



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la condition féminine

FEWO • NUMÉRO 015 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 3 mai 2010

Présidente

L'honorable Hedy Fry

Comité permanent de la condition féminine

Le lundi 3 mai 2010

• (1530)

[Traduction]

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

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, nous réalisons une étude sur la santé maternelle et infantile. Le 12 avril 2010, le Comité permanent de la condition féminine a adopté à l'unanimité la motion suivante en vue d'entreprendre une étude sur la santé maternelle et infantile:

Que le comité étudie la santé maternelle et la santé infantile, suite à l'annonce du gouvernement de faire de sa stratégie sur la santé maternelle et la santé infantile une priorité, lors de la tenue du G-8 au mois de juin dont le Canada sera l'hôte, pourvu que ce soit terminé avant la fin de mai.

C'est pour cela que nous effectuons l'étude maintenant: pour pouvoir la terminer et présenter notre rapport avant la fin du mois de mai.

Nous tiendrons quatre séances sur le sujet. Au cours des deux premières, nous accueillerons des organismes non gouvernementaux et des coalitions se spécialisant dans les questions liées au développement et à la santé des mères et des enfants.

Aujourd'hui, nous recevons trois groupes de témoins. Nous avons parmi nous la Dre Dorothy Shaw, porte-parole canadienne du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant; Janet Hatcher Roberts, directrice générale de la Société canadienne de santé internationale; et Jill Wilkinson, présidente de Women Deliver.

Je vous souhaite la bienvenue et vous remercie d'avoir pris le temps de comparaître devant nous pour faire un exposé et répondre aux questions que tous, bien sûr, vous poseront.

Chacun de vos groupes dispose de 10 minutes pour prononcer une allocution. Je vous donnerai un avertissement lorsqu'il vous restera deux minutes. Ensuite, nous passerons aux séries de questions et réponses. Je crois que nous pourrions peut-être effectuer deux tours de table, mais nous verrons.

L'ordre de présentation des déclarations des témoins suivra celui où ils apparaissent dans l'ordre du jour. Nous allons donc commencer par la Dre Dorothy Shaw, du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

[Français]

Dre Dorothy Shaw (porte-parole du Canada, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH)): Bon après-midi à tous, madame la présidente, docteur Fry, et membres du comité. Merci de m'avoir donné l'occasion de vous rencontrer.

Je parlerai en anglais, parce que ce sera plus facile pour moi d'expliquer ces choses très importantes.

[Traduction]

Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ou PMNCH, est basé à Genève. Il regroupe 300 organisations, y compris L'ONU, avec ses quatre partenaires de la santé, ou « H4 »; des professionnels de la santé; des universitaires; des donateurs et des organismes de financement. Le Partenariat relève de l'OMS, et durant les six prochaines années, il aura pour objectif que toute grossesse soit voulue, que toute naissance soit sécuritaire, que tout nouveau-né ou enfant soit en santé, et qu'on sauve la vie de plus de 10 millions de femmes et d'enfants d'ici 2015.

La diapositive suivante, que vous devez avoir devant vous, vous donne certaines statistiques sur la situation dans le monde. Je ne vais pas vous les lire toutes, mais j'aimerais attirer votre attention sur le fait que ce chiffre de 536 000 décès maternels est une estimation, car c'est la donnée la plus récente de l'ONU dont nous disposons. D'après un article publié récemment dans *The Lancet*, ce chiffre pourrait être de 342 900. En fait, ce serait un heureux progrès, compte tenu de tous les efforts qu'on a déployés au chapitre de la santé maternelle, surtout ces dernières années. Nous espérons assister à un certain progrès. Le fait est que chaque année, des centaines de milliers de femmes continuent de mourir de causes évitables.

J'espère que vous connaissez bien les Objectifs de développement du Millénaire. Je ne prendrai pas le temps d'en exposer les détails, si ce n'est pour vous dire que les objectifs accusant le plus de retard sont les 4^e et 5^e objectifs, mais particulièrement le 5^e, qui concerne l'amélioration de la santé maternelle. Le nombre de décès infantiles a été réduit à moins de 10 millions, ce qui reste un chiffre énorme, et actuellement, le gros de ces décès est concentré au cours de la période néonatale.

L'Objectif 6, soit la lutte au VIH-sida, au paludisme et à d'autres maladies, est bien entendu fortement intégré aux initiatives que nous devons mettre en oeuvre pour sauver la vie des femmes et des enfants dans le monde.

À la page suivante, il y a une autre carte; j'espère que vous l'avez en couleur. Non? Bon, je suis désolée. S'il n'y a pas de couleur, il est un peu difficile de voir. Ce que cela vous indique, en somme, c'est que nous avons maintenant les données les plus récentes en ce qui concerne les enfants. Celles-ci seront publiées plus tard selon les profils des différents pays lors de la réunion du compte à rebours. Jill Sheffield pourra vous en dire davantage là-dessus tout à l'heure. Nous attendons toujours les données à jour sur la situation au chapitre de la santé maternelle, mais ces cartes vous indiquent que pour l'Objectif 4, les progrès ont été faibles en Afrique et insuffisants en Asie; et pour l'Objectif 5, durant la dernière année pour laquelle nous avons des données, nous voyons que les décès maternels ont continué d'être un problème très répandu en Afrique et en Asie.

L'autre chose qu'il importe vraiment de se rappeler, c'est que, bien qu'on puisse penser que ces chiffres sur les décès ne sont pas significatifs par rapport à l'ensemble des décès maternels, du point de vue des chiffres, sachez que pour chaque femme qui meurt — et cela mérite d'être pris en compte lorsque nous nous mettons à réfléchir aux interventions efficaces que nous pourrions offrir —, il y a environ 20 ou 30 femmes dont la vie est sérieusement menacée par des problèmes comme la fistule obstétricale. Je vous l'expliquerai volontiers tout à l'heure.

Le graphique suivant, à la page 6, vous présente différemment les chiffres relatifs à la mortalité infantile pour les Objectifs 4 et 5. Nous savons que dans l'ensemble des régions, il y a eu des réussites significatives sur le plan de la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, et que dans de nombreuses régions, cette réduction a été supérieure à 50 p. 100. Mais en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud et en Océanie, les taux régionaux diminuent bien plus lentement. Les taux de mortalité maternelle, qu'on ne doit pas confondre avec le nombre de femmes qui décèdent — il s'agit du nombre de décès par 100 000 naissances vivantes — baissent lentement dans les diverses régions, à quelques exceptions près.

● (1535)

Je crois qu'il importe également de savoir que lorsque nous examinons les causes de la mortalité infantile dans le monde et ces 8,8 millions de décès d'enfants chaque année, nous comprenons pourquoi ils ont lieu. Cela dépend fortement de la santé de la mère. Encore une fois, nous parlons des enfants de moins de cinq ans. Parmi ces décès, 41 p. 100 surviennent au cours de la période néonatale, c'est-à-dire le premier mois de vie. Là-dessus, nous savons que la grande majorité des décès auront lieu au cours de la semaine suivant la naissance. On s'attaque donc au problème par la prestation de soins obstétricaux d'urgence aux nouveau-nés administrés par des accoucheuses qualifiées. C'est pour cette raison qu'il est particulièrement important de concentrer les interventions sur ce groupe particulier. Nous savons que sur ces décès infantiles, 42 p. 100 sont attribuables à la pneumonie, à la diarrhée et à la malaria, et que la sous-nutrition explique jusqu'à un tiers des décès d'enfants de moins de cinq ans. L'une des choses que nous avons apprises avec le temps, c'est qu'il y a d'importantes variations entre les régions et les pays, et cela devient encore plus évident une fois que nous disposons des données de profil des pays. Donc, il est très important que les pays aient leurs propres données, idéalement fournies par eux, pour qu'on puisse déterminer leurs priorités d'action.

Voyons maintenant la diapositive suivante. Elle concerne encore une fois les dernières données du compte à rebours et porte sur les pays dont les taux de mortalité sont plus faibles, de même que sur ceux ayant les plus hauts taux de mortalité. Vous remarquerez que, parmi les 10 pays ayant obtenu les meilleurs résultats, selon les dernières données publiées — nous n'aurons pas les nouvelles données avant le mois de juin —, sept d'entre eux ont enregistré des taux de mortalité maternelle supérieurs à 100. Un taux supérieur à 100 est considéré élevé; lorsqu'il dépasse 500, il est jugé très élevé, et quand il franchit la barre des 1 000 sur 100 000, le taux est extrêmement élevé. Les solutions et mesures qu'il faudra adopter varieront en fonction des taux de mortalité maternelle et des causes de décès des femmes durant la grossesse ou à l'accouchement.

À la page 9, le diagramme circulaire présente les causes de mortalité maternelle lors de l'accouchement. Nous savons que l'hémorragie post-partum demeure la cause de décès la plus courante, et d'après les données mises à jour cette année, la situation est peu

susceptible de changer. Les décès maternels résultant de causes obstétricales qui viennent ensuite sont les problèmes d'hypertension et de tension artérielle liés à la grossesse, les avortements non sécuritaires et l'infection. On a ensuite ce que nous appelons les causes indirectes de mortalité maternelle, qui incluent des problèmes comme le VIH-sida, la malaria et les maladies cardiaques. En somme, nous savons que les trois principales causes de décès maternel sont l'hémorragie, la tension artérielle élevée et les causes indirectes, et qu'elles représentent environ 70 p. 100 des décès.

