvernement. C'est peut-être cette crainte qui est en cause... [*Note de la rédaction: difficultés techniques*]... vu la liste de groupes mais contestent les montants qu'ils ont reçus. Y a-t-il plus belle occasion de découvrir comment ils ont été financés qu'en interrogeant les groupes eux-mêmes? Ils pourront vous le dire. Invitez les 78 groupes et demandez-leur de l'expliquer au comité. Le moment serait bien choisi, je crois, pour poser ce genre de questions.

Je doute qu'il y ait une objection logique — ou du moins, on ne l'a pas encore exprimée — qui justifierait qu'on dise non à cette motion et qu'on refuse de convoquer ces groupes particuliers.

La présidente: Madame Demers.

[Français]

Mme Nicole Demers: Merci, madame la présidente.

J'ai un peu de difficulté à comprendre. La motion de départ, que nous avons votée ici, visait à déterminer ce qui s'était passé concernant les subventions de Condition féminine Canada. Or Mme Boucher nous a demandé, dans un premier temps, d'inviter un nombre égal d'organismes ayant reçu une subvention, mais cette proposition a ensuite été modifiée. Il s'agit maintenant d'inviter 15 groupes qui ont reçu une subvention afin qu'ils nous fassent part de ce qui fonctionne vraiment au Canada. C'est ce que vous avez dit:

[Traduction]

ce qui fonctionne vraiment; voyons ce qui fonctionne vraiment au Canada.

[Français]

Ça veut dire que ces 78 organismes qui ont reçu des subventions sauraient ce que ça prend pour que ça fonctionne au Canada, tandis que les 328 autres ne le sauraient pas. Ainsi, seuls les organismes qui en ont reçu avaient raison d'en recevoir.

J'ai de la difficulté à comprendre. C'est comme si on montait les uns contre les autres les organismes qui ont reçu une subvention et ceux qui n'en ont pas reçu. Pourtant, tout ce qu'on voulait, c'était de comprendre comment il se faisait que ces organismes qui recevaient une subvention depuis 15, 20 ou 30 ans n'en recevaient plus alors que leurs objectifs étaient les mêmes qu'auparavant. Voilà la question qu'on se posait.

Je ne comprends plus. C'est certain que je voterai contre cela. Il s'agit de 20 groupes. Ça n'a plus de sens.

• (1720)

[Traduction]

La présidente: Madame Demers, je crois que la situation est celle-ci: M. Watson a accepté cette nouvelle motion, qu'on a qualifiée d'amendement favorable. Mais il ne s'agit pas d'un amendement; c'est une nouvelle motion. En fait, M. Watson a retiré sa proposition et permis à la nouvelle motion d'être déposée.

C'est donc cela qui nous occupe: la motion qui a été présentée. Je veux qu'il soit bien clair que nous parlons maintenant de la nouvelle motion de Mme Brown.

Madame Wong.

Mme Alice Wong: J'aimerais éclaircir quelques points.

Chaque fois que nous parlons du financement, nous ne cessons de répéter que les fonds ont été coupés. En réalité, si vous regardez le montant total accordé à ces groupes par Condition féminine Canada, vous verrez qu'il a doublé.

Si nous revenons à l'idée initiale derrière la tenue de cette étude, il s'agit d'examiner comment on a réparti le financement. En ce moment, c'est la redistribution des fonds qui nous intéresse.

Si nous ne considérons qu'un côté de la question sans se soucier de l'autre point de vue — ceux qui n'ont pas reçu de financement par rapport à ceux qui en ont reçu —, et si nous tenons compte uniquement de ceux qui n'ont pas accès aux fonds, le tableau sera incomplet. C'est pourquoi, à mon avis, l'esprit de la motion actuelle est fidèle à l'objectif initial de cette étude, qui est de demander aux témoins de comparaître devant nous. C'est pourquoi j'appuie cette motion.

La présidente: Madame Brown, puis madame Neville.

Nous allons manquer de temps, alors je demanderais à tout le monde de prendre note de ce qui a déjà été dit et d'intervenir seulement pour ajouter quelque chose de nouveau.

Mme Lois Brown: Pour en revenir à ce que disait Mme Neville, j'espère que nous examinerons cette répartition car, personnellement, je considère que ce sera instructif. Dans ma circonscription, tout comme dans les vôtres, il y a peut-être des organismes qui se demandent s'ils auraient dû mettre autre chose dans leur proposition, ou encore quels étaient les éléments qui manquaient. Qu'est-ce qui les aiderait à obtenir du financement une autre année?

Donc, il s'agit d'examiner la réallocation des fonds. Il n'y a pas moins, mais plus d'argent dans le fonds. Quelle a été la réallocation de l'argent, et le fait qu'on ait pu obtenir un financement par le passé donne-t-il le droit d'en recevoir? Je pense que c'est cela que nous examinons.

La présidente: Silence, s'il vous plaît.

Oui, madame Neville.

L'hon. Anita Neville: Merci.

Permettez-moi de dire dès le départ que je ne crains en aucune façon d'entendre ou de voir qui que ce soit, et que je n'ai pas du tout peur que cela nuise à une ligne de défense, ou peu importe comment vous voulez l'appeler.

