



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent des affaires étrangères et du développement international

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 052

Le mardi 7 mars 2023

Président : M. Ali Ehsassi



Comité permanent des affaires étrangères et du développement international

Le mardi 7 mars 2023

• (1105)

[Traduction]

Le président (M. Ali Ehsassi (Willowdale, Lib.)): Bienvenue à la 52^e réunion du Comité permanent des affaires étrangères et du développement international.

La réunion d'aujourd'hui se déroule en format hybride, conformément à l'ordre adopté par la Chambre le 23 juin 2022. Les membres assistent à la réunion en personne, ou à distance au moyen de l'application Zoom.

J'aimerais faire quelques commentaires à l'intention des membres et des témoins.

Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Pour ceux qui participent par vidéoconférence, cliquez sur l'icône du microphone pour l'activer et mettez-vous en sourdine lorsque vous ne parlez pas. Les participants qui sont sur Zoom ont accès à l'interprétation, au bas de l'écran. Vous avez le choix entre le parqué, l'anglais et le français. Les participants présents dans la salle peuvent utiliser les écouteurs et sélectionner le canal de leur choix.

Je tiens à informer tout le monde que, conformément à la pratique que nous avons établie, tous les témoins se sont soumis aux tests de connexion requis avant la tenue de la réunion.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et à la motion adoptée par le Comité le lundi 20 juin 2022, le Comité reprend son étude sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes dans le monde.

J'ai le grand plaisir d'accueillir au Comité, tout d'abord, Mme Elizabeth Sully, chercheuse scientifique principale au Guttmacher Institute. Nous accueillons également le directeur général de la Fédération internationale pour le planning familial, M. Alvaro Bermejo. Enfin, nous avons avec nous Mme Lucy Akello, députée au Parlement de la République d'Ouganda.

Bienvenue à tous. Je vous remercie de vous joindre à nous aujourd'hui.

Chacun d'entre vous disposera de cinq minutes pour faire sa déclaration liminaire, après quoi les membres du Comité pourront vous poser des questions. Je précise que je vous ferai signe de terminer vos observations lorsqu'il vous restera 30 secondes. Cela s'applique non seulement à votre déclaration liminaire, mais aussi à vos réponses aux questions des députés.

Cela étant dit, madame Sully, vous avez la parole. Vous disposez de cinq minutes.

Mme Elizabeth Sully (chercheuse scientifique principale, Guttmacher Institute): Merci, monsieur le président, et bonjour aux membres du Comité.

Le Guttmacher Institute est une organisation de recherche et de politique de premier plan qui a pour mission de faire progresser la santé et les droits sexuels et reproductifs, ou SDSR, dans le monde entier.

En ce moment, à l'échelle mondiale, nous nous trouvons à un point critique. Nous avons réalisé des progrès considérables au cours des dernières décennies. Le nombre de femmes qui utilisent des moyens de contraception modernes a augmenté, les grossesses non désirées ont diminué à l'échelle mondiale, le taux de mortalité maternelle a baissé et l'accès légal à l'avortement s'est accru. Toutefois, en 2019, 218 millions de femmes vivant dans des pays où les revenus sont faibles ou moyens n'avaient pas accès à des méthodes contraceptives modernes. Cela se traduit par 111 millions de grossesses non désirées par an et 35 millions d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Nous courons également le risque de régresser par rapport aux progrès que nous avons réalisés, à cause de l'opposition mondiale à la santé et aux droits sexuels et reproductifs que la récente annulation de l'arrêt Roe aux États-Unis a confortée.

Je souhaite aujourd'hui attirer l'attention du Comité sur deux grands aspects pour lesquels il faut davantage d'investissements et de leadership afin de garantir la santé et les droits sexuels et reproductifs dans le monde entier. Premièrement, les données obtenues des recherches que nous menons depuis des décennies avec nos partenaires mondiaux montrent clairement qu'il est judicieux et économique d'investir dans un ensemble complet de services de santé sexuelle et reproductive qui préservent la santé et sauvent des vies. Investir dans un ensemble complet de services peut se traduire par des gains substantiels. Par exemple, dans les pays où les revenus sont faibles ou moyens, si toutes les femmes désireuses d'éviter une grossesse utilisaient des moyens de contraception modernes et si toutes les femmes enceintes et leurs nouveau-nés recevaient des soins conformes aux normes internationales, on assisterait à une diminution de deux tiers des grossesses non désirées, des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et des décès de mères et de nouveau-nés, ainsi qu'à une baisse de 88 % des infections par le VIH chez les bébés âgés de six semaines ou moins.

Les investissements dans un ensemble complet de services se traduisent également par d'importantes économies pour le système de santé. Chaque dollar supplémentaire investi dans les services de contraception modernes permet d'économiser trois dollars sur les soins liés à la grossesse et aux nouveau-nés grâce à la prévention des grossesses non désirées. Investir dans la santé maternelle et néonatale est essentiel et important, mais cela ne suffit pas. Il faut un investissement global pour vraiment agir sur la réduction des décès maternels évitables, garantir l'autonomie corporelle et réduire les coûts des systèmes de santé.

Le deuxième élément que je souhaite faire valoir au Comité est qu'un leadership mondial est aujourd'hui nécessaire pour protéger et intensifier les progrès que nous avons accomplis en matière d'accès à l'avortement sans risque. Partout dans le monde, des personnes ont recours à l'avortement et en ont besoin. Cela ne changera pas. Dans le monde, plus de 60 % des grossesses non désirées se terminent par un avortement. Cela représente 73 millions d'avortements par an. Les restrictions légales n'empêchent pas les avortements. Rien ne prouve que le taux d'avortement diffère dans les pays où l'avortement est restreint par rapport à ceux où il est légalement autorisé. Les restrictions à l'avortement mènent plutôt à un plus grand nombre d'avortements à risque. On estime à 21 millions le nombre de complications liées à l'avortement chaque année dans les pays où les revenus sont faibles ou moyens. Toutefois, si tous les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses étaient rendus sûrs, ce nombre diminuerait à deux millions, ce qui s'accompagnerait d'une réduction de 45 % des coûts des soins de santé liés à la pratique de l'avortement. Les soins associés à de bonnes conditions d'avortement sauvent des vies, sont respectueux des droits et permettent de réduire les coûts.

En abolissant le droit à l'avortement, les États-Unis sont devenus une anomalie dans le monde. Cette situation contraste fortement avec des décennies de progrès en matière de droits à l'avortement et avec la tendance mondiale à la libéralisation des lois sur l'avortement. Près de 60 pays ont élargi les motifs légaux de l'avortement depuis 1994. Nous avons besoin d'un leadership mondial pour soutenir les pays dans leurs efforts pour accroître l'accès à l'avortement sans risque. Pour soutenir l'avortement sécuritaire, il faut investir et combler les lacunes en matière de données probantes, intensifier la défense des droits et améliorer l'accès aux services d'avortement.

Le Canada a pris un engagement historique en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. Mon équipe du Guttmacher Institute a réalisé deux études qui évaluent les effets de l'investissement du Canada dans la planification familiale au cours des dernières années. Nous avons constaté qu'à compter de l'exercice 2020-2021, le Canada a investi 63,5 millions de dollars dans la planification familiale. Ainsi, 2,5 millions de femmes et de couples ont bénéficié de services de contraception, ce qui a permis d'éviter 1,1 million de grossesses non désirées et 347 000 avortements à risque, et de sauver 1 800 vies.

Le Canada peut produire des effets similaires dans les autres domaines négligés de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Nous faisons face à une réaction hostile à l'échelle mondiale, mais d'innombrables gouvernements et organisations de la société civile de pays alliés aux revenus faibles et moyens souhaitent instaurer la santé et les droits sexuels et reproductifs complets dans leur pays. Pour ce faire, ils ont besoin de soutien, notamment de la part du Canada. Ils ont besoin de données et de preuves pour soutenir leurs efforts. Ils ont besoin de financement pour accroître les services au sein de leurs systèmes de santé. Ils ont besoin d'un soutien politique et d'un leadership mondial fort et affirmé.

La façon dont les pays réagissent à la santé et aux droits sexuels et reproductifs témoigne en fait de la valeur que les sociétés accordent ou non aux femmes.

• (1110)

Le Canada a clairement montré l'importance qu'il accorde aux femmes en adoptant une politique d'aide internationale féministe et en prenant un nouvel engagement financier historique en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs.

J'espère que les faits et les preuves que je vous ai présentés aujourd'hui illustrent bien la nécessité pour le Canada de continuer à incarner ces valeurs sur la scène internationale.

Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup, madame Sully.

Nous passons maintenant à M. Bermejo.

Vous disposez de cinq minutes.

M. Alvaro Bermejo (directeur général, Fédération internationale pour le planning familial): Merci, monsieur le président.

Bonjour aux membres du Comité et aux autres témoins. La Fédération internationale pour le planning familial, l'IPPF, est un prestataire de services mondial et un défenseur de premier plan en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs pour tous.

Aujourd'hui, l'IPPF est une fédération mondiale qui regroupe 119 associations nationales membres et 29 partenaires travaillant avec et pour les communautés dans 149 pays. Ces associations membres locales sont des organisations de la société civile détenues et dirigées à l'échelon national, ainsi que des fournisseurs de services de santé sexuelle et reproductive de premier plan dans leurs pays respectifs. Cela confère à l'IPPF une présence mondiale inégalée par rapport aux autres organisations de la société civile qui œuvrent dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs.

Nous défendons le droit de tous les individus à jouir de leur vie sexuelle à l'abri des problèmes de santé, des grossesses non désirées, de la violence et de la discrimination. Nous offrons une éducation sexuelle complète aux jeunes, que ce soit à l'école ou ailleurs, afin de les aider à comprendre et à revendiquer leurs droits sexuels, et nous soutenons le droit des femmes d'interrompre leur grossesse en toute légalité et en toute sécurité.

En tant que fédération internationale, l'IPPF offre une plateforme qui permet aux associations membres et aux groupes de parties prenantes du monde entier de se rassembler. Grâce à sa présence mondiale, l'IPPF est un puissant défenseur de la santé et des droits sexuels et reproductifs à tous les niveaux. Nous sommes en quelque sorte l'expression vivante de l'universalité de la santé et des droits sexuels et reproductifs, de même qu'une expression de la solidarité mondiale.

Je tiens à dire que j'appuie tout ce qu'a dit ma collègue, Elizabeth Sully, du Guttmacher Institute, et j'aimerais consacrer quelques minutes à ce qu'elle a appelé une « réaction hostile ». De mon point de vue, [*difficultés techniques*].

• (1115)

Le président: Monsieur Bermejo, nous ne vous entendons pas. Nous éprouvons des difficultés techniques.

Nous allons suspendre la séance quelques minutes.

M. Garnett Genuis (Sherwood Park—Fort Saskatchewan, PCC): Monsieur le président, pouvons-nous simplement passer à la témoin suivante, puis revenir à M. Bermejo après?

La greffière du Comité (Mme Ariane Gagné-Frégeau): Non. Nous devons suspendre la séance.

M. Garnett Genuis: D'accord.

Le président: Merci.

• (1115) _____ (Pause) _____

• (1135)

Le président: Monsieur Bermejo, nous reprenons. Nous sommes terriblement désolés pour les problèmes techniques que nous avons eus. Nous allons remettre le compte à zéro et vous pourrez reprendre depuis le début, si vous le souhaitez.

Est-ce votre intention?

M. Alvaro Bermejo: Non, je vais essayer de faire un peu plus court et de ne pas tout répéter depuis le début. Merci, monsieur le président.

Bonjour à tous, encore une fois. Je suis désolé de l'interruption.

Je représente la Fédération internationale pour le planning familial, l'IPPF, qui regroupe 119 associations membres et organisations nationales de la société civile, lesquelles fournissent des services de santé sexuelle et reproductive. Nos 40 000 cliniques à travers le monde ont fourni 200 millions de services l'année dernière...

Le président: Monsieur Bermejo, je suis désolé. L'interprétation ne fonctionne pas. Nous allons essayer d'y remédier de notre côté pour nous assurer que votre déclaration liminaire est traduite correctement. Dans l'intervalle, je suppose que la meilleure solution serait de passer à Mme Akello.