À la diapositive suivante, la 10^e, vous verrez que cette illustration des déficiences dans la couverture sur le continuum des soins est très révélatrice, et vous pourrez observer une grande variation entre les niveaux qu'atteignent les différentes barres du graphique. Comme vous pouvez le voir, il y a là des possibilités pour nous, avec cette initiative du G-8 menée par le Canada, de changer vraiment les choses en ce qui a trait à la santé des mères et des nouveau-nés.

L'utilisation de méthodes contraceptives constitue un domaine où il y a de véritables possibilités. Quant aux accouchements assistés par du personnel de santé qualifié... Nous savons que, sur le globe, 40 p. 100 des femmes accouchent en l'absence d'accoucheurs qualifiés, et que dans bien des pays d'Afrique, ce taux est encore plus élevé. En Éthiopie, le taux demeure supérieur à 90 p. 100. L'allaitement exclusif post-natal... Vous pouvez voir où il y a de nombreuses possibilités.

La diapositive 11 rappelle que l'OMD 5 a aussi trait à l'accès universel à la santé reproductive, et que la planification familiale est très importante pour prévenir la mortalité maternelle. Nous savons en fait que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, surtout chez les femmes mariées, touchent 215 millions de femmes.

J'aimerais maintenant m'attarder sur le rôle de la nutrition, qui a été cité dans les médias comme un moyen très important de sauver les vies des femmes et des enfants. En fait, il importe de reconnaître que la nutrition des mères est essentielle à la santé des nouveau-nés et des enfants, car la sous-nutrition est en cause dans le tiers des cas de mortalité infantile. Toutefois, à ce stade-ci, rien n'indique que s'attaquer au problème de la sous-nutrition chez les femmes contribuera à réduire la mortalité maternelle. Comme je l'ai dit, ce qui tue les femmes, c'est l'hémorragie.

● (1540)

Les interventions nécessaires pour sauver la vie des mères, des nouveau-nés et des enfants sont exposées à la diapositive 13. Je tiens à souligner le caractère essentiel de l'engagement communautaire. Nous parlons d'un continuum de soins appuyant les plans de santé mis en oeuvre au niveau national. Les pays doivent donc déterminer leurs priorités.

La diapositive 14 est une démonstration des plateformes — à commencer par la famille et la communauté —, qui sont constituées pour offrir des mesures intégrées axées sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. Au moyen d'un engagement financier majeur, nous pouvons sauver et sauverons les vies de jusqu'à un million de femmes qui décèdent des suites de complications durant la grossesse ou à l'accouchement. Voyez ici les autres vies que nous sauverons: 4,5 millions de nouveau-nés, 6,5 millions d'enfants et 1,5 million de cas de mortinaissances. En outre, il y aura une baisse significative du nombre de grossesses non voulues et d'avortements non sécuritaires dans le monde. Nous pourrions combler de manière définitive les besoins non satisfaits en services de planification familiale. Il faudra pour cela que 50 millions de couples supplémentaires utilisent des méthodes modernes de planification familiale, et que 234 millions de naissances de plus aient lieu dans des établissements de soins.

Qu'est-ce que cela coûtera? Pour le G-8, il faudra doubler l'aide bilatérale totale et augmenter de manière appropriée l'aide multilatérale. Le partenariat ne prend pas position sur le mécanisme de financement, sauf pour dire qu'un nouveau mécanisme ne serait pas recommandé.

Je veux mentionner qu'ici même, au Canada, nous éprouvons des problèmes sur le plan des taux de mortalité foetale et infantile. En fait, en 2004, au Canada, le taux de mortalité infantile était près de deux fois plus élevé au sein des peuples des premières nations, avec 9,8 naissances vivantes sur 1 000 pour les nouveau-nés de moins de un mois, par rapport à 5,1 sur 1 000 pour la population dans son ensemble. Pour ce qui est des décès de nouveau-nés ayant entre un mois et un an, ils atteignent plus du triple du taux national. L'ennui, avec les statistiques de mortalité et de morbidité chez les populations autochtones et inuites canadiennes, c'est qu'il est très difficile d'en assurer le suivi. Je serai heureuse d'en discuter en plus grand détail avec vous.

La diapositive suivante montre que le Canada a fait des progrès alors même que la situation économique du pays n'était pas rose.

La prochaine diapositive vous donne davantage de précisions sur les niveaux de couverture médians pour les interventions visées par le compte à rebours, d'après le rapport de cette année. On y indique qu'un peu plus de la moitié des femmes ont pu compter sur du personnel d'accouchement qualifié.

La diapo suivante cite l'exemple — il y en a beaucoup — de la manière dont la Thaïlande a fait appel à des accoucheuses, en commençant par la présence de sages-femmes certifiées dans les villages, pour réduire son taux de mortalité maternelle.

La responsabilité est essentielle. Certains principes sont énumérés dans la diapositive suivante. Tous les engagements en matière de développement doivent être axés sur des résultats et accompagnés d'objectifs précis et mesurables. Les engagements devraient être limités dans le temps et comporter clairement des dates de début et de fin. Ils devraient indiquer explicitement si le financement est déjà compris dans les engagements antérieurs, ou s'il vient s'ajouter à ceux-ci. Ils devraient aussi mentionner clairement le niveau de la contribution de chaque donateur et pays partenaire.

La diapositive 24 résume l'essentiel: la présence d'accoucheurs qualifiés à la naissance sauvera les mères et les bébés.

Je m'arrête ici.

• (1545)

La présidente: Merci beaucoup, madame Shaw.

La parole est maintenant à Janet Hatcher Roberts, de la Société canadienne de santé nationale.

Mme Janet Hatcher Roberts (directrice générale, Société canadienne de santé internationale): Merci. C'est un privilège, pour la Société canadienne de santé internationale, d'être présente ici.

Nous sommes un organisme non gouvernemental oeuvrant pour renforcer les réseaux de santé publique. J'ai pour ma part travaillé et échangé des communications avec des ministres de la santé, de l'éducation, de la famille et de la jeunesse, ainsi qu'avec des ONG et des chercheurs de plus de 35 pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. J'ai eu la chance de voir des systèmes de santé à l'oeuvre et de constater l'importance des interactions entre les ministères.

J'aimerais d'abord faire deux remarques concernant le contexte politique, puis je parlerai des systèmes de santé en ajoutant quelques observations à celles formulées par la Dre Shaw.

Comme vous le savez, en juillet 2009, en Italie, les chefs d'État du G-8 ont convenu que la santé maternelle et infantile était l'un des problèmes de santé les plus pressants dans le monde. Ils se sont donc engagés à accélérer les progrès réalisés au chapitre de la santé maternelle, y compris les soins et services liés à la fonction reproductrice et à la planification familiale volontaire. Les chefs d'État ont également annoncé, comme la Dre Shaw l'a mentionné, un soutien visant la création d'un consensus mondial pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en tant que moyen d'accélérer les progrès relatifs aux OMD — Objectifs du Millénaire pour le développement — concernant la santé maternelle et infantile.

En juin 2009, au Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, le Canada a coparrainé une résolution historique reconnaissant la morbidité et la mortalité chez les mères comme une urgente question de droits de la personne.

Je vais vous parler plus en détail des systèmes de santé. Ainsi que nous l'avons déjà dit, la majorité des décès maternels pourraient facilement être évités. Nous avons assisté à de formidables progrès sur ce plan au Canada, même s'il existe quelques iniquités. L'écart entre les pays riches et les pays pauvres est scandaleusement profond. Au Canada, par exemple, le risque de décès maternel sur la vie entière est de un sur 11 000, alors qu'en Éthiopie, ce risque est de un sur 27. En Angola et au Libéria, ce risque est de un sur 12, et au Niger, de un sur sept.

Sur les 10 millions de femmes ayant perdu la vie au cours d'une grossesse ou d'un accouchement depuis 1990, les trois quarts de ces décès étaient évitables, surtout là où ils se sont produits, en Afrique et en Asie du Sud. Des millions d'autres femmes sont restées avec des blessures ou des maladies invalidantes en conséquence de soins de santé déficients lors de leur accouchement.

Une nouvelle étude publiée en mars 2010 par le Fonds des Nations Unies pour la population, ou FNUAP, et l'Institut Guttmacher conclut qu'environ 70 p. 100 des décès maternels dans le monde pourraient être évités grâce à un montant de 13 milliards de dollars. Cela fait 4,50 \$ par personne, par année. Ce n'est pas un montant très élevé.

La Dre Shaw a mentionné certaines des lacunes dans les soins. Parmi les 123 millions de femmes du monde en développement qui ont donné naissance dans un établissement de soins de santé et qui avaient besoin de soins, 62 millions ont reçu ces soins. Et sur les 5,5 millions de femmes qui avaient besoin de soins pour une hémorragie et des saignements, 1,4 million ont pu en bénéficier. Vous pouvez constater ces écarts considérables. Sur les 7,6 femmes dont l'arrêt de progression du travail — cela veut dire que le bébé arrive difficilement à sortir — nécessitait des soins, 1,8 d'entre elles y ont effectivement eu droit. Les écarts dans les soins sont énormes.

On compte 215 millions de femmes qui souhaiteraient reporter ou éviter une grossesse, mais qui n'ont pas accès aux méthodes de contraception modernes. Une amélioration drastique dans l'accès à la planification familiale, ce qui comprend la contraception, réduirait radicalement le nombre de grossesses non désirées et imprévues. En soi, cela signifie qu'il y aurait moins de décès et de complications liés à la grossesse. Il a été démontré que l'accès à la planification familiale peut, à lui seul, prévenir jusqu'à un décès maternel sur trois en permettant aux femmes de retarder un accouchement.

Il ne s'agit pas seulement des services à offrir, mais aussi de la manière de les offrir. Et pour cela, nous devons passer par un système de santé viable et bien financé. Cela ne concerne pas uniquement la dimension des soins, les services et programmes dont vous avez entendu parler, qui sont d'une grande importance, mais le système de santé dans son ensemble.