Ce qui me préoccupe... et nous l'avons entendu. Je pense qu'il est improbable que l'ancienne ministre témoigne devant nous, mais lorsqu'elle était ici, à sa dernière comparution devant le comité, elle a souligné très clairement — je lui ai posé et reposé la question — qu'elle avait eu le dernier mot en ce qui concerne les groupes qui recevraient du financement et ceux qui n'en recevraient pas. Je me souviens des termes que nous avons employés. Je lui ai dit: « Madame la ministre, la réponse est-elle oui ou non? »

Nous savons avec certitude que des groupes ayant franchi les étapes du processus avaient toutes les raisons de croire, d'après ce que leur disaient les fonctionnaires, qu'on leur accorderait du financement. Peut-être ont-ils parlé trop ouvertement, ou peut-être que la ministre ou quelqu'un d'autre ne les aimait pas, mais leur financement a été retiré, ou n'a pas été approuvé.

Donc, je n'ai pas peur que notre version des faits change. Je suis désolée qu'il soit très peu probable que nous entendions l'ancienne ministre afin de lui demander comment elle a procédé pour déterminer si les fonds seraient octroyés ou non.

À mon avis, notre rôle n'est pas de gérer dans le menu détail le travail des groupes qui obtiennent un financement. Il y a une bureaucratie qui existe pour cela. Je le sais, car j'ai discuté avec les fonctionnaires au fil des années, et je sais qu'ils travaillent avec les organismes et les groupes pour les aider à répondre aux critères de financement et pour les conseiller sur la manière de remplir leur demande. Et les choses se sont compliquées pour ces groupes depuis qu'on a fermé des bureaux partout dans le pays; on a dû communiquer par téléphone et par courriel, et parfois même faire un voyage à cette fin. Il y a quelques années, j'ai rencontré à Winnipeg un groupe qui s'était déplacé pour cela. Mais la réalité, c'est que la ministre en question — j'ignore si l'actuelle ministre fonctionnera de la même manière — avait le dernier mot concernant ceux qui obtiendraient ou non du financement.

J'aimerais que les organismes n'ayant pas reçu de financement ne disent s'ils avaient tout lieu de croire qu'il y avait des fonds pour eux et s'ils s'étaient conformés aux critères en place, et je voudrais qu'ils me racontent leur histoire, car bon nombre d'entre eux avaient fait leurs preuves depuis longtemps et avaient la capacité voulue.

Vous parlez de nouveaux organismes. Cela ne fait aucun doute: si le financement a été augmenté, il existe une possibilité pour les nouvelles organisations d'obtenir des fonds.

Soit dit en passant, en ce qui concerne le nouveau financement, on m'a informée qu'une partie des fonds du programme de partenariat ne serait pas utilisée pendant quelques années, alors nous n'avons pas dépensé la totalité des fonds du programme de financement de Condition féminine Canada.

Je trouve que ces petites manoeuvres prennent des allures de mascarade, et je ne suis pas prête à appuyer une mesure comme celle-là.

• (1725)

La présidente: D'accord, madame Neville.

Y a-t-il d'autres arguments sur cette motion?

Non? Je vais la mettre aux voix.

Je vais relire la motion pour que tout le monde sache sur quoi nous votons. Nous avons proposé que la motion originale soit modifiée pour se lire comme suit:

Que le Comité permanent de la condition féminine, dans le cadre de la motion adoptée lors de la réunion du mercredi 28 avril 2010, invite également en tant que

témoins pour la réunion du mercredi 26 mai 2010, trois groupes de chacune des cinq régions de financement (nationale; Atlantique; Québec et Nunavut; Ontario; Ouest, Territoires du Nord-Ouest et Yukon), que choisira le comité d'après la liste des 78 groupes ayant reçu du financement en 2009-2010 par le biais de Condition féminine Canada-Fonds communautaire pour les femmes, étant donné que le comité invite des groupes qui n'ont pas obtenu de financement au cours de cette même année financière par l'entremise du fonds.

Ceux qui sont pour?

Ceux qui sont contre?

Je crois que je vais devoir briser l'égalité.

J'essaie toujours d'expliquer au comité pourquoi je vote d'une certaine manière. J'aurais pu appuyer — et sans réserve, car je la trouvais juste — la motion originale, où figurait le mot « égal ». Je pense que réunir 15 groupes ayant reçu du financement et cinq autres qui n'en ont pas reçu est inéquitable. Je crois qu'il devrait y avoir une égalité.

Donc, je ne peux voter en faveur de cette motion.

(La motion est rejetée.)

La présidente: Y a-t-il une motion d'ajournement?

Merci, monsieur Calandra...

M. Paul Calandra (Oak Ridges—Markham, PCC): En fait, je ne proposais pas l'ajournement. Je me demandais s'il était conforme au Règlement de proposer la motion originale.

Puis-je le faire maintenant? Ou dans 48 heures?

La greffière du comité (Mme Julia Lockhart): Elle a déjà été déposée.

La présidente: Vous ne pouvez pas. Elle a déjà été présentée.

M. Paul Calandra: Je veux parler de la motion originale. Je souhaite...

La présidente: La personne qui a proposé la motion au départ a cédé...

M. Paul Calandra: Cela nécessite-t-il un autre avis de 48 heures?

La présidente: Vous allez devoir redéposer une autre motion, si vous le souhaitez, après un délai de 48 heures.

Quelqu'un veut-il demander l'ajournement, s'il vous plaît?

L'hon. Anita Neville: J'en fais la proposition.

La présidente: La séance est levée.

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>