Madame Akello, si vous êtes prête, vous disposez de cinq minutes. Nous reviendrons après à M. Bermejo.

Bienvenue, madame Akello. Vous avez la parole.

• (1140)

L'hon. Lucy Akello (députée, Parlement de la République de l'Ouganda): Je vous transmets les salutations de l'Ouganda, monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité.

Comme vous l'avez dit, je suis Lucy Akello, députée au Parlement de l'Ouganda.

La colonisation a marqué l'histoire de l'Afrique, tout comme celle du Canada. Depuis longtemps, des gens, des gouvernements étrangers et des organisations dirigées par des étrangers nous disent ce qui est bon pour nous, ou les priorités que nous devrions avoir.

Je vous parle en tant qu'Africaine, en tant que mère et en tant que législatrice. Je ne parle pas seulement en mon nom, mais aussi au nom des électeurs qui m'ont demandé de parler en leur nom de leurs priorités et de leurs préoccupations. Des sondages montrent clairement que ce que je vais vous dire correspond pour l'essentiel à l'opinion publique de toute l'Afrique. Je prie pour que ma déclaration soit aussi franche que vous le souhaitez.

Je parlerai d'abord de l'avortement.

Nos populations demeurent fidèles aux vérités et aux cultures religieuses. Le Canada a lui aussi ses belles cultures. Il semble que peu importe l'argent dépensé pour embellir l'avortement, notre peuple ne se laisse pas tromper par l'argent, le marketing et l'éducation de masse. Les femmes que je représente sont capables de voir clair dans tout cela. Nous pensons que la vie commence dès la conception, et d'où je viens, une fois que la conception a eu lieu, c'est la vie. Même en cas de fausse couche, cette vie a droit à une sépulture convenable, quel que soit le sexe.

L'Afrique considère généralement l'avortement comme une pratique répugnante. Ainsi, une enquête réalisée en 2014 par Ipsos Sy-

novate a révélé que 87 % des Kényans s'opposent à l'idée de tuer un enfant à naître. Cette enquête nationale kényane fait écho aux conclusions d'une étude mondiale réalisée en 2013 par le Pew Research Center, qui a interrogé 40 117 personnes dans 40 pays sur ce qu'elles pensaient de diverses questions morales, dont l'avortement. L'écrasante majorité des Africains ont déclaré que l'avortement était moralement inacceptable: 92 % des Ghanéens, 88 % des Ougandais, 82 % des Kényans, 80 % des Nigériens et 77 % des Tunisiens ont déclaré qu'ils considéraient l'avortement comme un acte moralement répréhensible.

Près de 80 % des pays africains disposent d'une loi qui interdit ou limite l'avortement, et cette loi repose sur la conviction largement répandue que les enfants à naître ont le droit de vivre et qu'ils méritent d'être protégés par la loi. Compte tenu de ce point de vue dominant sur la question de l'avortement, la plupart des gens sont satisfaits de ces lois. Il n'y a pratiquement pas de plaintes, de manifestations ou de protestations organisées localement pour réclamer la légalisation de l'avortement. Au contraire, dans divers pays, les nombreux rassemblements, marches et conférences qui se tiennent en faveur de la vie expriment le désir de la population de continuer à protéger les enfants à naître.

Dans le monde entier, les centres d'aide à la grossesse sont vilipendés et accusés de fournir des informations erronées ou de faire de la désinformation. Les programmes de rétablissement post-avortement pour les femmes qui ont été meurtries par l'avortement ou qui souhaitent trouver un apaisement émotionnel et psychologique ne sont pas monnaie courante en Afrique. Par conséquent, le traumatisme qu'elles ont subi perdure parce que personne ne les informe avant qu'elles se fassent avorter.

En ce qui concerne le planning familial, pour les femmes que je représente, cette expression est synonyme de contraception. C'est ainsi que cela leur a été présenté. Lorsqu'une personne dit avoir recours au planning familial, elle veut dire qu'elle a recours à la contraception. Or, les femmes souffrent des effets secondaires de la contraception hormonale et elles en parlent entre elles. Les effets secondaires des contraceptifs sont un facteur dissuasif majeur pour l'utilisation cohérente de la contraception, et les femmes qui ont en particulier des saignements sont les plus susceptibles de cesser d'utiliser un contraceptif ou de changer de contraceptif.

• (1145)

En ce qui concerne l'éducation sexuelle complète, les parents que je représente y voient une atteinte à la santé et à l'innocence des enfants.

Monsieur le président, nous avons peu de temps. Je vais donc recommander au gouvernement canadien et à ce Parlement de se préoccuper davantage de maintenir les filles à l'école plutôt que de leur donner des contraceptifs. Là d'où je viens, on fait pression pour que les filles prennent des contraceptifs dès l'âge de 13 ou 14 ans. Quels sont les effets d'une telle pratique sur une jeune fille?

Je vous recommande également de respecter la souveraineté de l'Ouganda.

Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup, madame Akello.

Les problèmes techniques ont-ils été réglés? D'accord, nous allons l'appeler.

Est-ce que les membres du Comité sont d'accord pour que nous passions aux questions?

Des députés: D'accord.

Le président: Quand le témoin précédent sera prêt, nous reviendrons à lui.

Pour le premier tour, nous avons M. Genuis.

Monsieur Genuis, vous disposez de quatre minutes.

M. Garnett Genuis: Merci, monsieur le président.

J'aimerais poser ma première question, mais avant, je tiens à remercier tous nos témoins. Vous avez tous fait l'effort de vous joindre à nous, en particulier Mme Akello qui est venue de l'Ouganda pour être avec nous en personne. Il arrive parfois que des fonctionnaires ne veuillent pas quitter leur bureau pour venir en personne. Je me réjouis de la discussion que nous allons avoir.

Je suis le ministre du cabinet fantôme pour le développement international. À l'heure actuelle, l'un des grands principes du développement international est celui de la localisation: il s'agit d'écouter les besoins des populations locales, d'y répondre et de les appliquer sans introduire de priorités occidentales prédéterminées.

Quelles sont les priorités des femmes que vous représentez en Ouganda en matière de développement? Comment pouvons-nous veiller à ce que notre aide au développement soit liée aux priorités locales, au lieu d'imposer des priorités occidentales prédéterminées?

L'hon. Lucy Akello: Merci beaucoup. Au bout de deux jours de réflexion, j'ai décidé de prendre l'avion pour venir jusqu'ici. Je viens d'en voir la preuve: parfois, la technologie ne fonctionne pas. Je n'aurais pas pu représenter les voix qui m'auraient dit de venir ici. Je pense que j'ai fait le bon choix.

Maintenant, je vais revenir à votre question sur les priorités en matière de développement.

Avant d'entrer en politique, j'ai travaillé pendant longtemps au sein de la société civile. À l'époque, ce qui était très bien, c'est que les donateurs qui voulaient nous soutenir nous demandaient quelles étaient nos valeurs. Ils voulaient connaître la position de notre culture par rapport à telle ou telle question. Ils nous disaient qu'ils s'adapteraient à notre culture.

Aujourd'hui, les choses ont changé. Maintenant, il faut s'adapter aux donateurs. Les donateurs nous disent que nous devons nous adapter à leurs valeurs et à leur culture. Je trouve cela inacceptable. Si tu veux m'aider, renforce ce que j'ai au lieu de m'obliger à me plier à tes priorités.

À l'heure actuelle, je le répète, notre priorité, c'est que les filles restent à l'école. Des études montrent que les filles qui restent à l'école évitent les grossesses non désirées. Elles n'ont besoin ni d'avortement ni de contraception. Pour moi, c'est la priorité en matière de développement sur laquelle il faut se concentrer.

Nous avons besoin de plus de centres de soins de santé fonctionnels pour les femmes et les enfants, et non de fonds supplémentaires pour la contraception, la planification familiale et l'avortement.

• (1150)

M. Garnett Genuis: Merci, madame.

En 2018, le premier ministre Justin Trudeau a rencontré M. Museveni, président de l'Ouganda. Nombreux sont ceux qui lui ont reproché de ne pas avoir soulevé la question des droits des personnes LGBTQ, étant donné la position de votre président à cet égard. Notre parti comptait parmi ceux qui ont adressé des reproches au premier ministre à ce moment-là. Je le mentionne parce qu'il y a des enjeux dont les gens veulent que nous parlions parce qu'ils reflètent des opinions très répandues ici, mais ces opinions diffèrent peut-être de celles des personnes sur le terrain ou des perceptions de nos partenaires.

Par rapport à l'avortement, d'après vous, comment devrions-nous nous attaquer aux enjeux sur lesquels les gouvernements et les parlementaires ne s'entendent véritablement et profondément pas? Comment pouvons-nous traiter les questions relatives à l'avortement et à la planification familiale en restant fidèles à nos convictions, tout en faisant preuve de sincérité et de respect?

L'hon. Lucy Akello: Merci.

Le président de mon pays a toujours dit que l'Ouganda est une nation souveraine, tout comme le Canada et tous les autres pays. Si chacun respectait la souveraineté de l'autre, les problèmes seraient rares. Le Canada a des lois; l'Ouganda aussi. Nous devrions nous fonder là-dessus.

Merci.

Le président: Merci.

Je donne maintenant la parole à M. Oliphant pour quatre minutes.

L'hon. Robert Oliphant (Don Valley-Ouest, Lib.): Merci, monsieur le président.

J'aimerais profiter de mon temps de parole pour présenter un nom au Comité: celui de Bonnie Bean.

Bonnie était mon amie. Elle fréquentait l'église où j'étais pasteur. Elle est décédée le 21 février, après avoir travaillé toute sa vie pour Planned Parenthood à Toronto. Bonnie a consacré sa vie à l'éducation sexuelle des jeunes et à la défense des droits des femmes. Elle a eu une grande influence sur moi pendant toute ma vie. Je tenais à consigner son nom au compte rendu et à souligner qu'elle a posé des gestes concrets pour le Canada. Son décès représente une perte pour notre communauté.

Je voulais parler de Bonnie et aussi remercier Mme Sully pour sa déclaration et les faits qu'elle nous a présentés. Je remercie également le représentant de la Fédération internationale pour le planning familial, qui a soulevé des questions importantes.

J'ai des questions par rapport à la déclaration de la députée Akello.

Je le dis respectueusement et en comprenant très bien le principe de souveraineté: la communauté internationale a décidé que les droits de la personne sont universels. Ces droits transcendent les frontières politiques; ils sont indivisibles et interdépendants.

Je crois comprendre que vous êtes coprésidente du caucus des femmes de votre Parlement ou que vous avez coprésidé ce caucus avec la ministre Sarah Opendi. Vous travaillez sur les questions relatives aux femmes.

J'aimerais savoir ce que vous faites pour protéger les droits de la personne, la santé et le bien-être des lesbiennes dans votre pays.

L'hon. Lucy Akello: Merci.

Je tiens à préciser que c'est l'honorable Sarah Opendi qui préside l'association des femmes parlementaires de l'Ouganda. Je ne fais pas partie de la direction. En fait, je suis vice-présidente d'un comité de responsabilisation, en plus d'être membre du comité des affaires étrangères du Parlement. Je ne suis que membre de l'association des femmes parlementaires de l'Ouganda. Je tenais à le préciser.

L'hon. Robert Oliphant: Il y a parfois de faux renseignements sur Internet.

L'hon. Lucy Akello: Maintenant, vous obtenez les renseignements de la bonne source. C'est la raison pour laquelle je devais être ici.

Oui, vous avez raison: les droits de la personne sont universels. Toutefois, si vous prenez la déclaration de l'ONU — la version originale —, vous constaterez que la définition a changé; aujourd'hui, nous définissons les droits de la personne comme bon nous semble. Je pourrais me réveiller demain matin et décider de définir les droits de la personne comme je l'entends. La définition des droits de la personne a changé depuis qu'elle a été adoptée.

• (1155)

L'hon. Robert Oliphant: Je maintiendrais tout de même que les droits de la personne sont universels. Ce n'est pas une question de souveraineté.

L'hon. Lucy Akello: Oui, tout à fait.

Hon. Robert Oliphant: Un projet de loi contre l'homosexualité a été présenté à votre Parlement. Appuyez-vous ce projet de loi?