Il y a ici une image illustrant en quoi consiste un système de santé — vous en recevrez tous une copie. Les services, les traitements et les programmes forment le système de soins de santé, mais celui-ci comporte de nombreux éléments. L'un d'entre eux est une vision d'équité et de juste distribution des ressources alliées à un leadership et à la viabilité. Cela a également à voir avec l'accès équitable, et non l'accès égal. Nous n'atteindrons jamais l'accès égal, mais nous pouvons avoir une distribution et une disponibilité plus justes des services de soins de santé.

• (1550)

Nous avons également besoin de systèmes d'information sur la santé. On l'oublie souvent, mais à moins de prévoir des fonds pour les systèmes d'information sur la santé lorsque nous finançons les programmes d'intervention pour la santé maternelle, nous ne saurons jamais comment nous nous tirons d'affaire. Nous devons donc nous assurer que ces systèmes d'information soient intégrés au système de santé, car cela fournit des données probantes pouvant éclairer la prise de décisions, en plus d'indiquer comment nous nous en tirons sur le plan de la qualité des soins.

Dans bien des pays à faible revenu, il y a une grande lacune quant à la capacité de planifier, de déterminer où devraient aller les ressources. La majorité des pays ont un système social décentralisé en éducation et en santé. Ces systèmes ont été décentralisés pratiquement du jour au lendemain en conséquence des exigences de la Banque mondiale et de leurs ajustements structurels, et ils ont une très faible capacité de planification. Par conséquent, les décisions d'investissements sont confiées à des personnes qui n'ont ni les données ni les capacités voulues, de sorte que l'attribution des ressources n'est pas fondée sur des données factuelles. Bien sûr, il est nécessaire que des professionnels bien formés — des infirmières, des docteurs, des sages-femmes, des travailleurs en santé communautaire — soient au bon endroit au bon moment et fassent ce qu'il faut faire. Mais nous devons aussi favoriser l'établissement d'un continuum de soins s'appuyant sur des soins de base prenant en charge une large part de la santé maternelle et infantile; de bons soins aux nourrissons, des soins adéquats durant la grossesse et

des soins obstétricaux d'urgence. C'est essentiel. Sans un système de soins de santé de base — si l'on s'en prive dans celui-ci —, nous n'aurons pas de continuum de soins. C'est le point d'accès pour les mères et leurs enfants. Tout ce qui nécessite une intervention spécialisée pourra ainsi être pris en charge.

L'Afrique sub-saharienne est confrontée au plus grand des défis. Bien qu'elle compte pour 11 p. 100 de la population mondiale et 24 p. 100 de la charge mondiale de maladie, on y trouve seulement 3 p. 100 des travailleurs de soins de santé. En plus de l'élément des soins du système et de l'information en matière de santé, il est aussi important que la population participe aux décisions concernant la planification des soins de santé, comme c'est le cas ici au Canada. Les gens s'impliquent et font connaître leur point de vue. Les organismes non gouvernementaux doivent être dotés d'un financement afin de constituer cette capacité dans les communautés pour qu'on puisse commencer à comprendre quels sont les besoins, et où et comment ils sont nécessaires.

Enfin, il faut un système public transparent et responsable. La majorité des pays ont un système financé par l'État, et souvent, on y trouve aussi un système privé. Parfois, les médecins travaillent le matin dans le système public, et dans l'après-midi, ils vont dans le système privé. Donc, dans bon nombre de ces pays, si vous allez à la clinique dans l'après-midi, il n'y aura personne. C'est dû au fait que les médecins sont allés dans le système privé, parce qu'on ne les paye sans doute pas assez bien dans le système public. Cela démontre la nécessité d'un système public bien financé.

Un système de soins de santé repose sur deux piliers. L'un d'eux est les déterminants de la santé, dont vous avez probablement entendu parler: la pauvreté, l'éducation, la paix, et le genre. Ce sont là des facteurs qui contribuent à notre santé. En situation de paix, si le système n'évolue pas dans un environnement difficile, si l'on n'est pas pauvre, qu'on est bien éduqué et qu'on a un emploi, on tend à être plus en santé. Vous obtiendrez des copies de ces cartes qui montrent les iniquités absolument significatives et critiques dans la distribution de ces déterminants de la santé. Si vous regardez l'éducation, la pauvreté et la richesse, la mauvaise répartition est considérable.

Finalement, nous devons étudier les politiques qui ont un impact sur la santé. Cela ne s'arrête pas au ministère de la Santé. Il s'agit du ministère des Transports, de l'Environnement. Il s'agit de marchés, de main-d'oeuvre et de droits humains. Si nous collaborons avec le secteur des transports pour déterminer où iront les routes, nous pourrions établir des liens avec les systèmes de soins de santé de base et la prestation de soins valables. Si nous savons que l'environnement et la politique environnementale sont favorables à la santé, nous avons davantage de chances d'améliorer notre santé; alors nous devons considérer toutes ces politiques sous l'angle de la santé, mais plus particulièrement sous celui de la santé maternelle et infantile.

Enfin, le Canada a joué un rôle de leader en faisant la promotion d'une bonne gouvernance et d'une responsabilisation dans bien des secteurs, y compris celui de la santé, et nous croyons qu'il pourrait assumer une position de leader pour appuyer ces efforts liés à la santé maternelle et infantile.

Je suis navrée que vous n'ayez pas obtenu les diapositives, mais je suis certaine que vous les aurez plus tard et que vous pourrez aussi les voir en couleur. Je suis sûre que ce sera également le cas pour les vôtres, docteur Shaw.

Merci.

• (1555)

La présidente: Merci beaucoup.

La parole est maintenant à Jill Wilkinson Sheffield, de Women Deliver, pour 10 minutes.

Mme Jill Wilkinson Sheffield (présidente, Women Deliver): Merci, madame la présidente, ainsi qu'à vous, mesdames et messieurs les membres du comité, de m'avoir invitée à comparaître cet après-midi pour vous parler de cette réalité qu'est l'accouchement des femmes. Les femmes mettent des enfants au monde, et elles sont nombreuses à mourir. Elles donnent également naissance à bien d'autres choses. Elles constituent un apport majeur aux fondements sociaux et économiques de la société partout dans le monde.

Je m'appelle Jill Wilkinson Sheffield, et je suis la présidente de Woman Deliver. Nous sommes une organisation mondiale vouée à la promotion de la santé maternelle. Notre travail s'appuie sur toutes les données dont la Dre Shaw vous a fait part, et je me réjouis de témoigner après elle, car cela m'évite de vous citer les chiffres.

C'est un moment charnière pour les femmes dans le monde, et un moment franchement capital pour le Canada. Les femmes sont au coeur de l'économie du monde en développement, et elles doivent vraiment savoir que leur vie, leur santé et leurs droits comptent. D'une manière peut-être tout aussi importante, elles ont besoin d'un engagement financier pour que cela devienne réalité.

Je tiens d'abord à remercier le gouvernement canadien qui, pendant des décennies, a travaillé sans relâche à l'amélioration de la santé des mères et de leurs enfants et nouveau-nés dans les pays en développement. Au cours de ces 30 années où j'ai oeuvré dans le domaine de la santé maternelle — et de manière plus générale, dans le domaine de la santé génésique —, le Canada s'est avéré un véritable allié pour d'autres membres d'organismes et moi-même, et nous lui avons été reconnaissants de son solide leadership et de son engagement. Et maintenant, à l'approche du mois de juin, nous comptons sur lui.

Comme vous l'avez peut-être appris dans les médias, les plus récentes études sur la mortalité maternelle concluent que nous réalisons des progrès. Cela nous indique que les investissements sont rentables et que nous disposons de solutions dont nous pourrions faire un usage plus généralisé.

Il nous reste seulement cinq ans pour atteindre les objectifs de développement du millénaire. Vous savez que l'OMD 5 vise l'amélioration de la santé maternelle. L'objectif est de réduire la mortalité maternelle des trois quarts au cours de ces cinq années. Malheureusement, jusqu'ici, c'est l'objectif pour lequel il y a eu le moins de progrès. C'est également dans celui-là qu'on a le moins investi. Et dans la mesure où les femmes sont au coeur de nos familles et de nos économies, il est temps de changer cela.

Le Canada a une occasion sans précédent de prendre les devants de cette promesse de progrès, avec son initiative qui fera date concernant la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, et qui sera présentée aux sommets du G-8 et du G-20 en juin. Alors que le Canada cherche à donner forme à cet héritage qu'il laissera, je vous enjoins de ne pas oublier votre tradition historique, qui s'appuie sur de grandes réussites.

En 1994, au Caire, le Canada s'est joint à 178 autres pays dans un consensus planétaire sur l'importance d'agir en matière de santé et de droits des femmes au moyen d'un cadre global. C'était lors de la Conférence internationale sur la population et le développement. Depuis lors, le Canada n'a pas trahi ses engagements. Et ce n'est pas le temps de le faire aujourd'hui.

En 1974, et même avant cela, le Canada était à la table à Bucarest lorsqu'il a été convenu par les nations du monde que les personnes et les couples avaient le droit de planifier le nombre d'enfants qu'ils

désirent, à l'intervalle souhaité, et que c'était la responsabilité des gouvernements que de s'assurer qu'il en soit ainsi.

Heureusement, pour agir face à la question de la mortalité maternelle et atteindre l'OMD 5, nous n'avons aucunement besoin de découvrir un médicament miracle, ni de réaliser à grands frais une percée médicale. Nous disposons actuellement de solutions à faible coût. Nous savons en ce moment même ce qui fonctionne. On vous en a déjà parlé juste avant mon témoignage.