L'hon. Lucy Akello: Ce projet de loi a été présenté au Parlement. Je ne l'ai pas encore lu parce que je n'étais pas là au moment de son dépôt. Je prendrai ma décision en temps et lieu. Il est encore trop tôt pour me prononcer là-dessus.

L'hon. Robert Oliphant: Le projet de loi en question permet l'extradition de personnes homosexuelles d'autres pays — des personnes qui vivent leur vie en bénéficiant de la protection des droits de la personne au Canada. Il permettrait de les extraditer, de les punir et de leur faire purger une peine pouvant aller jusqu'à 10 ans pour le simple fait d'être une lesbienne, un gai ou une personne bisexuelle.

Le projet de loi contient également des définitions de l'homosexualité qui sont dépassées et qui n'ont aucun fondement scientifique, religieux ou législatif. En tant que pasteur chrétien, je trouve que c'est un projet de loi offensant.

J'espère que vous le lirez très attentivement pour comprendre qu'il isolerait l'Ouganda du reste du monde. En Afrique, 22 pays sont en voie d'instaurer des droits complets pour les homosexuels, hommes et femmes. Je me demande ce que votre groupe parlementaire pourrait faire à cet égard.

M. Garnett Genuis: J'invoque le Règlement.

Je partage le point de vue de M. Oliphant sur ce projet de loi. Cependant, cela n'a rien à voir avec l'objet de notre discussion. On s'attend à ce que les députés s'en tiennent au sujet à l'étude même lorsqu'ils font des observations. J'ai déjà été réprimandé pour cela à quelques reprises — et avec succès, comme le souligne Mme Bendayan. Ce qui vaut pour les uns vaut aussi pour les autres, comme on dit.

En tout respect, il s'agit d'une question importante...

L'hon. Robert Oliphant: Le projet de loi limite très clairement les droits des lesbiennes — leur santé et leurs droits fondamentaux. Notre étude porte sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes dans le monde. Cela comprend les droits des lesbiennes qui font l'objet d'une discrimination dans ce projet de loi.

J'espère que ce projet de loi ne sera pas adopté et que l'Ouganda choisira de s'aligner sur la communauté internationale et de reconnaître les droits de la personne — en tout cas, les droits des Ougandais qui vivent à l'extérieur de leur pays et qui ont le droit de vivre sous les lois du Canada sans risquer d'être extradés.

Le président: Madame Akello, vous avez environ 20 secondes pour répondre.

L'hon. Lucy Akello: Je vous remercie.

J'ai été invitée ici pour parler de la santé sexuelle et reproductive des femmes, à l'échelle mondiale, et c'est ce que j'ai fait. Si vous voulez parler du projet de loi contre l'homosexualité, nous en parlerons lorsque mon pays souverain, l'Ouganda, aura pris une décision à ce sujet. Je peux vous assurer que personne ne sera tué, car chaque vie compte.

L'hon. Robert Oliphant: Merci, monsieur le président.

Le président: La greffière a demandé à faire une vérification du son pour le parquet.

M. Alvaro Bermejo: Est-ce que c'est mieux? Je vous entends bien.

Je suis vraiment désolé de ne pas être là en personne. Cela aurait été beaucoup plus facile si j'avais été là avec Mmes Sully et Akello. J'en suis navré.

La greffière: Votre son est bon.

Je vous remercie, monsieur. Vous allez pouvoir répondre aux questions.

Le président: Je vous remercie beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Bergeron.

Monsieur Bergeron, vous avez quatre minutes.

[Français]

M. Stéphane Bergeron (Montarville, BQ): Merci, monsieur le président. Je veux signaler que je partagerai mon temps de parole avec ma collègue de Shefford.

Bonjour, mesdames et monsieur. Je vous remercie infiniment d'être des nôtres aujourd'hui et de nous éclairer de vos observations.

Madame Sully, vous l'avez évoqué dans votre présentation, mais je crois que les témoignages que nous avons entendus aujourd'hui requièrent que vous soyez plus explicite quant aux conséquences qui surviennent lorsque les gens n'ont pas facilement accès à des moyens de contraception adéquats ou à des services d'avortement appropriés.

Pourriez-vous éclairer le Comité quant aux observations que votre organisation a pu faire de ces conséquences dans le monde?

• (1200)

[Traduction]

Mme Elizabeth Sully: Je vous remercie de votre question. Si j'ai bien compris, vous voulez comprendre ce que nous faisons pour combler les lacunes dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, et en particulier, à la planification familiale.

Nous sommes une organisation de recherche et de politique. Tout notre travail se fait par l'entremise de partenariats. Nous suivons toujours l'exemple de nos partenaires nationaux, qu'il s'agisse de chercheurs ou de militants. Quelles sont, selon eux, les priorités en matière de production de données probantes, d'élaboration de politiques et de défense des intérêts dans leur propre pays? Nous adoptons une approche dirigée par les pays.

Voici ce que nous constatons: les pays qui ont les taux les plus élevés de grossesses non désirées sont souvent aussi ceux qui restreignent l'accès à la contraception et qui ont des taux d'avortement plus élevés. La restriction de l'avortement va souvent de pair avec le manque d'accès aux services de planification familiale. Il faut les rendre accessibles pour que les gens puissent éviter ces grossesses.

Je voudrais souligner un point: il ne s'agit pas seulement d'accès. Je pense que Mme Lucy Akello a abordé un aspect important concernant les effets secondaires des contraceptifs. Nous voyons des femmes déclarer que c'est l'une des raisons pour lesquelles elles n'utilisent pas de méthodes de contraception. C'est une question d'accès et de méthodes disponibles. Elles doivent toujours pouvoir choisir, librement et en connaissance de cause, une gamme de méthodes disponibles près de chez elles, dans leur communauté.

C'est ainsi que nous devrions toujours proposer des programmes de contraception. Nous interprétons souvent les lacunes comme une simple question d'accès. L'accès est certes un facteur essentiel, tout comme le financement, mais il faut aussi de l'information. C'est là qu'intervient l'éducation sexuelle complète. Les gens doivent comprendre les services qui sont mis à leur disposition.

Il y a toute une série de mesures à prendre. Là où le Canada peut intervenir, c'est au niveau du financement pour soutenir les militants qui font pression, dans leurs pays respectifs, pour élargir l'accès aux services afin d'assurer une éducation sexuelle complète, parallèlement à un ensemble complet de services offerts.

[Français]

M. Stéphane Bergeron: Merci.

Comme vous le savez sans doute, un accord de paix a été signé entre le gouvernement de l'Éthiopie et le Front de libération des peuples du Tigré. Or, selon des rapports qui ont été transmis à la BBC, les agressions sexuelles contre les femmes se poursuivraient en Éthiopie, particulièrement au Tigré.

Avez-vous des informations concernant la situation qui existe au Tigré présentement?

[Traduction]

Mme Elizabeth Sully: Je vous remercie de cette question.

Nous n'avons pas beaucoup de données parce qu'il est difficile d'en recueillir dans des situations d'urgence humanitaire et dans des contextes fragiles. Au cours de la période où le dernier conflit a éclaté dans le Tigré, nous avons recueilli des données en Éthiopie dans le cadre d'une étude nationale. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des données probantes dans la région du Tigré pour comprendre ce qui se passait à ce moment-là, tant sur le plan de la prestation de services de santé sexuelle et reproductive et des établissements de santé que sur le plan des besoins des femmes et de l'utilisation de méthodes contraceptives et d'autres services de santé sexuelle et reproductive.

Je pense que nous savons de façon générale que, dans les situations d'urgence humanitaire, les besoins en matière de santé

sexuelle et reproductive sont les plus importants et que les services de santé sexuelle et reproductive devraient faire partie des soins primaires. Ces services sont souvent oubliés et exclus de l'intervention humanitaire, alors que les besoins sont plus grands. Les niveaux de violence sexuelle sont élevés. Nous savons que c'est le cas. L'accès des personnes aux établissements de santé et aux services est interrompu; c'est pourquoi nous devons inclure les services de santé sexuelle et reproductive dans le cadre des mesures d'aide humanitaire.

Le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situation de crise a proposé un ensemble minimal de services initiaux. On y explique vraiment comment s'y prendre, au moment de réagir à une urgence humanitaire, pour proposer un ensemble complet de services de santé sexuelle et reproductive afin de répondre à ces besoins.

Je pense que nous devons cesser de négliger cet aspect dans le cadre d'une intervention humanitaire au Tigré ainsi que dans d'autres conflits et contextes fragiles.

[Français]

M. Stéphane Bergeron: Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup, monsieur Bergeron.

Nous passons maintenant à Mme McPherson.

Vous avez quatre minutes.

Mme Heather McPherson (Edmonton Strathcona, NDP): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie nos témoins de leur comparution.

Monsieur Alvaro Bermejo, c'est bon de vous voir. J'ai eu l'occasion de vous rencontrer l'été dernier. Je suis triste que nous n'ayons pas pu entendre votre témoignage. Je me demande si vous pouvez envoyer aux analystes les observations que vous comptiez faire afin qu'ils puissent les ajouter au rapport que nous préparons au sein de notre comité.

Je voudrais commencer par poser une question à Mme Sully, si vous le permettez.

Nous avons parlé aux experts en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs en Pologne, qui est l'un des pays où les femmes ont un accès très restreint à de tels services. Il y a eu une très grande mobilisation au sein de la communauté pour remédier à la situation. Je pense que nous pouvons tous en être fiers.

J'aimerais que vous m'expliquiez comment de plus en plus de pays ont libéralisé leurs lois sur l'avortement au cours des dernières décennies. D'après vous, quels sont les facteurs qui ont favorisé ce changement?

• (1205)

Mme Elizabeth Sully: Je vous remercie.

Oui, j'ai mentionné que 60 pays avaient libéralisé leurs lois dans une certaine mesure depuis la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994.

Dans le contexte africain, le protocole de Maputo a été signé en 2003. L'alinéa 14(2)c) énonce les fondements juridiques sur lesquels les États membres de l'Union africaine se sont mis d'accord pour que l'avortement soit accessible sur leurs territoires respectifs. Vingt et un pays de la région ont libéralisé leurs lois dans une certaine mesure pour se conformer au protocole de Maputo, et sept d'entre eux sont allés au-delà des conditions énoncées dans ce protocole.

Nous examinons les efforts déployés par les pays africains pour protéger les vies, étendre les droits et réduire la crise de la mortalité maternelle qui sévit en Afrique subsaharienne. Dans ces pays, de tels efforts sont souvent dirigés par des politiciens, des cliniciens et des bureaucrates qui comprennent les conséquences sanitaires des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses. Le dernier pays à avoir adopté une telle loi est le Bénin. Deux de ses députés étaient des gynécologues-obstétriciens qui avaient vu de leurs propres yeux les conséquences des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses.

Si les lois changent, c'est grâce à des gens qui comprennent la réalité du terrain. Cela va parfois à l'encontre de leurs propres convictions morales, mais ils estiment que c'est ce qui s'impose en matière de politiques et de lois parce qu'ils comprennent les répercussions d'un accès limité à l'avortement.

Mme Heather McPherson: Je vous remercie.

C'est justement l'une des questions sur lesquelles je voulais obtenir des éclaircissements de votre part. Vous avez dit que la mise en place d'une mesure législative ne réduit pas le nombre d'avortements, mais plutôt le nombre d'avortements sans risque.

Très souvent, les gens qui en subissent les conséquences ont tendance à être pauvres et à appartenir à des communautés racisées. Les répercussions ne sont pas les mêmes pour tout le monde. Pouvez-vous nous dire un peu à quoi cela ressemble?

Mme Elizabeth Sully: Oui. Je pense que nous le voyons aux États-Unis, où je vis actuellement en tant que Canadienne.

J'habite aux États-Unis et, à la suite des restrictions à l'avortement, nous constatons que les personnes les plus touchées sont celles qui n'ont pas les moyens de se déplacer, de payer pour des services et d'y accéder ailleurs. C'est ce qui se passe à l'échelle internationale. Les gens ont accès à des services d'avortement sans risque s'ils en ont les moyens et les ressources. Ce sont les femmes pauvres — celles qui ont du mal à obtenir les services nécessaires — qui sont les plus touchées par ces lois.

Quand on examine les données démographiques concernant les femmes qui se font avorter, on constate qu'il s'agit de femmes mariées: des mères qui ont des enfants et qui ne peuvent pas se permettre d'en avoir d'autres à la maison. Il y a de nombreuses raisons pour lesquelles les femmes ont recours à l'avortement. Je pense que ce sont celles qui ont le plus de difficultés et qui ont besoin d'accéder à ces services qui ont le plus de mal à les obtenir.

Mme Heather McPherson: J'ai très peu de temps, mais pourriez-vous nous parler un peu des répercussions sur les femmes et les filles d'âge scolaire qui n'ont pas accès aux soins de santé et aux droits reproductifs?

Mme Elizabeth Sully: Oui. Souvent, elles sont obligées de quitter l'école. Lorsqu'elles tombent enceintes, elles ne peuvent pas rester à l'école. Il arrive souvent que les adolescentes n'exercent aucun contrôle sur le choix et le moment d'avoir des rapports sexuels. Je

pense que c'est tout simplement la réalité. Par ailleurs, les méthodes contraceptives échouent. Elles fonctionnent très bien — elles sont, pour la plupart, très efficaces —, mais elles échouent toutes à un moment ou à un autre. Nous avons donc besoin d'une deuxième ligne de défense, à savoir l'avortement médicalisé.

Nous avons mené une étude en Ouganda auprès des adolescentes, et nous avons constaté que les adolescentes sexuellement actives avaient le taux le plus élevé d'avortement, ainsi que des complications connexes. Ces adolescentes se présentent dans des établissements de santé, et cela a des répercussions sur leur santé à long terme.

Mme Heather McPherson: Je vous remercie beaucoup de votre témoignage.

Le président: Merci, madame Sully.

Nous passons maintenant au deuxième tour, et le premier intervenant sera M. Genuis.

Monsieur Genuis, vous avez trois minutes.

M. Garnett Genuis: Merci, monsieur le président.

Je vais revenir à Mme Akello.

J'aurais souhaité que le Comité vous accorde plus de temps en général, mais encore une fois, je vous suis très reconnaissant de votre présence.

Je voudrais revenir sur la question de la souveraineté et vous interroger sur la violation des lois locales. À mon sens, si le gouvernement du Canada soutient des activités illégales dans le pays où elles se déroulent, il devrait au moins être transparent à cet égard. Nous pourrions alors discuter, en tant que Canadiens, de la question de savoir si c'est quelque chose que nous voulons faire.

Dans les pays africains, constatez-vous que des avortements sont pratiqués en violation des lois locales avec l'aide d'ONG internationales ou de gouvernements étrangers? Pourriez-vous nous faire part des renseignements dont vous disposez à ce sujet?

L'hon. Lucy Akello: Je vous remercie.

Le fait que nous n'ayons pas légalisé l'avortement en Ouganda ne signifie pas que cela ne se fait pas. L'avortement y est pratiqué, même sous la surveillance de la plupart de ces grandes organisations.

Permettez-moi de donner un exemple. Nous avons un centre appelé Marie Stopes, qui se veut un organisme de planification familiale, mais qui, au bout du compte, offre des services d'avortement qualifiés de sûrs.

Il y a aussi l'organisme Reproductive Health Uganda, qui est directement lié à la Fédération internationale pour le planning familial et qui fait beaucoup de choses de ce genre. Je me souviens que l'année dernière, j'ai soulevé une question au Parlement concernant le fait que Reproductive Health Uganda enseigne à nos enfants — dès l'âge de 9 ou 10 ans — qu'il est acceptable de pratiquer des avortements comme moyen de planification familiale. Deuxièmement, une méthode de planification familiale telle que la ligature des trompes... Pourquoi un enfant de 10 ans devrait-il apprendre, connaître ou comprendre ce qu'est la ligature des trompes pour la planification familiale?

• (1210)

M. Garnett Genuis: Oui.

Comme mon temps de parole est limité, je veux m'assurer que le Comité a bien entendu ce que vous avez dit. Êtes-vous en train de dire que Marie Stopes et la Fédération internationale pour le planning familial sont, selon vous, impliquées dans la pratique d'avortements qui enfreignent les lois locales en Ouganda?

L'hon. Lucy Akello: Oui. Marie Stopes, et Reproductive Health Uganda, qui travaille directement avec cette organisation.

M. Garnett Genuis: Merci.

Ce fait est-il connu de tous ? La question est-elle souvent abordée? Quelle est la réaction du gouvernement local à cet égard? Quelle devrait être notre réaction, étant donné que le gouvernement du Canada a financé ces deux organisations?

L'hon. Lucy Akello: Ce fait est largement connu. Tout le monde est au courant, mais personne ne peut... Ces organisations dissimulent leurs activités derrière l'appellation « services de planification familiale ». C'est pourquoi, dans des pays comme le Kenya, une manifestation a été organisée pour demander la fermeture de Marie Stopes.

M. Garnett Genuis: Mon temps...?

Le président: Vous avez dépassé le temps imparti.

M. Garnett Genuis: Oui. Je serai heureux de prendre plus de temps s'il en reste.

Le président: Non, merci. Nous allons passer à autre chose.

M. Garnett Genuis: Merci.

Le président: Nous passons maintenant à Mme Fry.

Madame Fry, vous avez trois minutes.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je tiens à remercier toutes les personnes présentes.

Je suis vraiment désolée, monsieur Bermejo, que nous n'ayons pas pu vous entendre, car je pense que cette question est très cruciale. Tout à l'heure, Rob Oliphant a souligné que l'on ne pouvait pas choisir les droits de la personne que l'on souhaite appliquer. Aucun être humain n'est plus important qu'un autre. Certains êtres humains ne sont pas plus égaux que d'autres. Les droits de la personne sont donc une question universelle. Je tenais à le dire parce que c'est un concept qui me tient à cœur.

J'ai une question pour Mme Sully du Guttmacher Institute. Pouvez-vous me dire ce qui se passe? Disposez-vous de données qui décrivent ce qui se passe lorsqu'une jeune personne vivant dans une situation de conflit est violée — parce que le viol est désormais une tactique de guerre — et qu'elle n'a pas accès à l'avortement? Qu'arrive-t-il à cette jeune personne? Que fait-elle? Comment ces personnes peuvent-elles faire face à cette situation et y a-t-il un moyen...? Nous voyons ce qui se passe en Ukraine en ce moment même, et lorsque quelqu'une personne se rend en Pologne ou en Hongrie, elle n'a pas accès à l'avortement. C'est la première question que je me pose.

Deuxièmement, si vous n'avez pas accès à l'avortement légal, vous devrez recourir à l'avortement illégal. Cette pratique existe depuis la nuit des temps et nous savons qu'elle est à l'origine de graves problèmes de santé. Les organes reproducteurs de nombreuses jeunes femmes sont endommagés parce qu'elles avortent dans des conditions dangereuses, et de nombreuses jeunes femmes dans le monde meurent des suites d'un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses.

Ma question est la suivante: Il semble que tout le monde veut se concentrer sur l'avortement. Je voudrais m'assurer que nous ne nous concentrons pas uniquement sur cette question. Qu'advient-il des personnes qui sont coincées dans une zone de conflit ou dans certaines régions, et qui tombent enceintes sans le vouloir alors qu'elles sont très jeunes? Que leur arrive-t-il si elles n'ont pas accès à un avortement légal?

Mme Elizabeth Sully: Merci pour ces questions. Je dois admettre que nous ne disposons pas de très bonnes données sur les contextes fragiles, et encore moins sur les adolescentes qui se trouvent dans ces contextes. C'est un domaine auquel nous devons allouer plus de fonds pour générer des preuves qui nous permettront de bien comprendre ces besoins.

Nous savons que lorsque les adolescentes et toutes les femmes qui vivent dans ces contextes tombent enceintes sans le vouloir et ne peuvent pas accéder à des services d'avortement sûrs, elles recourent à des avortements dangereux et que ce sont les avortements les moins sûrs qui sont alors pratiqués. L'avortement à risque est une catégorie très large, mais elle comprend des avortements à risque extrêmement dangereux. Dans le cadre des recherches que nous avons effectuées dans des camps de réfugiés et dans des contextes humanitaires, nous avons constaté que les complications liées aux avortements pratiqués dans des conditions dangereuses étaient plus graves et plus sévères dans ces camps que dans les communautés environnantes. Ces femmes ne peuvent même pas accéder aux mêmes services que les personnes qui vivent dans la même zone géographique.

Elles souffrent de complications plus graves à la suite d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, ce qui a une incidence sur leur santé à long terme.

• (1215)

L'hon. Hedy Fry: Je vous remercie. Je voudrais rapidement poser une question sur l'accès à la contraception. Nous savons qu'en Ouganda, environ 400 000 femmes âgées de 15 à 49 ans n'ont pas accès à la contraception. Nous avons entendu dire que cela était dû aux effets secondaires. Dans d'autres parties du monde, les femmes prennent des pilules contraceptives. Elles disposent d'autres formes de contraception. Nous savons que les stérilets peuvent être dangereux et causer des problèmes, mais comment se fait-il qu'il n'y ait pas d'accès à un avortement sûr dans certains de ces pays? Quel est le problème et que pouvons-nous faire pour le résoudre?

Le président: Votre temps est écoulé. Nous allons donc vous donner 20 secondes pour répondre.

Mme Elizabeth Sully: Je pense que les effets secondaires ne représentent qu'une infime partie du problème et qu'ils ne sont pas la préoccupation la plus fréquente chez les adolescentes. Pour ces dernières, c'est souvent l'accès qui pose problème. Les personnes qui fournissent les services de contraception sont partiales et ne veulent pas leur permettre d'y accéder ou leur offrir la gamme complète des options disponibles. C'est la discrimination, la stigmatisation. Les adolescentes en particulier sont confrontées à toute une série de facteurs lorsqu'elles tentent d'accéder à la contraception.

Le président: Merci beaucoup, madame Sully.

Nous passons maintenant à Mme Larouche.

Vous avez une minute et demie.

[Français]

Mme Andréanne Larouche (Shefford, BQ): Merci, monsieur le président.

J'aimerais rappeler que nous sommes aujourd'hui le 7 mars et que le 8 mars est la Journée internationale des femmes. Or, la santé sexuelle et reproductive est un droit des femmes, et nous devons continuer à nous battre pour le protéger.

Docteur Bermejo, sachant que le nombre de conflits dans le monde n'ira pas en diminuant et que la violence sexuelle et sexiste est omniprésente et exacerbée dans les situations d'urgence humanitaire, pourquoi pensez-vous que la réaction à la violence sexuelle et sexiste n'est pas traitée comme une priorité lorsque des crises surviennent?

[Traduction]

M. Alvaro Bermejo: Merci.

J'espère que vous m'entendez maintenant.

Le président: Oui.

M. Alvaro Bermejo: D'accord.

Je vous remercie pour cette question. Je ne m'exprime pas seulement au nom de l'IPPF, mais aussi parce que j'ai passé 10 années au sein du système humanitaire et que pendant les cinq dernières années, j'ai été directeur de la santé de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

Je pense que la principale raison est que notre politique étrangère et notre approche féministes ne couvrent pas l'aide et la réponse humanitaires. La réponse humanitaire reste, probablement après l'industrie pétrolière, l'industrie la plus machiste dans laquelle j'ai jamais travaillé. Les gens reviennent de missions au Yémen, en Afghanistan, en Iran ou ailleurs et disent que les femmes ne sont pas venues les voir pour leur parler de leurs besoins en matière de santé reproductive. Je leur réponds toujours: « Non, les femmes ne sont pas venues vous voir, point final, et si elles étaient venues, elles ne vous auraient certainement pas parlé de leurs besoins en matière de santé reproductive. »

Je pense que c'est lié au fonctionnement du système. Je pense que nous avons vu très clairement en Ukraine, pour tous ceux qui voulaient les voir, les conséquences massives du conflit sur les droits des femmes et leur autonomie corporelle. Il ne s'agissait pas seulement de l'utilisation du viol comme forme de guerre, qui existe bien sûr. Il s'agissait aussi de femmes enceintes, dont les époux partaient à la guerre et qui ne voulaient plus poursuivre leur grossesse. Il y avait aussi beaucoup d'autres choses. Les gens continuent d'avoir des relations sexuelles en temps de guerre.