Les femmes ont besoin d'un accès aux programmes de planification familiale et à des méthodes de contraception modernes. Elles ont aussi besoin d'accéder à des soins de qualité avant, durant et après la grossesse et l'accouchement, y compris des soins obstétricaux d'urgence. Et nous ignorons quand surviendront ces urgences; c'est l'un des problèmes. Les femmes ont également besoin d'un accès à des avortements sûrs, dans la mesure où ceux-ci sont légaux.

• (1600)

Ces solutions n'ont rien de sorcier, mais elles sauvent des vies et présentent d'énormes avantages sur les plans social et économique et sur celui de la santé. Des centaines de milliers de femmes meurent chaque année au cours de leur grossesse ou de l'accouchement. Nous savons maintenant que le monde enregistre des pertes de productivité de 15 milliards de dollars en raison de ces décès. Je doute que quiconque soit d'avis qu'on peut se permettre cette perte de vies — ou de productivité.

Je n'irais pas jusqu'à dire que la santé maternelle est un problème facile à régler, mais si, en tant que communauté planétaire, nous voulons progresser dans un millénaire de stabilité, de prospérité et de dignité, nous devons impérieusement régler cette question. On est déjà parvenu à un consensus mondial; nous pouvons y arriver encore une fois. En fait, nous devons atteindre de nouveau le consensus dans l'intérêt des femmes et des filles et pour notre avenir à l'échelle mondiale. Nous savons quel en sera le coût. Il s'élève à 12 milliards de dollars supplémentaires par année, ce qui est bien peu de chose dans l'ensemble du tableau.

Au cours de la dernière décennie, depuis les efforts qu'on a déployés dans le monde, il y a eu des reculs et de la stagnation. Nous savons aussi que nous avons fait d'énormes progrès. Des pays à faibles ressources ont changé radicalement la situation de la santé des mères et des filles. Le Rwanda, le Bangladesh, le Honduras — ces pays ont tous en commun une volonté politique. Ils ont simplement décidé qu'il fallait agir, et ils le font, tout comme nous savons que l'absence de décision est une forme de décision.

Rares seront les fois, au cours de vos carrières de parlementaires, où il sera possible de régler un problème et une terrible injustice ayant causé les souffrances de millions de femmes et de membres de leurs familles. C'est le moment de réaliser cet objectif. Nous pouvons y arriver. Nous devons absolument le faire. C'est entre vos mains, et la société civile est prête à vous aider par tous les moyens possibles.

Merci encore de votre invitation.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à la période de questions et réponses. Au cours de la première période, les interventions seront de sept minutes, ce qui inclut les questions et réponses. J'aimerais donc que tous soient aussi concis que possible.

Nous allons commencer par Anita Neville, du Parti libéral.

L'hon. Anita Neville (Winnipeg-Centre-Sud, Lib.): Merci. Il sera difficile pour moi d'être aussi concise.

Merci beaucoup de votre présence aujourd'hui du travail que vous accomplissez.

J'ignore si vous étiez tous présents ce matin, en bas, à la conférence sur le leadership international du Canada et son rôle quant à la promotion de l'égalité entre sexes et des droits des femmes. Si vous y étiez, j'aimerais avoir vos commentaires là-dessus. Je vous demanderais de vous prononcer en particulier sur certains défis liés au financement dont nous avons entendu parler.

Je voudrais commenter brièvement le fait qu'au cours de la rencontre du G8 en juillet dernier, les gouvernements du G8, y compris le nôtre, se sont engagés à accélérer les progrès en matière de santé maternelle, « notamment par la prestation de services de soins de santé sexuelle et reproductive et de planification familiale volontaire ». Je voulais simplement le souligner.

Vous avez parlé des coûts économiques que représentent les décès d'un si grand nombre de femmes partout dans le monde. La semaine dernière, la ministre de la Coopération internationale a fait la déclaration suivante:

Notre responsabilité envers nos contribuables et notre population est de nous assurer d'obtenir les meilleurs résultats par rapport aux sommes investies... Nous avons accordé beaucoup d'attention à la manière dont nous évaluerons les résultats et veillerons à ce que nos investissements soient rentables et améliorent les choses.

J'aimerais savoir si l'une d'entre vous a déjà évalué les résultats sous l'angle des conséquences, pour un pays, lorsqu'une mère de quatre, cinq ou six enfants meurt et n'est plus capable d'assurer la viabilité économique de sa famille. Y a-t-il moyen de mesurer ce genre de résultats?

Mon autre question porte sur le financement du travail qui doit être réalisé et des mesures dont nous avons entendu parler ce matin.

Je ne sais pas qui voudrait répondre en premier.

• (1605)

Mme Jill Wilkinson Sheffield: Je n'étais pas là ce matin, mais je tiens à dire que les femmes sont au cœur de l'économie, particulièrement dans les pays à faibles ressources. Saviez-vous que les femmes sont le moteur de développement économique de pratiquement toutes les économies agricoles? Elles font fonctionner la majorité des petites entreprises et exploitations agricoles. Ce sont les femmes qui forment la main-d'œuvre agricole. Lorsqu'elles meurent, leurs filles qui sortent de l'école prendront la relève — et c'est un investissement dans l'avenir. C'est l'un des investissements.

Des systèmes permettent d'assurer un suivi à cet égard. Ils suivent le niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans. S'ils survivent, les nouveaux-nés sont susceptibles de mourir au cours de leur première année de vie. Alors la réponse est oui; il est possible d'assurer un suivi des investissements pour garder les mères en vie.

L'hon. Anita Neville: Et les garder en bonne santé, peut-on présumer.

Mme Jill Wilkinson Sheffield: Oui, bien évidemment.

Dre Dorothy Shaw: Je n'ai pas pu assister à l'événement de ce matin moi non plus, mais je crois que Jill a déjà parlé de 15 milliards de dollars en productivité potentielle ou réelle que l'on perd chaque année en raison des décès maternels. Je pense vous avoir fourni quelques chiffres sur les coûts dans l'une des diapositives de ma présentation. Une chose est sûre, le manque à gagner total s'élèvera à environ 30 milliards de dollars par année entre 2009 et 2015.

Je crois qu'il convient de se demander ce que cela signifie concrètement pour le G8. Comment peut-on s'assurer le soutien financier de pays ne faisant pas partie du G8, du secteur privé et

d'autres donateurs pour pouvoir faire le nécessaire? Je peux vous confirmer que différents mécanismes financiers novateurs ont été suggérés pour ce faire.

Quant au coût économique pour la famille, j'ajouterais simplement que non seulement les risques qu'un nourrisson meurt après le décès de sa mère sont plus élevés, mais des données récentes indiquent que c'est la même chose pour tous les enfants de moins de 10 ans. Lorsque c'est le père qui meurt, on ne constate pas les mêmes effets.

L'hon. Anita Neville: Je vous remercie.

J'aurais maintenant une question pour Mme Hatcher Roberts qui était présente ce matin. Étant donné que Stephen Harper a signé l'accord du G-8 l'an dernier en prenant ainsi l'engagement dont je vous ai fait lecture — et bien d'autres encore —, quels seraient selon vous les responsabilités, les obligations et les engagements du Canada dans ce domaine?

Mme Janet Hatcher Roberts: Nous nous sommes engagés dans cet accord, comme dans bien d'autres, à faire la promotion de la santé des femmes et des droits des femmes. Nous souhaitons maintenant tout au moins respecter les engagements que nous avons pris l'an dernier. Dans le meilleur des scénarios, nous pourrions étendre ces engagements et investir les sommes requises en ce sens. En effet, on s'est contenté l'an dernier de prendre cet engagement sans qu'aucun fonds n'y soit consacré. On espérait pouvoir consentir les investissements nécessaires cette année. Nous souhaitons maintenant que le Canada et M. Harper concrétisent les promesses faites l'an dernier et toutes les autres mesures convenues.

Plus tôt ce matin, nous avons discuté d'une manière générale des grands enjeux touchant la problématique homme-femme et la condition féminine, mais nous en revenons maintenant à nous demander quels sont les enjeux touchant les droits des femmes dans le contexte de la santé maternelle et infantile. Si nous nous en tenons à cette approche, je pense que nous arriverons à maintenir le cap. Le but est proche, car nous avons pris ces engagements et conclu des accords semblables s'appliquant à de très longues périodes. Il va de soi que cela doit se traduire par une gamme complète de services de santé pour la reproduction et la sexualité. Sans cela, il nous est impossible de travailler à la promotion de la santé des femmes et des enfants.

Je pourrais vous citer une autre statistique. Un enfant dont la mère décède court quatre fois plus de risque, si je ne m'abuse, de mourir avant l'âge de 12 ans. C'est encore là, bien évidemment, un niveau de risque inacceptablement élevé. À ce sujet, de nombreuses études ont été menées pour calculer les années de vie corrigées du facteur d'invalidité, c'est-à-dire le coût potentiel des années de vie perdues, et évaluer les répercussions économiques qui en découlent. Comme l'indiquait la Dre Shaw, il existe d'excellents travaux économiques qui chiffrent ces pertes. Vous pourriez consulter toutes ces analyses qui vous donneraient vraiment une meilleure idée des impacts économiques du décès prématuré d'une mère, non seulement pour elle-même et pour le marché du travail, mais aussi pour sa famille et ses enfants. Si vous le souhaitez, je pourrai certes vous fournir ces documents. La Banque mondiale a effectué de bonnes analyses à ce sujet, tout comme d'autres organisations.