Il ne fait aucun doute dans notre esprit, et il ne devrait faire aucun doute dans l'esprit de quiconque, que les services de santé sexuelle et reproductive sauvent des vies et doivent être fournis dans les situations de conflit.

Je le dis également, en réponse à une autre question, au nom d'une organisation qui dispose de 40 000 cliniques et points de prestation de services, y compris à la frontière entre le Soudan et l'Éthiopie. Je me suis rendu dans les camps de réfugiés une semaine avant la signature de l'accord de paix. Nous y avons constaté une quantité incroyable de violences en matière de santé sexuelle et reproductive. Vous l'avez constaté à cet endroit, et en même temps...

Le président: Monsieur Bermejo, vous avez largement dépassé le temps imparti. Merci beaucoup.

M. Alvaro Bermejo: Je m'excuse. J'ai saisi ma dernière chance de dire quelque chose.

Le président: Très bien.

Pour la dernière minute et demie, nous passons à Mme McPherson.

Mme Heather McPherson: Merci beaucoup, monsieur le président.

Ce n'était pas la dernière fois que vous preniez la parole, monsieur Bermejo. J'ai quelques questions à vous poser.

Ma préoccupation concerne toujours l'accès des femmes à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Je suis évidemment très fière que l'une des provinces du Canada ait récemment rendu les produits contraceptifs gratuits pour tous ses habitants. Je sais que lorsque je me suis entretenue avec vous, nous avons parlé un peu de l'avortement pharmaceutique et de la façon dont il a facilité l'accès. Il a permis aux femmes d'accéder plus facilement aux soins de santé dont elles ont besoin.

Pourriez-vous nous parler un peu de cette question, de l'accès et de tout ce que nous pourrions perdre si nous ne parvenons pas à faire le nécessaire au Canada et dans le monde entier?

• (1220)

M. Alvaro Bermejo: Merci beaucoup pour cette question.

L'avortement médical, ou l'avortement pharmaceutique, comme vous l'appellez, est de plus en plus utilisé comme méthode privilégiée par de nombreuses femmes, même si nous devons continuer de proposer des méthodes traditionnelles. Cela s'explique par le fait qu'il répond à deux besoins. Je pense qu'il s'agit d'une réponse adaptée à la difficulté opérationnelle d'améliorer l'accès à l'avortement dans les pays où cette tâche est difficile. Il constitue aussi une réponse à la difficulté politique, à l'opposition mondiale qui rend l'accès aux cliniques de plus en plus difficile, notamment en raison de l'organisation de piquets de grève, d'actes visant à humilier ou à discriminer les femmes qui tentent de recourir à l'avortement, ou de menaces formulées à l'encontre des prestataires de soins.

D'une certaine manière, l'avortement médical apporte une réponse à ces deux problèmes. J'estime qu'il s'agit d'un élément très important de notre boîte à outils pour garantir l'accès à un avortement sûr aux femmes et aux femmes enceintes qui en ont besoin.

Mme Heather McPherson: Merci beaucoup.

M. Garnett Genuis: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Le représentant de la Fédération internationale pour le planning familial a formulé des commentaires très critiques sur l'industrie pétrolière. J'aimerais qu'il précise s'il s'agit de son opinion personnelle ou si ces commentaires ont été formulés au nom de son organisation.

Le président: Notre temps est écoulé, monsieur Genuis.

À ce stade, j'aimerais remercier Mme Sully, Mme Akello et M. Bermejo. Je suis réellement désolé pour les difficultés techniques que vous avez rencontrées. Nous veillerons à ce que vos remarques soient traduites en français et distribuées à tous les députés. Je vous remercie tous les trois de nous avoir fait part de votre point de vue et de votre expertise.

Nous allons suspendre la séance pendant environ trois ou quatre minutes, afin de passer au groupe de témoins suivant.

Si vous êtes en ligne, vous pouvez rester sur le lien actuel. Vous n'avez pas besoin de sortir et de revenir.

Allez-y, madame Bendayan.

Mme Rachel Bendayan (Outremont, Lib.): Monsieur le président, j'invoque le Règlement. Pourrions-nous prolonger la réunion, étant donné que nous avons dépassé 12 h 20?

Le président: Nous pouvons peut-être prolonger la séance de 10 minutes.

Merci.

• (1220) _____ (Pause) _____

• (1230)

Le président: Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et à la motion adoptée par le Comité le lundi 20 juin 2022, le Comité reprend son étude sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes dans le monde.

J'ai le plaisir d'accueillir trois témoins au sein du Comité. Tout d'abord, nous accueillons Mme Krystyna Kacpura, de la Foundation for Women and Family Planning. Nous avons ensuite Mme Julie Thérault-Séguin, qui travaille au Centre d'étude et de coopération internationale. Enfin, Mme Theresa Okafor, de la Foundation for African Cultural Heritage.

Bienvenue à vous trois.

J'aimerais formuler quelques commentaires à l'intention des témoins qui se joignent à nous par vidéoconférence aujourd'hui. Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Vous devez cliquer sur l'icône du microphone pour l'activer, et veuillez vous mettre en sourdine lorsque vous n'avez pas la parole. Pour les personnes qui utilisent Zoom, la fonction d'interprétation se trouve au bas de l'écran et vous avez le choix entre l'audio du parquet, l'anglais ou le français. Les personnes présentes dans la salle peuvent utiliser les écouteurs et sélectionner le canal de leur choix. Je rappelle aux trois témoins que tous les commentaires doivent être adressés à la présidence. Vous disposerez chacune de cinq minutes. Une fois que les cinq minutes des trois témoins seront écoulées, nous passerons aux questions des députés. Si je montre ce panneau, vous devrez conclure vos commentaires ou vos réponses aux questions dans un délai de 30 secondes.

Nous allons d'abord donner la parole à Mme Kacpura. Vous disposez de cinq minutes.

• (1235)

Mme Krystyna Kacpura (présidente, Foundation for Women and Family Planning): Merci, monsieur le président.

Je suis présidente de la Foundation for Women and Family Planning, qui est la toute première ONG polonaise à mener le processus de promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs en Pologne. Elle a été créée en 1991. Depuis lors, nous surveillons la mise en œuvre de la loi et plaidons en faveur de la libéralisation et de la dépénalisation de l'avortement.

Depuis le début de la guerre en Ukraine, FEDERA — qui est l'abréviation du nom de notre organisation — aide les femmes et les jeunes filles ukrainiennes à accéder à leurs droits sexuels et reproductifs. En outre, nous prenons part à diverses initiatives de promo-

tion des droits, aux côtés d'ONG internationales et de partenaires, afin d'assurer une réponse en matière de droits sexuels et reproductifs et de violence fondée sur le sexe pour les réfugiés.

L'objectif même de la création de la FEDERA était l'existence et le contrepois des conséquences de la perte progressive de l'autonomie des femmes polonaises pour ce qui est de l'accès à l'avortement légal. Pendant près de 30 ans, la loi a permis l'accès à l'avortement pour trois motifs minimums figurant dans la loi de janvier 1993 sur la planification familiale, la protection de l'embryon humain et les conditions de l'interruption légale de grossesse.

En octobre 2020, la situation s'est aggravée à la suite de la décision politique du Tribunal constitutionnel. Ce dernier a estimé que certaines dispositions de la loi qui prévoyaient la légalité de l'accès des femmes à l'avortement étaient inconstitutionnelles, notamment celles liées aux anomalies fœtales. La décision du Tribunal est entrée en vigueur en janvier 2021. Elle a considérablement réduit la protection déjà très limitée de l'accès des femmes à l'avortement légal en Pologne et a abouti à une interdiction quasi totale de l'avortement.

Outre la quasi-absence d'accès à l'avortement légal, l'accès à la contraception, en particulier à la contraception d'urgence, est limité. Les adolescents polonais souffrent de l'absence d'une éducation sexuelle complète.

Nous ne pouvons pas examiner le recul des droits sexuels et reproductifs que connaît la Pologne sans tenir compte de l'incidence du mouvement transnational antigénre, qui est très puissant en Pologne et opère en synergie avec le gouvernement ultraconservateur actuel.

Cette décision régressive est contraire aux obligations de la Pologne qui figurent dans les traités internationaux relatifs aux droits de la personne et dans la Convention européenne des droits de l'homme. En tant qu'État partie à sept traités internationaux relatifs aux droits de la personne, la Pologne est tenue de veiller à ce que l'avortement soit légal, au minimum, lorsque la vie ou la santé d'une femme est en danger, lorsque la grossesse implique une malformation fœtale grave ou mortelle ou lorsque la grossesse découle d'une agression sexuelle.

En outre, en supprimant un droit légal préexistant à l'accès à l'avortement, la Pologne a agi en contradiction avec le principe de droit international de non-rétrogression, qui interdit aux États de prendre des mesures qui sapent, restreignent ou suppriment des droits ou des prérogatives existants. De même, cette décision fait que la Pologne ne se conforme pas aux arrêts susmentionnés de la Cour européenne des droits de l'homme et, compromet donc encore davantage le respect de l'État de droit.

Ce changement juridique régressif a gravement porté atteinte à la santé et à la vie des femmes en les obligeant à mener leur grossesse à terme contre leur gré, à se rendre dans d'autres pays européens pour obtenir des soins d'avortement sûrs et légaux ou à recourir à des avortements clandestins en dehors du champ d'application de la loi polonaise.

L'arrêt du Tribunal constitutionnel a eu des conséquences fatales. Des femmes meurent à cause de cet arrêt et de l'effet dissuasif qu'il a sur les médecins, qui ont peur de mener des activités pouvant être qualifiées d'avortements. Ils attendent trop longtemps pour provoquer les accouchements de mort-nés. Ils attendent trop pour extraire un fœtus mort dans les temps, et ils hésitent à mettre un terme à une grossesse extra-utérine.

Entendez leurs noms: Justyna est décédée en décembre 2020. Izabela, Anna de Świdnica et Dominika sont décédées en 2021. Agnieszka et Marta sont toutes deux décédées en 2022.

• (1240)

La décision a considérablement réduit l'accès aux tests pré-nataux. Des femmes qui communiquent avec FEDERA nous disent que les médecins ne prescrivent plus ces tests ou sont avarés de commentaires sur les résultats. On constate une augmentation du nombre de nourrissons qui naissent avec des problèmes graves ou mortels, et qui meurent peu de temps après leur naissance. Les familles qui décident de prendre soin d'un enfant malade ne bénéficient presque d'aucun soutien institutionnel.

FEDERA et d'autres organismes de défense des droits des femmes fournissent de l'information sur les façons d'avoir accès à un avortement médical, à un avortement à l'étranger, et dans certains cas très précis...

Le président: Madame Kacpura, je vous demanderais de clore votre déclaration dans les 20 prochaines secondes environ.

Mme Krystyna Kacpura: Très bien.

Il y a des avortements, bien entendu. La loi très contraignante n'empêche pas les femmes d'obtenir un avortement, mais le processus peut être fastidieux, coûteux et angoissant.

Il s'agit également d'une injustice reproductive, car cette loi heurte en particulier les plus pauvres.

Je vous remercie beaucoup.

Le président: Je vous remercie beaucoup, madame Kacpura.

Nous passons à Mme Thérroux-Séguin.

Vous disposez aussi de cinq minutes.

[Français]

Mme Julie Thérroux-Séguin (leader thématique principale, Droits des femmes et des filles, Centre d'étude et de coopération internationale): Merci beaucoup de cette occasion de vous rencontrer aujourd'hui.

Je viens vous parler au nom du Centre d'étude et de coopération internationale, le CECI. Cette organisation canadienne, fondée en 1958, a son siège social à Montréal et est active dans plus de 15 pays, notamment en Afrique, en Amérique latine, dans les Caraïbes — principalement en Haïti — et en Asie.

La mission du CECI est de combattre la pauvreté, l'exclusion et les inégalités, notamment par l'entremise de programmes sur les droits des femmes, le renforcement du pouvoir économique et l'adaptation aux changements climatiques, et de travail dans des communautés vivant un contexte fragile.

Le CECI met en œuvre des projets sur la santé sexuelle et reproductive depuis plus de 35 ans, prônant notamment l'accès à des soins de santé égalitaires pour les mères et les enfants, l'amélioration de la qualité de ces services, ainsi que la réduction des vio-

lences faites aux femmes et aux filles. Dans les dix dernières années environ, de tels projets ont été menés notamment en Haïti, au Mali, au Rwanda, en République démocratique du Congo et au Burundi.

Nous constatons actuellement qu'il y a effectivement un recul des droits en matière de santé sexuelle et reproductive. Différents facteurs sont en cause, mais certains nous apparaissent prédominants et récurrents dans plusieurs pays dans le monde. J'en aborderai seulement quatre pour l'instant.

Le premier facteur est la diminution du financement public et international consacré aux soins de santé sexuelle et reproductive, à l'éducation sexuelle complète et aux activités de sensibilisation. Cela a entraîné une réduction des services de consultation, des activités de sensibilisation dans les régions rurales et des services décentralisés. Cela nuit aussi aux régions touchées par des conflits. Les systèmes perdent en efficacité, et le recours à la technologie, par exemple pour des téléconsultations, est relativement rare.

Le deuxième facteur est la montée d'un discours mondial réfractaire, voire parfois hostile aux droits des femmes et des filles, à l'égalité des genres, à la planification familiale, aux méthodes contraceptives et à une éducation sexuelle complète, faisant régresser les droits en matière de santé sexuelle et reproductive, surtout pour les populations les plus marginalisées.

Le troisième facteur est l'inadéquation entre les besoins des femmes et des filles et les formations cliniques ou favorisant des approches plus égalitaires. Par exemple, dans les pays où l'avortement est interdit, le personnel médical manque de connaissances sur les soins à donner après un avortement, même dans les cas d'une interruption de grossesse non volontaire. Ce personnel manque aussi de formation sur les compétences d'accompagnement tenant compte des besoins des femmes ou des difficultés que les femmes peuvent rencontrer.

Le dernier facteur est la persistance des violences sexuelles et basées sur le genre. Le manque de compétences d'accompagnement chez le personnel de santé pour aider les victimes et survivantes de violences sexuelles et basées sur le genre réduit le nombre de femmes qui cherchent de l'aide, ce qui peut les pousser à prendre des risques pour leur santé, comme provoquer une interruption de grossesse dans des conditions dangereuses.

Comme quelques témoins l'ont fait avant moi, je voudrais rappeler à cet égard que, selon l'Organisation mondiale de la santé, 13,2 % des décès maternels chaque année sont attribuables à un avortement insalubre. Toujours selon cet organisme, les restrictions en matière d'accès à l'avortement ne permettent pas de réduire le nombre d'avortements, mais ont une incidence sur leur salubrité et sur leur respect de la dignité.

Sur la base de cette expérience et des bonnes pratiques issues de nos différents projets, le CECI recommande au Canada de prendre plusieurs mesures.

Il faudrait d'abord qu'il augmente le financement destiné à la santé sexuelle et reproductive, plus particulièrement en axant son intervention sur la reconnaissance et la compétence de l'expertise canadienne, notamment celle des organisations non gouvernementales et des universités qui travaillent dans le domaine international pour soutenir des populations partout dans le monde. Ces institutions permettent notamment de soutenir des initiatives de collaboration visant à harmoniser le travail des acteurs des services de santé avec celui des organisations de la société civile, en particulier des groupes de femmes et des collectivités décentralisées.

Il faudrait ensuite soutenir la participation des organisations de la société civile locale. Je fais d'ailleurs le lien avec la localisation de l'aide en particulier. Ce travail doit s'effectuer spécifiquement avec des organisations de femmes qui peuvent faire le lien avec les services officiels de santé. Cette pratique s'est avérée particulièrement efficace pour encourager les victimes de violence basée sur le genre à consulter, et pour leur assurer un suivi adéquat.

• (1245)

Il faudrait également assurer un soutien à l'utilisation de nouvelles technologies et à des approches permettant une couverture médicale dans des régions éloignées, moins bien desservies ou touchées par des crises prolongées.

Il faudrait enfin assurer une éducation médicale formelle, avec des cursus universitaires égalitaires et abordant les questions de santé sexuelle et reproductive, notamment l'avortement, comme des questions de santé publique et non comme des questions culturelles. En outre, le savoir clinique serait jumelé aux compétences d'accompagnement tenant compte du genre des personnes.

En terminant, je voudrais faire une recommandation concernant l'impact que peut avoir le Canada sur les plans législatif et politique. Il peut effectivement encourager, de façon directe ou par l'entremise d'institutions multilatérales, la modification de lois discriminatoires dans certains pays, ou le renforcement de dispositifs législatifs au moyen de nouvelles lois ou de décrets d'application.

À titre d'exemple, le Mali a voté une loi sur la santé sexuelle et reproductive il y a 20 ans...

[Traduction]

Le président: Madame Théroux-Séguin, vous dépassez considérablement le temps alloué. Puis-je vous demander de conclure dans les 20 prochaines secondes, s'il vous plaît?

Mme Julie Théroux-Séguin: D'accord.

[Français]

Pour terminer, nous recommandons que le Canada soutienne les dispositifs législatifs, ce qui peut être fait dans le cadre de l'examen périodique universel du Conseil des droits de l'homme des Nations unies, et qu'il favorise les recommandations visant l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive.

Merci beaucoup.

• (1250)

Le président: Merci beaucoup, madame Théroux-Séguin.

[Traduction]

Nous passons maintenant à Mme Okafor.

Vous disposez aussi de cinq minutes. Vous avez la parole. Je vous remercie.

Mme Theresa Okafor (directrice, Foundation for African Cultural Heritage): Je vous remercie, monsieur le président.

Bonjour à tous.

C'est un honneur et un privilège pour moi de pouvoir prendre la parole au sujet de la motion demandant au comité permanent des affaires étrangères de procéder à une étude approfondie sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes dans le monde.

Les droits en question ne sont pas ceux que défendent les gouvernements ou les citoyens des pays africains, à l'exception de quatre d'entre eux. Ce sont ceux de groupes de pression qui ont des intérêts particuliers et qui ne se soucient pas des effets que cela peut avoir. Comme j'ai représenté mon gouvernement en tant que déléguée aux Nations unies à New York pendant quatre ans, et que j'ai travaillé en étroite collaboration avec le Groupe d'Afrique, je peux vous dire que nous sommes profondément préoccupés par cette ingérence paternaliste dans les affaires d'une autre personne qui se fait de manière coercitive ou au prétexte de vouloir améliorer son sort. C'est une approche qui continue à perpétuer la mendicité, la faim, la maladie, l'oppression et l'esclavage moderne en Afrique.

Les femmes africaines doivent recevoir une aide qui ne les prive pas du droit à leur stabilité familiale, du droit d'élever leur intellect et leur sens moral, ou du droit à leur émancipation économique et à leur inclusivité sociale, c'est-à-dire à l'équité et à des soins de santé adéquats. Ces droits sont en grande partie ignorés et remplacés par des droits non sollicités à l'avortement, à des avortements sûrs — peu importe ce que cela signifie —, à la contraception et à une éducation sexuelle complète, pour ne donner que quelques exemples.

Je sais que le Canada s'est engagé à accroître son financement afin qu'il atteigne en moyenne 1,4 milliard de dollars par année d'ici 2023-2024, et il s'est aussi engagé à maintenir ce niveau de financement jusqu'en 2030. De ce total, 700 millions de dollars visent à promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs dans le monde, ce qui comprend la contraception, l'avortement et une éducation sexuelle complète.

Je dois dire que j'ai été choquée et scandalisée par les propos tenus par des membres du Comité, des représentants d'Affaires mondiales Canada et d'autres témoins qui ont une approche impérialiste de l'aide aux pays sous-développés. Le militantisme exercé pour libéraliser les lois dans les pays qui sont contre l'avortement équivaut à miner les processus législatifs et démocratiques dans ces États souverains et à saper leurs valeurs profondes et leurs solides traditions culturelles.

Il devient de plus en plus clair que le financement et la politique d'aide internationale féministe visent moins l'aide, l'émancipation, les soins de santé et la réduction de la pauvreté que la colonisation idéologique.

Si on parle de droits, je me demande si un gouvernement a le droit d'imposer ses croyances sur l'avortement à des pays qui s'y opposent toujours. La majorité des pays africains continuent de protéger la vie à toutes ses étapes et préfèrent se concentrer sur de vrais soins de santé qui aident vraiment les femmes, les mères, leurs enfants et leurs familles. J'espère sincèrement que nous serons tous d'accord sur le fait que ce sont là les priorités sur lesquelles nous devrions nous concentrer.

En guise de conclusion, je mentionne quatre points à retenir. Il n'existe aucun droit international à l'avortement et à une éducation sexuelle complète, soit un élément clé de la santé et des droits sexuels et reproductifs, car un grand nombre d'États membres des Nations unies s'opposent fermement à l'établissement de tels droits. Au contraire, le langage consensuel des Nations unies montre que les États membres ont convenu d'aider les femmes à éviter les avortements. Qui plus est, les organisations des Nations unies n'ont pas le droit d'encourager l'avortement comme méthode de planification familiale.

En Afrique, les soins de santé reproductive sont les soins de santé maternelle. Il est suicidaire d'importer des pratiques et des modes de vie qui sont étrangers à l'Afrique. En 1994, dans le document sur les résultats de la Conférence internationale sur la population et le développement, on enjoignait aux gouvernements de prendre des mesures appropriées pour aider les femmes à éviter l'avortement, qui ne doit en aucun cas être encouragé comme méthode de planification familiale.

J'aimerais mentionner ici, avec votre permission, monsieur le président, que de nombreux pays africains sont inondés de condoms et de moyens de contraception qui viennent des pays occidentaux et qui leur sont envoyés pour répondre à un faux besoin de contraception, alors que ce dont ils ont vraiment besoin, c'est d'eau, de nourriture, de logements, d'emplois et d'une éducation de qualité qui pourrait rompre le cycle intergénérationnel de la pauvreté et du problème de l'employabilité, et rendre les règles du jeu équitables pour tous, peu importe les circonstances de leur naissance. Les vrais besoins non comblés sont ceux qui concernent la santé maternelle, car nous avons besoin de banques de sang pour prévenir les hémorragies responsables de 33,9 % des cas de mortalité maternelle.

• (1255)

Un autre besoin non comblé est le...

Le président: Madame Okafor, vous avez dépassé considérablement le temps qui vous était alloué.

M. Garnett Genuis: J'invoque le Règlement, monsieur le président. Je chronomètre les témoins, et vous avez alloué à Mme Kacpura six minutes et 15 secondes. Vous venez de dire à la témoin actuelle qu'elle dépasse considérablement le temps alloué en étant à cinq minutes et une seconde. Je pense...

Le président: Non, elle en est à six minutes selon ma...

M. Garnett Genuis: Monsieur le président, étant donné que les points de vue diffèrent, vous devriez veiller à ce que les témoins qui ont des points de vue différents sur le sujet bénéficient du même temps pour les présenter...

Le président: Monsieur Genuis, vous pouvez être certain que ce sera le cas.

M. Garnett Genuis: ... au lieu de couper court à une témoin qui a un point de vue différent.

Le président: Vous pouvez en être certain, monsieur Genuis.

M. Garnett Genuis: Je n'en suis pas si certain.

Le président: Excusez-moi? Vous n'en êtes pas si certain?

Mme Theresa Okafor: Monsieur le président, puis-je conclure?

Le président: Oui, vous pouvez conclure, mais je vais vous demander de le faire en 20 ou 30 secondes, s'il vous plaît, afin qu'il nous reste du temps pour les questions.

Je vous remercie.

Mme Theresa Okafor: Parmi les autres besoins non comblés, il y a aussi un environnement de naissance hygiénique pour prévenir les infections, qui sont responsables de 9,7 % des décès en Afrique. Nous avons besoin de soins obstétricaux d'urgence et d'une bonne alimentation pour pouvoir l'éclampsie, l'arrêt de progression du travail et l'anémie.