• (1610)

L'hon. Anita Neville: J'aimerais bien consulter ces analyses. Je vous remercie.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant au Bloc québécois et à Mme Deschamps

[Français]

Mme Johanne Deschamps (Laurentides—Labelle, BQ): Merci beaucoup. Je suis très contente de vous revoir, chers membres du comité. Je vous avais quittés il y a quelque temps.

Bonjour, mesdames. Je vais essayer d'être brève pour vous donner l'occasion d'alimenter ma question avec vos réponses.

On dit qu'on a à peine fait des progrès par rapport à l'objectif 5, qui est d'améliorer la santé maternelle. En fait, cet objectif vise à réduire de trois quarts la mortalité maternelle. La date butoir pour l'atteinte des objectifs est 2015. Il reste très peu de temps pour pouvoir réaliser cet objectif, entre autres. Cela m'apparaît pratiquement irréalisable. Croyez-vous que ce soit réaliste d'y arriver?

Or, pour y arriver, encore faut-il qu'on se donne tous les outils nécessaires. Il ne faudrait pas en laisser tomber certains au détriment d'autres. Si l'on se fie aux chiffres dont vous nous faites part aujourd'hui, près de 13 p. 100 des décès maternels — dont l'estimation du nombre varie de quelque 350 000 à plus de 500 000 — sont attribuables à des avortements non sécuritaires pratiqués par des charlatans. Ces femmes ont choisi de le faire parce qu'elles ont trop d'enfants qu'elles n'arrivent plus à nourrir. Alors, elles se trouvent dans une impasse, face à un dilemme.

Comment peut-on arriver à atteindre cet objectif visant à réduire ce nombre de trois quarts, si on ne leur donne pas tous les outils nécessaires?

• (1615)

[Traduction]

Dre Dorothy Shaw: J'aurais deux choses à dire pour répondre à votre question. On peut se demander d'abord et avant tout si le cinquième des Objectifs du Millénaire pour le développement sera atteint dans tous les pays visés. La réponse est non. Par ailleurs, bon nombre de ces pays peuvent y parvenir — ou tout au moins s'en approcher. Ils peuvent en tout cas réaliser des progrès très considérables. Comme pour bien d'autres défis à relever, une fois qu'on s'est engagé à mettre l'accent sur la mortalité maternelle, ou plutôt sur la santé maternelle, et qu'on s'est donné un plan national — et c'est le cas de la plupart des pays —, il devient plus facile de déterminer les priorités qui vont permettre d'atteindre les objectifs visés.

Tout dépend vraiment du pays. Tout dépend des problèmes particuliers avec lesquels un pays est aux prises. Il s'agit parfois de problèmes d'ordre géographique, qui s'ajoutent aux autres difficultés que vit un pays, et la quantité de ressources humaines en santé disponibles entre également en jeu. L'Afrique est extrêmement démunie à ce dernier chapitre et la répartition de ces ressources humaines est également problématique. J'estime donc que chaque pays a besoin de données précises sur ses propres indicateurs pour pouvoir décider de façon éclairée des actions à entreprendre en priorité. Ces données vont être disponibles. Elles le sont déjà en partie, mais nous aurons accès à davantage de renseignements à jour à compter du mois de juin.

Il y a deux éléments clés qui peuvent contribuer grandement à améliorer la situation et à réduire les taux de mortalité chez les mères et les nourrissons: une aide compétente à la naissance et la planification familiale.

Mme Jill Wilkinson Sheffield: Certains pays réalisent d'énormes progrès alors que d'autres reculent. Par exemple, le Bangladesh est en bonne voie d'atteindre ses objectifs. C'est un virage radical.

Deux ingrédients sont nécessaires. La volonté politique est le fondement de cette démarche. Sans volonté politique — celle des

gouvernements et celle de la société dans son ensemble — rien ne peut être fait.

Les ressources sont l'autre ingrédient essentiel. Pour réaliser les objectifs visés, nous avons besoin de ressources de différents types, et notamment de ressources financières. Pour répondre partiellement à une question posée tout à l'heure, j'ajouterais que nous ne devrions pas présumer que les pays donateurs sont les seuls à pouvoir consentir ces investissements. Dans le budget et dans l'accord sur les moyens à prendre pour assumer les coûts du plan d'action du Caire, les pays en développement ont indiqué qu'ils allaient payer les deux tiers de ces coûts, le reste de la facture allant aux pays donateurs. Quinze ans après cet accord, qui donc a respecté ses engagements? Ce sont les pays en développement, car ils sont à même de constater la différence que cela peut faire.

Je vous dirais que si vous n'aviez qu'un seul investissement à faire à court terme, il faudrait que vous cibliez la planification des naissances. Si ces 215 millions de femmes dont nous parlions avaient accès aux moyens modernes de contraception, le tout récent rapport Gutmacher nous indique que la mortalité maternelle serait réduite de 70 p. 100 grâce à l'élimination de toutes ces grossesses non désirées qui constituent le principal problème.

La planification des naissances est la solution rapide qui s'offre à vous. Je vous ai proposé six pistes de solution. Certaines sont rapides; d'autres le sont moins, mais soyez assurés qu'un investissement dans la planification des naissances est vraiment l'un des meilleurs que puissent faire, dans un souci de sécurité, le G-8 et le G-20.

[Français]

Mme Johanne Deschamps: Ai-je encore du temps, madame la présidente?

[Traduction]

La présidente: Il vous reste 10 secondes.

[Français]

Mme Johanne Deschamps: J'ai juste le temps de dire ceci. À la suite de la réunion du G8 tenue à Halifax la semaine dernière, on nous a informés d'un décret selon lequel chaque pays va définir sa propre politique à mettre en oeuvre. Ne croyez-vous pas que cette façon de fonctionner sera un casse-tête du point de vue de la logistique? De plus, si chacun définit sa propre politique, comment va-t-on faire pour calculer si l'on fait des avancées?

• (1620)

[Traduction]

La présidente: Vous n'avez plus de temps. Peut-être puis-je demander à nos témoins de garder vos questions en mémoire pour y revenir si elles le jugent pertinent en répondant à d'autres intervenantes. Je pourrais également vous laisser une minute à chacune à la toute fin de la séance pour les observations que vous n'aurez pas eu l'occasion de nous soumettre. J'estime vraiment important que l'on réponde à toutes ces questions.

Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme McLeod pour les conservateurs.

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

J'ai quelques brèves questions. Si vous voulez bien me rafraîchir la mémoire, combien y a-t-il de pays ciblés?

Dre Dorothy Shaw: Il y en a 68.

Mme Cathy McLeod: Il y en a 68. D'accord.

Docteure Shaw, vous avez traité dans votre présentation du travail effectué en Thaïlande grâce au recours à des aides compétentes à la naissance. Auriez-vous l'obligeance de prendre un peu de temps pour nous en dire davantage à ce sujet et nous indiquer si la même chose a pu être faite dans d'autres pays?

Dre Dorothy Shaw: Merci pour votre question.

Comme je l'ai indiqué, la Thaïlande n'est qu'un exemple que j'ai choisi parmi d'autres. J'aurais pu vous parler du Sri Lanka, de la Malaisie et même du Brésil. C'est d'ailleurs dans ce dernier pays qu'on trouve sans doute le plus récent cas de réussite à ce chapitre. On est parvenu à y réduire le taux de mortalité chez les moins de cinq ans et on offre désormais gratuitement les soins de santé primaires à tous. Toutes les Brésiliennes ont maintenant accès au service d'une accoucheuse qualifiée. Il y a encore du travail à faire, notamment au niveau de la qualité des soins prodigués, mais on en est tout de même rendu là. Il s'agit d'une réalisation extrêmement importante, car il arrive souvent que nous constatons dans les pays pauvres des iniquités entre les quintiles et les plus riches et les plus démunis pour ce qui est de la santé maternelle et infantile. Le Brésil mérite beaucoup de crédit pour ses efforts en ce sens.

J'estime donc que l'exemple de réussite de la Thaïlande, qui a trouvé son écho dans d'autres pays — Janet et Jill pourront probablement vous en parler également —, est intéressant sous bien des aspects, parce que la communauté a vraiment un rôle à jouer. Il est nécessaire de mobiliser ainsi les gens. Les accoucheuses traditionnelles que l'on retrouvait souvent dans les villages pour aider les femmes, lorsque celles-ci n'avaient pas à se débrouiller toutes seules, ont été remplacées par des sages-femmes certifiées.

Je n'ai pas de détail sur la durée de la formation de ces femmes en Thaïlande. Il y a certains autres pays où les sages-femmes sont formées pendant une période moins longue que les quatre années requises au Canada, et nous pouvons toujours discuter des mérites des différentes approches. Mais une période de six mois est le strict minimum pour cette formation. Elles sont formées près du village et y reviennent par la suite.

On a commencé à former des sages-femmes pour ensuite accélérer le processus au fil des ans. Ce graphique illustre les résultats obtenus grâce à cette progression dans la formation.

Ce que je trouve vraiment fascinant... J'ai une diapositive à ce sujet, mais elle n'est pas dans ce document-ci. On y fait référence au Taj Mahal, qui est un monument à la mémoire d'une femme décédée d'une hémorragie post-partum après avoir donné naissance à son quinzième enfant. Comme son pays était également aux prises avec un taux de mortalité maternelle élevé, la reine de la Suède a décidé de mettre sur pied une école de formation des sages-femmes. Nous connaissons maintenant les résultats qui ont été obtenus dans ce pays pour ce qui est du taux de mortalité maternelle.

Reste quand même qu'en Inde jusqu'à tout récemment — les tout derniers chiffres indiquent une certaine progression — la cause la plus courante de décès était encore, comme pour les femmes du reste du monde, l'hémorragie post-partum.