Les envois massifs de condoms et de moyens de contraception sont une preuve concrète de colonialisme sexuel et socioculturel. Beaucoup d'Africains savent très bien que la santé et les droits sexuels et reproductifs sont simplement « le ver dans la pomme » de l'aide en nature fournie à l'Afrique. Peut-on passer du modèle fondé sur les déficits voulant que l'Afrique existe parce que les problèmes existent, à un modèle qui conçoit la femme africaine comme une personne et une protagoniste dans l'histoire du développement qui a la capacité morale, par ses choix, de changer sa vie?

Je vous remercie.

Le président: Je vous remercie, madame Okafor.

Nous passons maintenant aux questions des membres du Comité et à la première intervenante, Mme Shelby Kramp-Neuman.

Vous avez trois minutes.

Mme Shelby Kramp-Neuman (Hastings—Lennox and Addington, PCC): Je vous remercie.

Je veux commencer par saluer et remercier nos témoins qui ne sont pas avec nous en personne, mais le sont virtuellement. Il est assurément impérieux de défendre la cause de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes, et il est extrêmement important d'être ouverts aux idées et de veiller à ce que les droits et les voix soient respectés.

Je vais commencer par dire que dans l'Afrique subsaharienne, beaucoup d'adolescentes manquent de connaissances sur les menstruations et les maladies sexuellement transmissibles. Il est donc indispensable de mieux les éduquer sur la santé sexuelle et reproductive. Je comprends que le VIH est répandu. Le VIH est bien connu, mais on connaît moins bien notamment les menstruations et les infections transmissibles sexuellement. Si on veut mieux comprendre comment aider ces adolescentes à prendre des décisions éclairées pour avoir des expériences positives et se protéger des risques, je pense que l'éducation est la clé pour y arriver.

Ma première question s'adresse à Mme Okafor. Notre témoin précédent nous a dit que la meilleure façon d'utiliser l'aide extérieure, c'est d'investir dans les cliniques et l'éducation. Pouvez-vous nous dire quelle est la meilleure façon pour nous de financer la santé et les droits reproductifs des femmes en finançant les soins de santé et l'éducation?

Je vous remercie.

Mme Theresa Okafor: Je vous remercie de la question.

Je vais répéter que les soins de santé les plus importants sont ceux qui peuvent prévenir la mortalité maternelle. Nos jeunes ont besoin d'éducation sur nos valeurs, une éducation qui peut cultiver les valeurs humaines, des valeurs morales qui peuvent élever l'intellect de la société. Nous ne voulons pas qu'on nous impose des valeurs qui, en fait, priorisent la sexualité sur notre continent.

Le seul moyen de sortir notre continent de la pauvreté, c'est d'accorder la priorité à des domaines qui en ont besoin: l'employabilité, l'emploi dans un marché du travail saturé de jeunes qui cherchent un emploi. Nous avons besoin d'information pour savoir comment faire en sorte que l'éducation rende les règles du jeu équitables pour tous, peu importe les circonstances de leur naissance.

Nous avons besoin de ce qui peut aider les mères et les enfants, qui sont la clé de voûte pour permettre à un pays de se développer. Ce sont les pierres d'assise d'un pays. Nous avons besoin de ce qui peut les aider à s'épanouir, et non de prioriser la sexualité tout le temps, car je vois qu'on est obsédé par la sexualisation de notre continent. C'est le problème que nous avons aux Nations unies, où les discussions, au lieu d'être axées sur des sujets comme une saine gouvernance, l'employabilité, une éducation de qualité, l'alimentation, l'eau potable et une saine nutrition, sont souvent déviées vers d'autres sujets qui fragilisent notre continent.

Je vous remercie.

• (1300)

Le président: Je vous remercie.

Nous passons maintenant à Mme Bendayan pendant trois minutes.

[Français]

Mme Rachel Bendayan: Merci, monsieur le président.

Madame Théroux-Séguin, j'aimerais dans un premier temps vous remercier pour le travail que vous faites avec votre organisme, qui œuvre à Montréal depuis 1958.

Plusieurs témoins ont dit que le fait de restreindre l'accès à l'avortement ne permettait pas de réduire le nombre d'avortements. J'aimerais entendre votre point de vue à ce sujet. Avez-vous des statistiques ou de l'information additionnelle que vous pouvez fournir au Comité, que ce soit maintenant ou plus tard, par écrit?

Mme Julie Théroux-Séguin: Les données que je vous ai fournies viennent de l'Organisation mondiale de la santé. Elles sont donc publiques. Elles démontrent justement qu'à l'échelle mondiale, les avortements insalubres causent environ 13 % de tous les décès maternels et que certaines régions sont plus touchées que d'autres. Je peux effectivement vous donner des informations sur ces éléments.

Mme Rachel Bendayan: Plus précisément, nous vous serions reconnaissants de nous envoyer les données que vous avez, le cas échéant, indiquant que le fait de restreindre l'accès à l'avortement n'en réduit pas le nombre.

Mme Julie Théroux-Séguin: En fait, le fait de restreindre l'accès à l'avortement n'en réduit pas le nombre, mais fait que les avortements qui sont pratiqués sont plus insalubres. Cette restriction met donc plus en danger la vie des femmes. C'est documenté.

Mme Rachel Bendayan: Merci beaucoup, madame Théroux-Séguin.

[Traduction]

Madame Kacpura, j'aimerais vous poser une question pendant le temps qu'il me reste.

Croyez-vous que les droits sexuels et reproductifs des femmes, y compris le droit à l'avortement, sont des droits de la personne?

Mme Krystyna Kacpura: Je vous remercie de poser la question.

Nous croyons fermement, bien entendu, que ce sont des droits de la personne fondamentaux.

Mme Rachel Bendayan: Vous nous avez parlé en détail de la décision du tribunal constitutionnel rendue en Pologne en 2020, et vous avez dit que cela équivaut en fait à une interdiction presque totale des avortements légaux dans ce pays. Vous avez aussi mentionné que des femmes meurent en raison de cette décision.

J'aimerais que vous nous en disiez plus sur le principe de non-rétrogression, dont vous avez parlé aussi dans votre déclaration liminaire. Dans sa forme la plus pure, je comprends que ce principe signifie qu'un gouvernement...

Le président: Madame Bendayan, vous avez dépassé votre temps.

Nous pouvons lui accorder 20 ou 30 secondes pour répondre.

Mme Rachel Bendayan: Madame Kacpura, pourriez-vous parler du principe de non-rétrogression?

Mme Krystyna Kacpura: On peut difficilement parler de rétrogression, car ces lois restrictives perdurent depuis plus de 30 ans. Nous nous sommes débrouillées. Chaque année, nous avons plus de 120 000 avortements, qui sont faits principalement à la maison à l'aide de pilules. Certains sont pratiqués dans des pays voisins de l'Union européenne.

Nous sommes un pays démocratique au cœur de l'Europe, alors on peut facilement avoir accès à des services d'avortement sûrs, mais il faut connaître la langue, vivre dans une grande ville et avoir accès à Internet. Et il faut de l'argent.

• (1305)

Le président: Je vous remercie, madame Kacpura. Je suis désolé, mais vous avez dépassé considérablement le temps alloué.

Nous passons maintenant à Mme Larouche.

Vous avez trois minutes.

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être ici aujourd'hui, le 7 mars. Je répète la date parce que demain, le 8 mars, nous soulignerons la Journée internationale des femmes, alors que la majorité des témoins ont démontré clairement qu'il y avait malheureusement un recul des droits des femmes dans le monde en matière de santé sexuelle et reproductive.

Cela me frappe. On ne peut plus se dire féministe et contribuer à un recul de ces droits. On ne peut pas continuer à stagner non plus. Il faut avancer et travailler à renforcer continuellement ces droits. Gardons cela en tête demain, le 8 mars, alors que nous soulignerons cette journée. Pour moi, c'est essentiel.

Madame Théroux-Séguin, je vais d'abord m'adresser à vous. Je joins ma voix à celle de ma prédécesseure afin de vous féliciter pour le travail que vous faites depuis si longtemps en matière de coopération internationale.

En 2019, le gouvernement libéral avait annoncé qu'à partir de 2023, il augmenterait son financement à l'appui de la santé des femmes et des filles dans le monde pour atteindre 1,4 milliard de dollars par année pour une période de 10 ans. Cela équivaut à un investissement annuel de 723 millions de dollars pour appuyer les droits en matière de santé sexuelle et reproductive.

Est-ce que ces 700 millions de dollars sont suffisants? Sinon, quel serait le chiffre idéal, selon vous et le Centre d'étude et de coopération internationale?

Mme Julie Théroux-Séguin: Lors de la Semaine du développement international, qui a eu lieu dernièrement, nous avons pu démontrer que le financement pour le développement international n'est pas à son plus haut niveau actuellement. Bien au contraire, il se situe à 0,32 % du produit intérieur brut du Canada, alors qu'on demande que ce financement soit augmenté graduellement afin d'atteindre 10 milliards de dollars en 2025.

Cette demande concerne le financement de toute l'aide internationale, pas seulement l'aide en matière de santé sexuelle et reproductive. Je pense que plusieurs secteurs doivent être financés. Comme je l'ai dit plus tôt, outre la santé sexuelle et reproductive, il faut aussi offrir un soutien aux organisations et au mouvement des femmes, qui sont à l'avant-plan en ce qui concerne l'éducation et la sensibilisation en matière de santé sexuelle et reproductive.

Mme Andréanne Larouche: On dit que 97 % des avortements non sécuritaires ont lieu dans des pays en développement, et que les avortements sont la cause de 4,7 % à 13,2 % de tous les décès maternels dans le monde. Ce sont des chiffres qui sont cruciaux.

Vous avez dit qu'il fallait que cette question ne soit plus traitée comme une question culturelle, mais comme une question de santé publique. Comment le Canada, qui se targue d'avoir une politique internationale féministe, pourrait-il et devrait-il donner suite à cette étude et continuer à travailler à améliorer les droits en matière de santé sexuelle et reproductive dans le monde?

Mme Julie Théroux-Séguin: Il devrait le faire en travaillant sur la jonction entre les services communautaires, les services de soins de santé, les cursus universitaires ici et les lois.

Des lois sont déjà en place. J'ai donné l'exemple du Mali, où une loi sur la santé sexuelle et reproductive a été adoptée par le Parlement il y a 20 ans. Cependant, il n'y a pas eu de décret d'application. Il y a parfois des mouvements qui bloquent les décrets qui sont sur le point d'être mis en vigueur. La société civile est très forte, mais elle va manquer de financement et ne sera plus en mesure d'agir comme opposition ou contrepoids à ces autres dialogues.

Je pense donc qu'il est important de soutenir un dialogue constant sur la base des faits, et non sur la base d'une situation imposée par une perception culturelle.

Le fait que les avortements ne sont pas permis et qu'il n'y a pas suffisamment de sensibilisation en matière de santé sexuelle et reproductive met en danger la santé des femmes et des filles.

Le président: Je vous remercie.

• (1310)

[Traduction]

Nous passons maintenant à Mme McPherson pendant trois minutes pour la dernière question.

Mme Heather McPherson: Je vous remercie beaucoup. Je remercie tous les témoins de leur témoignage aujourd'hui. C'est très important.

J'aimerais commencer par Mme Kacpura. Je vous remercie, madame Kacpura, d'être avec nous aujourd'hui. Je sais que vous avez donné généreusement de votre temps quand le comité des affaires étrangères était en Pologne. Vous nous avez parlé des conséquences pour les Ukrainiennes, les femmes et les filles qui fuient la violence

dans leur pays. Vous nous avez raconté des histoires vraiment horribles sur ce que subissent certaines femmes, et le fait qu'il est impossible pour elles d'avoir accès à des services et du soutien en santé sexuelle et reproductive.

J'aimerais que vous racontiez cela aux membres du Comité.

Mme Krystyna Kacpura: Dès le début de la guerre, nous savions que FEDERA devait aider les réfugiées ukrainiennes, les femmes et les filles, car notre gouvernement ne leur fournirait pas des services de santé reproductive. Nous avons mis en place une ligne d'urgence pour les femmes en langue ukrainienne. Nous avons fait imprimer une brochure et un guide pour elles. Nous avons aidé en particulier, au début de la guerre, de nombreuses jeunes filles et femmes — mais pas seulement des jeunes — qui avaient été violées.