Mme Cathy McLeod: D'accord. Je suppose que la situation peut varier beaucoup d'un pays à l'autre, mais croyez-vous que ces efforts doivent être intégrés au système de soins de santé primaires déjà en place en contribuant à l'améliorer?

Dre Dorothy Shaw: Tout à fait. J'estime essentiel pour toute initiative — et assurément pour celle envisagée par le partenariat, par les ONG au Canada qui sont actives dans ce domaine, et je crois également par le gouvernement canadien et le G-8 — de s'appuyer au départ sur la mobilisation communautaire et la contribution des

travailleurs communautaires en santé. Ces gens s'emploient sans doute déjà à offrir des services comme l'immunisation, la planification des naissances, les pouponnières et, dans certains cas, la prévention et le dépistage du VIH-sida. À cette base, il s'agit d'ajouter un professionnel de la santé qualifié, un spécialiste des soins de santé primaires.

D'une manière générale, il s'agirait d'une personne possédant une qualification de sage-femme pouvant offrir une aide à la naissance en toute sécurité dans une installation clinique dotée des ressources appropriées. C'est le premier niveau de base des soins obstétricaux d'urgence. Le niveau suivant consisterait à offrir des transfusions sanguines et des césariennes.

• (1625)

Mme Cathy McLeod: Nous avons parlé précédemment de planification des naissances, de contraception et d'aide qualifiée à la naissance, autant de besoins criants. Vous avez traité du VIH-sida, certes une problématique importante. Dans quelle mesure la prévention de la transmission de la mère à l'enfant nous aidera-t-elle à atteindre nos objectifs en matière de réduction de la mortalité?

Dre Dorothy Shaw: Encore là, tout dépendra du pays. Il ressort clairement de la dernière étude sur la mortalité maternelle en Afrique du Sud que le VIH-sida est la cause la plus courante de décès, sauf qu'il s'agit d'une cause indirecte. Il faut surtout comprendre que ce n'est pas la cause principale du décès. Les femmes peuvent mourir d'autres choses, mais elles sont séropositives ou atteintes du sida, ce qui ne manque pas de contribuer fortement à leur décès. En Afrique du Sud, c'est un problème énorme. La situation est également très grave dans les autres pays de l'Afrique subsaharienne. Mais chaque pays doit pouvoir disposer des données sur sa propre situation.

Nous savons qu'à peine 15 p. 100 des femmes enceintes subissent un test de dépistage pour le VIH-sida, ce qui est très inquiétant tant pour elles-mêmes que pour leur nouveau-né. Par ailleurs, nous devons nous montrer extrêmement prudents en instaurant le dépistage du VIH-sida durant la grossesse. Il faut le faire en tenant compte des besoins des femmes au sein de leur communauté et surtout pas de manière à les stigmatiser davantage, à les livrer à la discrimination et à les laisser à elles-mêmes.

Mme Janet Hatcher Roberts: Si je peux seulement ajouter...

La présidente: Il reste une minute.

Mme Janet Hatcher Roberts: D'accord.

Un autre facteur de succès réside dans l'harmonisation des efforts des donateurs. Si nous poussons tous dans la même direction, les choses se passent beaucoup mieux sur le terrain. Dans un secteur comme celui de la santé, si tous les efforts sont concertés et si tous les donateurs pensent et travaillent en fonction d'objectifs communs, les résultats sont excellents. Cela nous ramène aux commentaires déjà formulés concernant les priorités ou les stratégies concurrentes. Plus une démarche est harmonisée à l'échelle nationale, mieux les gens sont en mesure de mettre en oeuvre des programmes exhaustifs offrant un ensemble continu de soins. Je crois que nous avons toutes connu sur le terrain des situations où les choses ne se déroulaient pas aussi bien, alors nous apprécions vraiment le processus où tous sont au diapason. C'est ce qui est prévu dans la déclaration de Paris que le Canada a signée également. Nous croyons donc en cette démarche. Nous avons donné notre accord et nous devons en tenir compte dans quelques-unes des problématiques qui ont été soulevées aujourd'hui.

La présidente: Merci.

Je passe maintenant à la quatrième intervenante pour ce tour de questions, Mme Mathysen du NPD.

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

Merci à vous toutes qui êtes venues nous faire profiter de votre expertise.

J'ai plusieurs questions. Je vais commencer avec Mme Shaw, car je fais référence à son document, mais je vous invite toutes à ne pas hésiter à répondre à n'importe laquelle de mes questions.

Dans l'une de vos premières diapositives, on peut voir clairement que l'amélioration de la santé maternelle a été celui parmi les objectifs de développement du millénaire auquel on s'est le moins intéressé ou, comme vous l'avez dit, qui a été le plus négligé. Mme Sheffield a laissé entendre que c'était à cause d'un manque d'investissement, mais je me demande s'il n'y a pas d'autres raisons.

Nous savons par exemple que, dans bien des pays, les femmes n'exercent absolument aucun contrôle sur leur santé reproductive. Elles vivent dans un monde dominé par les hommes et elles ne jouissent d'aucun droit à l'égard de leur sexualité et de leur propre corps. Est-ce que cela fait partie de l'équation? Y a-t-il d'autres facteurs qui entrent en jeu? Pourquoi donc est-ce à ce chapitre que les progrès sont les moins marqués?

• (1630)

Dre Dorothy Shaw: Je vous remercie. Je crois qu'on peut répondre à votre question de bien des façons et je suis persuadée que mes collègues seront heureuses d'apporter leur grain de sel également.

D'abord et avant tout, je pense que si l'on s'est employé bien davantage à améliorer la santé infantile, c'est parce qu'il est plus facile de sauver des vies rapidement grâce à l'immunisation, au traitement des diarrhées et aux programmes verticaux semblables, si je puis m'exprimer ainsi. Il est beaucoup plus facile d'opter pour cette avenue pour parvenir rapidement à de bons résultats que de travailler à mettre en place un système de santé publique. Les soins obstétricaux d'urgence pour les nouveau-nés, l'aide qualifiée à la naissance, les soins primaires et toutes les mesures de cette nature sont à la base d'un bon régime de santé publique.

Je crois donc que vous avez pu constater que même pour des pays plutôt fragiles, quant à leur situation économique, à leurs services de santé ou à l'absence de ceux-ci, on a pu offrir une aide permettant des progrès considérables au chapitre de la santé infantile, alors qu'il a été beaucoup plus difficile de permettre de telles percées du côté maternel.

Nous savons qu'il n'est pas rare que la prise de décisions ne penche pas du côté des femmes et c'est un élément qui influe sur la capacité d'accès à des soins, tant en raison de la décision prise au départ que des ressources financières qui sont consacrées pour être en mesure d'offrir ces soins. C'est la raison pour laquelle on constate, dans les pays qui ont pris des engagements en ce sens, les succès obtenus grâce aux efforts déployés pour offrir l'accès à ces soins pour les mères et les jeunes enfants, soit gratuitement ou via un système de tickets.

Mme Jill Wilkinson Sheffield: J'aimerais aussi ajouter que depuis très peu de temps, je dirais environ trois ans, le discours a changé. D'une question de justice sociale, on est passé à des considérations économiques en soulignant la contribution sociale que les femmes apportent à leur famille, à leur communauté et à l'économie dans son ensemble, leur apport sous ce dernier aspect étant particulièrement important. Je crois que cela a transformé tout d'un coup la façon dont les gens perçoivent la mortalité féminine. Vous allez peut-être sourire si je vous dis que les femmes peuvent

accoucher de bien des choses, et pas seulement de bébés, mais bien des gens les ont cantonnées dans ce rôle. On les voyait comme des génitrices interchangeable, si je puis m'exprimer de la sorte, mais je crois que nous avons maintenant franchi ce seuil et que l'on considère désormais les femmes à la lumière des importants avantages économiques qu'elles procurent au sein de la microéconomie familiale, mais également pour la macroéconomie nationale.

Mme Irene Mathysen: Je vous remercie. Je trouve intéressant que vous parliez de cet aspect, parce qu'à la suite des actes de violence perpétrés au Congo, toutes ces agressions et cette dégradation que l'on a fait subir aux femmes, on a constaté que la production agricole avait chuté de 70 p. 100. Cette situation catastrophique était attribuable au fait que les femmes étaient traumatisées à un point tel par tous les mauvais traitements subis qu'elles n'étaient plus en mesure d'assumer cet aspect économique de leur rôle.

Mme Janet Hatcher Roberts: Le sexe est l'un des déterminants de la santé. Les considérations socioéconomiques reliées au fait d'être une femme ou un homme, ou un garçon ou une fille, font partie des déterminants de la santé. Même si des progrès ont été réalisés et si l'on commence à prendre en compte la productivité des femmes, il faut encore argumenter avec le chef d'un village pour qu'il vous laisse transporter par camion une femme en pleine hémorragie. Il faut encore livrer ces petites batailles et il y a encore énormément de travail à accomplir au niveau local.

Dans bien des petits villages et beaucoup de parties du monde, la valeur attribuée aux femmes n'est toujours pas au niveau souhaité et ce manque de considération va continuer à influencer sur le cours des événements. Vous pouvez toujours vous fendre en quatre pour essayer de convaincre le chef du village, mais c'est lui qui détient le pouvoir. Tant que vous ne l'avez pas gagné à votre cause, le camion va rester sur place.

Mme Irene Mathysen: Vous soulevez là un point fondamental et je présume que cela explique en grande partie vos propos à l'effet que pour chaque femme à laquelle on vient en aide, il y en a 30 dont la santé est sérieusement mise en péril.

Concernant ce que vous venez de nous dire au sujet de la valeur attribuée aux femmes, les pays comme le Canada ont un rôle à jouer pour faire valoir clairement que les femmes, tout autant que les hommes, sont aptes à contribuer à l'économie et à agir comme chefs de file. N'êtes-vous pas de cet avis? Pour que nos actions puissent s'appuyer sur un fondement adéquat, nous devons nous en remettre à un discours semblable, assurant une certaine crédibilité, sur les tribunes internationales.

• (1635)

Mme Janet Hatcher Roberts: Les autres pays, et les nations pauvres tout particulièrement, comptent sur nous pour que nous exerçons un leadership de la sorte.

La présidente: Merci.

Nous passons maintenant au second tour de questions. Chacun aura droit à cinq minutes. Je rappelle que c'est cinq minutes pour les questions et les réponses.

Nous débutons avec Michelle Simson du Parti libéral.

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

J'aimerais remercier nos témoins pour leur comparution d'aujourd'hui. Il est toujours intéressant pour nous d'en apprendre davantage sur ces questions.

Je vais vous exposer brièvement les deux enjeux qui me préoccupent, après quoi vous pourrez toutes intervenir. J'aimerais poursuivre la démarche de ma collègue, Mme Deschamps du Bloc québécois, qui a posé une question au sujet de la pertinence pour certains pays de faire des choix quant aux mesures qu'ils vont financer ou non. Je m'interroge sur la manière dont cette décision peut se traduire dans la pratique. Mme Roberts nous a parlé de l'importance de l'harmonisation, mais si on se livre à tels choix sans que les efforts soient harmonisés, dans quelle mesure croyez-vous que cela peut entraver les progrès dans ce domaine?

Dans un deuxième temps, je veux vous faire part de mes inquiétudes relativement à la déclaration récente de notre gouvernement quant au financement de la santé reproductive et, surtout, aux restrictions envisagées à ce chapitre. Comment pensez-vous que cette prise de position sera perçue par l'Assemblée de l'OMS dans deux semaines? Comment pouvons-nous l'expliquer de manière raisonnable?

Je vous laisse formuler vos observations, en n'oubliant pas que je n'ai droit qu'à cinq minutes.

Dre Dorothy Shaw: Je vais essayer de répondre à votre première question; les autres pourront compléter.

D'après ce que j'ai pu comprendre, on n'a toujours pas établi le mécanisme de financement nécessaire pour l'initiative du G-8. Il faut donc s'employer à déterminer la façon dont les engagements pris l'an dernier seront concrétisés au moyen du mécanisme de financement qui sera choisi, selon les pays qui y contribueront.

Je crois qu'en examinant le mode de fonctionnement des autres fonds, comme le Fonds mondial, d'après la compréhension que j'en ai — et je vous rappelle que je suis obstétricienne et gynécologue, pas économiste ni spécialiste des finances — on constate que ce sont les différents pays qui doivent faire les démarches requises. Ainsi, un pays élabore un plan, il établit ses priorités et demande du financement. C'est l'un des scénarios possibles.

Il va de soi que les relations bilatérales peuvent différer légèrement selon les pays en cause.

Mme Janet Hatcher Roberts: Cela peut causer certaines difficultés. Par exemple, lors du moratoire décrété par le gouvernement Bush, je travaillais pour le gouvernement du Canada en Guyane pour des programmes visant le VIH-sida et les ITS, mais nous devions essayer également de déterminer qui faisait quoi exactement et quelle était la portée de leurs interventions. La situation était particulièrement difficile pour certains donateurs, comme USAID et le PEPFAR. Mais il y avait aussi beaucoup d'autres organisations bilatérales, des organisations religieuses pour la plupart, qui travaillaient à la lutte contre VIH-sida en Guyane, et il devenait très ardu de contrôler la qualité, la formation, les protocoles, les lignes directrices, les normes, etc., alors que tous n'étaient pas sur la même longueur d'onde.

Pour ce qui est de l'OMS, il y a effectivement à l'ordre du jour de l'Assemblée mondiale de la Santé un point sur les progrès réalisés relativement aux Objectifs du Millénaire pour le développement. En tant que pays membre, le Canada sera présent mais ne traitera pas nécessairement de ces questions, bien qu'il soit partie à l'engagement pris à ce chapitre. Tout le monde présume que nous avons adhéré à ces engagements et que ceux-ci iront dans le même sens que ceux déjà pris à l'Assemblée mondiale de la Santé relativement aux Objectifs du Millénaire pour le développement. Quant à savoir si ces efforts seront alignés avec ceux déployés au G-8, cela reste à déterminer.

• (1640)

La présidente: Je vous remercie.

Je crois qu'il reste 30 secondes, madame Wilkinson.

Mme Jill Wilkinson Sheffield: En 30 secondes, je vais parler d'une rencontre qui s'est tenue en octobre dernier à Addis-Abeba, en Éthiopie. Certains parlementaires canadiens y ont assisté. À l'issue de la rencontre, nous avons convenu de trois priorités. Entre autres, lorsque l'on s'engage à renforcer le système de santé, il faut ajouter que ce doit être fait « avec un biais positif envers la sexualité et la santé génésique des femmes et des jeunes filles ». De fait, nous avons remarqué dans le passé que lorsqu'il s'agit d'une contribution catégorique, les femmes et les jeunes filles n'en touchent pas un sou. Nous voulons donc qu'à partir de maintenant, les gouvernements induisent un biais positif envers la santé des femmes et des jeunes filles.

La présidente: Merci.

C'est maintenant au tour des conservateurs. Monsieur Calandra.

M. Paul Calandra (Oak Ridges—Markham, PCC): Je vous remercie.

J'ai quelques questions. Dans les Objectifs du Millénaire pour le développement, le rapport sur l'Afrique publié par l'ONU, on mentionne le rôle que jouent les femmes dans l'agriculture. D'ailleurs, vous en avez parlé également, madame Sheffield. Je vais bifurquer légèrement vers un domaine différent. L'ONU a notamment mentionné qu'il fallait un rôle plus important, une agriculture plus durable, des cultures plus résistantes et un meilleur transport. Si je me souviens bien, quelqu'un a dit que les types d'infrastructures constituaient l'un des grands enjeux empêchant l'Afrique d'atteindre certains de ses objectifs du Millénaire pour le développement. Je me demande si vous pouvez nous en toucher un mot.

Par ailleurs, ce qui m'a également frappé dans ce rapport, c'est que l'on a constaté le manque de statistiques réelles. De nombreux pays membres sur lesquels portait le rapport n'ont pas de statistiques à proprement parler. Étant donné que ces pays ne tiennent pas de statistiques et qu'ils n'envisagent pas les choses de la bonne manière, les organisations et les gouvernements ont beaucoup de difficulté à bien saisir la profondeur de leur problème.

Le rapport fait également état du commerce et de l'importance que revêt l'amélioration des liens commerciaux entre les pays développés et l'Afrique pour que ce soit davantage possible d'échanger des produits agricoles. Je présume que cela ne vaut pas seulement pour l'Afrique, mais aussi pour d'autres pays pauvres. La raison pour laquelle j'en parle, c'est parce que le Parlement a beaucoup mis l'accent sur le fait d'ouvrir de nouveaux marchés commerciaux pour les biens canadiens, et il y a eu énormément de retards en ce qui concerne l'ouverture des marchés commerciaux dans certains des pays les plus pauvres. Par ailleurs, on parle beaucoup de la possibilité de limiter l'accès aux semences modifiées dans le domaine de l'agriculture. Je suis préoccupé quant aux répercussions que cela pourrait avoir sur l'Afrique à l'avenir.

Quelqu'un d'entre vous pourrait-il également parler de notre manière de répondre, à long terme, aux besoins nutritionnels de l'Afrique?

Mme Jill Wilkinson Sheffield: J'aimerais commencer.

Vous avez tout à fait raison. La situation des renseignements statistiques est assez terrible. Vous savez certainement tous que le nombre de décès chez les femmes est une approximation. Il ne s'agit pas d'un nombre exact parce qu'à bien des endroits, la vie des femmes n'importe pas. On ne les compte pas à leur décès, et il en va de même pour de nombreux décès de nouveau-nés. Ainsi, cette nouvelle étude provenant de l'État de Washington nous apprend notamment que nous observons une tendance à la baisse, mais les statistiques demeurent trop pauvres. Nous espérons que cela aura pour résultat de peaufiner cet aspect.

Je tiens à faire une observation. Je n'ai pas le chiffre tout à fait exact, mais c'est relativement exact. En Afrique, si les femmes avaient accès à la même éducation et aux mêmes services d'appoint en matière d'agriculture que les hommes, la production serait en hausse de 20 p. 100. Elles n'y ont pas accès, et 20 p. 100, c'est beaucoup.

M. Paul Calandra: Il me semble que le Canada pourrait particulièrement jouer un rôle positif à cet égard.

Avez-vous des observations à faire?

Dre Dorothy Shaw: Malheureusement, ma complice, pour ainsi dire, la coordinatrice pour le partenariat au Canada, n'est pas ici aujourd'hui, et elle a beaucoup d'expérience dans le domaine de l'agriculture. C'est une économiste. Nous serons ravis de vous fournir cette information si cela peut être utile.

M. Paul Calandra: Merci.

• (1645)

Mme Janet Hatcher Roberts: Il y a beaucoup de preuves quant à l'impact des microentreprises sur les femmes, c'est-à-dire qu'en leur donnant le pouvoir et l'occasion, elles sont en mesure d'améliorer leur sort et donc leur accès à d'autres services. Par conséquent, elles peuvent améliorer leur santé. Il y a divers moyens d'envisager cela.