C'était très difficile d'obtenir le témoignage des femmes qui avaient été violées, car elles ne voulaient pas en parler. Elles voulaient oublier le plus vite possible. À la fin de l'une de ces conversations — et j'en ai eu de nombreuses —, une femme m'a dit: « J'ai été violée par quatre hommes et je ne me souviens pas de ce qui s'est passé ensuite, car je me suis évanouie. Ce que je souhaite avant tout, c'est que cela reste secret. Cela ne concerne que moi. Aidez-moi à m'en sortir. Aidez-moi à avoir un avortement, car je suis enceinte de huit semaines. » Nous l'avons aidée, bien entendu.

C'est très difficile de recueillir des témoignages de femmes qui ont été violées, car tout ce qu'elles veulent, c'est avoir accès à des services d'avortement. Elles ne veulent pas en parler. Elles ne veulent pas s'adresser au procureur ou à la police. En Pologne, l'avortement à la suite d'un viol est encore légal, mais la procédure est très compliquée. Nous avons déployé beaucoup d'efforts pour sensibiliser le ministre de la Santé de notre gouvernement et faire en sorte qu'on s'occupe de ce type d'avortement.

Dans le cas des femmes qui ont été violées, une procédure spéciale est en place, car il s'agit d'un crime de guerre. Nous avons fait appel aussi à l'Union européenne, au Parlement, pour que cela bénéficie d'un traitement spécial. Il ne faut pas leur demander de noms et une description de ce qui s'est passé, car elles ne veulent pas en parler. Elles craignent que quelqu'un d'autre apprenne qu'elles ont été violées. Une d'elles m'a dit: « Pouvez-vous imaginer ma vie après la guerre? Pouvez-vous imaginer mon mari et ma famille? Si mon mari apprend que j'ai été violée par plusieurs soldats russes, nos plus grands ennemis, il ne me touchera plus. Je ne serai plus sa femme. »

Ce n'est pas facile.

Le président: Je vous remercie, madame Kacpura.

Mme Heather McPherson: Je vous remercie beaucoup.

Le président: Les membres du Comité souhaitent-ils avoir une autre série de questions de deux minutes?

Très bien, nous allons passer à la série suivante.

Monsieur Genuis, vous avez deux minutes.

M. Garnett Genuis: Je vous remercie, monsieur le président.

Ma question porte sur les avortements illégaux. Je veux poser la question suivante à Mme Okafor: des gouvernements étrangers et des organisations internationales participent-ils à des avortements illégaux, ou les appuient-ils, dans les pays africains? Qui les financent? Aidez-nous à comprendre la dynamique qui entoure cela, s'il vous plaît.

Mme Theresa Okafor: Malheureusement, des gouvernements étrangers soutiennent les avortements dans des pays africains où l'avortement est illégal. Pour être honnête avec vous, c'est une intrusion. Cela ne protège pas la santé mentale de ces femmes, car le syndrome post-avortement existe vraiment.

C'est aussi une intrusion au sens où cela va à l'encontre des valeurs pérennes des pays africains.

• (1315)

M. Garnett Genuis: Je vous remercie. Comme nous n'avons pas beaucoup de temps, pouvez-vous nous nommer des organisations ou des gouvernements qui financent cela? Toute information à ce sujet dans les 45 secondes qui restent serait très utile.

Mme Theresa Okafor: La Fédération internationale pour le planning familial.

M. Garnett Genuis: Je vous remercie.

Aviez-vous autre chose à ajouter?

Mme Theresa Okafor: Il s'agit de la Fédération internationale pour le planning familial. Je peux ajouter que la Politique d'aide internationale féministe est derrière cela en grande partie, donc Af-faires mondiales Canada.

M. Garnett Genuis: Merci.

Pourriez-vous nous fournir de plus amples renseignements là-dessus par écrit, s'il vous plaît? Tout nom ou preuve supplémentaire peut être soumis au Comité par écrit après coup.

Les femmes sont bien plus représentées dans certaines législatures d'Afrique que dans la nôtre, au Canada. Que vous disent les Africaines, plus particulièrement, sur ces questions?

Mme Theresa Okafor: Les Africaines réclament haut et fort que l'on accorde la priorité à ce qui compte vraiment dans leur pays. Ce qui compte vraiment pour les Africaines, c'est l'autonomisation économique et l'inclusion sociale, l'équité. Les inégalités sont légion. La COVID a tout particulièrement imposé un fardeau disproportionné aux Africaines.

Nous parlons de la guerre en Ukraine, mais il y a également des camps de réfugiés dans beaucoup de pays africains. Dans ces camps, la priorité est l'employabilité, soit l'acquisition de compétences, la formation en TI, la littératie numérique et l'élimination du fossé numérique. Il ne s'agit pas d'accorder préséance à leur sexe, parce que cela n'apporte aucun avantage au pays. Nous avons nos façons de gérer les valeurs morales. La stabilité familiale est importante en Afrique, car la famille y est le filet de sécurité.

Merci de m'accorder cette tribune, qui me permet d'exprimer ce dont nous avons vraiment besoin en Afrique.

Mme Rachel Bendayan: Monsieur le président, on m'a interrompue à trois minutes exactement.

Mme Theresa Okafor: Merci.

Le président: Merci, madame Okafor.

Passons à M. Zuberi.

Monsieur Zuberi, vous avez deux minutes.

M. Sameer Zuberi (Pierrefonds—Dollard, Lib.): Je cède mon temps à mon collègue, M. Fry.

Le président: Monsieur Fry, vous avez deux minutes.

L'hon. Hedy Fry: Merci beaucoup, monsieur Zuberi. Je vous en suis reconnaissant.

Je souhaite poser une question à Mme Kacpura.

Je suis très conscient de ce qui se passe en Ukraine. Quand nous avons étudié ce qui se passait en Ukraine, nous avons entendu parler du nombre de viols. Nous savons également que ces femmes, comme vous nous l'avez dit de façon si émouvante, doivent avoir accès à l'avortement. Imaginons qu'une de ces femmes soit réfugiée dans votre pays, en Pologne. Que se passe-t-il alors? En tant que réfugiée, cette femme ne peut pas simplement quitter la Pologne pour obtenir ce service ailleurs en Europe.

Que se passe-t-il? Y a-t-il la moindre raison d'ordre humanitaire reconnue par le gouvernement polonais pour aider les Ukrainiennes dans une situation désespérée du genre?

Mme Krystyna Kacpura: Merci beaucoup pour cette question, monsieur Fry.

Non, il n'y a pas d'exception d'ordre humanitaire permettant d'obtenir des services de santé de la reproduction, surtout des services d'avortement.

Toutefois, nous avons de nombreuses initiatives informelles, des initiatives de femmes avant tout. Ma fondation offre l'accès à un avortement sûr à toutes les réfugiées qui communiquent avec nous. Il ne s'agit pas uniquement de cachets, que nous commandons aux Pays-Bas. Dans certains cas, nous procédons dans des hôpitaux polonais. Nous avons un groupe de gynécologues et d'hôpitaux sympathisants, donc nous avons recours à l'exception pour un avortement légal en Pologne, soit les cas où la vie de la mère ou sa santé est en danger.

Dans de telles circonstances, nous invoquons la santé mentale. Nous avons monté un réseau de psychiatres qui sont consultés par ces femmes et qui émettent ensuite un énoncé spécial précisant que de mener la grossesse à terme mettrait en danger leur santé mentale. Ces avortements sont effectués dans des hôpitaux polonais. Pas dans tous les établissements, bien sûr, car il y a également un article sur l'objection de conscience qui est utilisé par beaucoup de gynécologues. Toutefois, dans certains hôpitaux, ce certificat y donne accès.

• (1320)

L'hon. Hedy Fry: Merci beaucoup, madame Kacpura. C'est une question extrêmement importante pour les femmes d'Ukraine et d'autres...

Le président: Votre temps est écoulé, monsieur Fry.

L'hon. Hedy Fry: Merci.

Le président: Passons à M. Bergeron.

Monsieur Bergeron, vous avez droit à une minute, donc, en gros, à une question.

[Français]

M. Stéphane Bergeron: Merci, monsieur le président.

Madame Thérèse-Séguin, j'aimerais poursuivre sur la lancée de ma collègue de Shefford. Certains témoins ont laissé entendre aujourd'hui qu'il y aurait des régions du monde, particulièrement en Afrique, où l'avortement serait complètement étranger aux cultures locales. Selon vos observations, la pratique de l'avortement, qu'elle soit officielle ou clandestine, est-elle moins fréquente dans les pays africains?

Mme Julie Thérroux-Séguin: Non. Comme il a été dit plus tôt, l'interdiction ne réduit pas l'occurrence. En Amérique latine et en Afrique, la majorité des avortements, approximativement trois sur quatre, ne sont pas salubres. En Afrique, près de la moitié des avortements sont pratiqués dans des conditions des plus dangereuses. Ce n'est donc pas vrai qu'il n'y a pas d'avortements: il y en a.

Comme cela a été mentionné plus tôt, 36 États africains ont signé en 2006 le Protocole de Maputo, lequel autorise l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol ou d'inceste, ou lorsque la grossesse met en danger la santé de la mère.

La réponse est donc non. Nous constatons que des avortements sont pratiqués, effectivement, mais pas dans des conditions propices pour la santé des femmes et des jeunes filles.

M. Stéphane Bergeron: Merci beaucoup.

Le président: Merci.

[Traduction]

Enfin, pour la dernière minute, passons à Mme McPherson. Vous avez une minute.

Mme Heather McPherson: Merci, monsieur le président.

Je vais poser la même question à Mme Kacpura.

Nous avons entendu à diverses reprises aujourd'hui et dans d'autres témoignages que de restreindre l'accès à l'avortement n'empêche pas l'avortement. On empêche seulement l'avortement sans risque. On empêche les femmes d'obtenir des soins de santé sûrs, ce qui met leur vie en danger. Pourriez-vous parler un peu des personnes les plus touchées par cela? Quelles sont les femmes les moins susceptibles de pouvoir obtenir des soins de santé quand on interdit l'avortement?

Ma question s'adresse à vous, madame Kacpura.

Mme Krystyna Kacpura: Merci beaucoup.

Oui, bien sûr, comme je vous l'ai déjà dit, il s'agit d'une injustice reproductive, car c'est une loi draconienne, une loi vraiment restrictive pour les personnes les plus pauvres parmi celles qui sont déjà mal servies, qui n'ont aucun privilège, qui vivent dans de petites bourgades et qui n'ont pas d'argent, car, vous le savez, les personnes éduquées, qui vivent dans les grands centres urbains et qui ont de l'argent, elles, ont facilement accès à l'avortement.

Actuellement, celles qui ont le plus de mal à obtenir des services sont les femmes dont la grossesse est difficile. En Pologne, ces femmes meurent parce que, évidemment, ces grossesses sont voulues. Après un test prénatal, une femme découvre que son fœtus est gravement endommagé, qu'il présente des malformations. Elle ne le sait pas tant que le médecin ne lui traduit pas les résultats du test. Normalement, dans ces circonstances, elle ne veut pas mener la grossesse à terme, et ces exceptions permettant un avortement légal ont été exclues de la loi polonaise. En Pologne, nous avons...

Le président: Merci, madame Kacpura. Le temps est écoulé, j'en ai peur.

Mme Krystyna Kacpura: [Inaudible] 98 % des avortements légaux en raison de malformations fœtales.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Là-dessus, permettez-moi de vous remercier sincèrement, madame Kacpura. Je suis heureux de vous avoir revue.

Merci à Mmes Thérroux-Séguin et Okafor. Nous vous sommes très reconnaissants de nous avoir accordé de votre temps et transmis votre point de vue, qui fera sûrement partie de notre rapport. Merci.

Chers membres, avant de lever la séance, j'attire votre attention sur deux petits points.

D'abord, le budget de l'étude sur la santé et les droits sexuels et reproductifs a été envoyé à tous les membres. Plaît-il au Comité d'adopter le budget?

Des députés: Oui.

Le président: Merci.

En ce qui a trait au projet de loi C-281 et son étude, plaît-il aux membres du Comité de soumettre leur liste de témoins d'ici ce vendredi, à 17 heures?

Des députés: Oui.

Le président: Excellent. Merci infiniment.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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

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

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

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the Copyright Act. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the Copyright Act.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>