Dans le secteur de la santé, nous disons que tous ces facteurs déterminent la capacité pour une personne de se lever le matin et d'aller travailler. Une personne en bonne santé, qui n'est pas malade et qui a de la nourriture dans le ventre peut apprendre, se tenir debout et aller travailler. Elle devient productive. Une femme qui n'accouche pas d'un enfant tous les 14 mois a de l'énergie et elle peut aller travailler et être productive.

Il est très important d'examiner l'ensemble de cette infrastructure. Les routes sont importantes pour le transport des produits agricoles, mais le sont tout aussi pour les déplacements d'une femme d'un point A au point B. Cependant, elles sont également des vecteurs. Quand le nombre de routes pour poids lourds a augmenté en Afrique, elles sont devenues les routes de la propagation du VIH-sida. Ce n'est donc pas toujours bon et ce n'est pas toujours mauvais. Il faut examiner la situation de manière très large et intersectorielle.

Pour ce qui est du manque de statistiques, vous avez raison, mais sur le plan de la santé, les statistiques sur la santé sont probablement meilleures que de nombreuses autres statistiques parce que nous excellons là-dedans. Que des personnes décèdent ou qu'elles vivent, c'est assez facile, même si on ne les compte pas toujours. On recueille ces statistiques jusqu'aux plus petits centres de santé sur de petits bouts de papier et on les met dans un cartable que l'on envoie au ministre de la Santé. Le problème, c'est ce qu'on en fait. On ne les analyse et interprète pas bien, et on ne les transmet pas au district, où la planification a lieu. C'est là un énorme problème. Ainsi, la question des renseignements sur la santé est énorme.

Je crois que l'ACDI a financé seulement quatre projets de système d'information sur la santé au cours des 10 ou 15 dernières années, ce qui vous indique où il faut l'intégrer parmi tous les projets de santé.

M. Paul Calandra: Combien de temps reste-t-il?

La présidente: Je vous remercie, monsieur Calandra. Vos cinq minutes sont écoulées.

Nous allons maintenant entendre Mme Demers, députée du Bloc.
[Français]

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

Merci, mesdames, de votre présence.

Je vais abonder dans le sens de mon collègue. Ce matin, Mme Ravololonarisoa nous a dit que si les membres du G8, dont le Canada, étaient sérieux par rapport à la santé des femmes et dans leur volonté de les aider à se sortir de la pauvreté immanente qui existe en Afrique, les femmes africaines devraient être soutenues en tant qu'agents de changement et de transformation, et non seulement en tant que porteuses d'enfants.

Madame Sheffield, vous parliez d'un montant de 12 milliards de dollars par année en vue de soutenir la santé des femmes dans toutes ses ramifications. Les 12 milliards de dollars sont-ils destinés aux 68 pays visés par l'initiative? Cela ne représente pas beaucoup d'argent par pays. J'ai de la difficulté à comprendre qu'on puisse mettre autant d'argent dans la guerre et si peu dans une initiative qui pourrait sauver des vies et permettre véritablement aux femmes de se prendre en main et de devenir maîtres de la destinée de leurs proches et de leur famille.

La semaine dernière, un représentant de Vision mondiale disait que la moitié d'un pain, c'était mieux que pas de pain du tout. Cela m'a insultée, parce que cela voudrait dire que les femmes d'ailleurs ne valent pas mieux que la moitié d'un pain.

Comment peut-on véritablement changer les choses dans les pays africains? Comment peut-on mieux utiliser les fonds qui seront dévolus à ce programme?

[Traduction]

Dre Dorothy Shaw: Selon moi, la première chose dont nous avons besoin existe déjà dans la plupart des pays africains, mais pas dans tous: une réelle volonté politique du pays à prendre des engagements, y compris concernant leurs propres budgets de santé, pour que cela se matérialise.

Ensuite, il est question de l'appui nécessaire. Avec le peu de renseignements à notre disposition... En fait, en ce qui concerne la quantité des renseignements, c'est plutôt bien. De fait, on peut remettre leur qualité en question, mais nous avons beaucoup de renseignements sur la santé des enfants et même des mères. Nous pourrions en avoir davantage. Que pouvons-nous en faire à l'échelle nationale pour aider le pays à établir des priorités éclairées et quelle réponse allons-nous ensuite recevoir en fait d'aide internationale? Il faut commencer à l'échelle nationale. Si l'on veut qu'une initiative donne des résultats, il ne doit pas y avoir de conflits, par exemple. Il est impossible de mettre sur pied un système de santé publique dans un pays où il y a encore un conflit important.

Quand il n'y a pas de système de santé à proprement parler sauf dans une grande ville, comme c'est peut-être le cas de l'Éthiopie actuellement, la démarche serait très différente de ce qu'elle serait s'il y avait une certaine répartition des établissements de santé, si faibles soient-ils. À mon avis, on ne peut pas régler cette question par une approche unique.

•(1650)

Mme Jill Wilkinson Sheffield: Vous misez juste. Certains ingrédients de la recette sont semblables, mais les détails sont très locaux et ils doivent l'être. Par ailleurs, nous le savons maintenant, et l'on en parlera en détail lors de la conférence Women Deliver dans cinq semaines: il existe un éventail de solutions qui se sont révélées concluantes dans des domaines comparables, que ce soit en milieu urbain ou rural, avec ou sans main-d'oeuvre.

Il se trouve que même si nous avons vraiment renforcé les systèmes de santé en faveur des femmes, ce serait également le cas. Le meilleur indicateur de l'ensemble d'un système de santé est de traiter avec la population en général. Ainsi, le système de santé de base doit être l'un de nos investissements globaux. Je n'entends par là rien de fantaisie; je parle de systèmes de santé de base, pratiques et axés sur les besoins.

[Français]

Mme Nicole Demers: Si...

[Traduction]

La présidente: Je suis désolée, madame Demers, mais votre temps est écoulé.

Je cède la parole à Mme Mathysen du NPD.

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

Je voudrais revenir à un propos de Mme Roberts relativement à la règle du bâillon mondiale. Bien sûr, nous savons qu'Obama l'a révoquée, mais Bush l'a mise en place au cours de la première semaine de son entrée en fonction, en l'an 2000. Cette règle interdisait tout octroi de fonds américains aux organisations étrangères si elles avaient donné accès à l'avortement à des femmes, leur avaient recommandé ou conseillé cette solution ou les avaient informées à ce sujet.

D'après votre expérience, quel effet une telle mesure a-t-elle eu? Qu'est-il arrivé à la suite de cette rétention de fonds?

Mme Jill Wilkinson Sheffield: C'était la catastrophe, une très mauvaise expérience. La Fédération internationale pour le planning familial a présenté un rapport qui énumère les personnes qui n'ont pas obtenu de services. Il ne s'agissait pas uniquement de contraception, mais aussi des soins prénataux et des soins obstétricaux d'urgence. Voilà une déclaration vraiment difficile à faire. Le rapport est ventilé par pays et par le manque d'argent. C'est très regrettable que ce soit arrivé.

Par ailleurs, lorsque le gouvernement a commencé à dépenser dans le cadre du plan d'urgence du président pour le secours aux victimes du sida, le PEPFAR, un certain nombre de difficultés sont devenues très évidentes. Les gens ont essayé d'utiliser les fonds du PEPFAR au lieu de... C'était tout à fait inacceptable et cela ne pouvait pas donner de résultats.

Dans le cadre du PEPFAR, on versait des salaires hors de portée des employés locaux. On offrait des services que l'on ne pouvait pas maintenir avec la durabilité locale.

Je crois que nous avons tiré de très tristes leçons au sens large en raison du retrait de ce soutien et de l'utilisation abusive de certaines autres sommes. C'est tout simplement dommage.

•(1655)

Mme Irene Mathysen: Il est intéressant de constater que ces organisations, qui défendent certains droits, ont pour ainsi dire été tenues en otage. Nous sommes peut-être en train de vivre un peu la même chose. Au Canada, on a mis les organisations de femmes en garde en leur disant que si elles continuaient d'insister sur la question

de l'avortement, elles allaient perdre leur financement. En fait, nous l'avons encore entendu ce matin. Le bruit court que le gouvernement canadien est en train d'emprunter l'idée de la règle du bâillon de George Bush.

Madame Sheffield, vous avez également dit que si les pays du G-8 se concentraient uniquement sur la planification familiale, nous pourrions réduire la mortalité maternelle de 70 p. 100; c'est considérable. Pouvons-nous arriver à cette réduction sans accès à l'avortement sécuritaire?

Mme Jill Wilkinson Sheffield: Pouvons-vous répéter?

Mme Irene Mathysen: Pouvons-nous réaliser cette réduction de 70 p. 100 sans avoir accès à l'avortement sécuritaire?

Mme Jill Wilkinson Sheffield: Laissons la docteure répondre.

Dre Dorothy Shaw: Ce chiffre provient du rapport intitulé « Adding It Up » du Guttmacher Institute. Il s'agit d'une combinaison de la planification familiale et des soins de santé maternelle. Ce pourcentage est tiré de cette combinaison, ce qui n'inclut pas l'accès à l'avortement. Il y a moyen de sauver davantage de vies en y ajoutant l'accès à l'avortement sécuritaire.

Mme Jill Wilkinson Sheffield: Essentiellement, d'après le rapport Guttmacher — dont je serais ravie de vous laisser un exemplaire, si vous voulez —, pour chaque dollar investi dans la planification familiale, 1,40 \$ vous revient en services de santé non utilisés parce qu'inutiles. Le rapport révèle que l'on pourrait éviter 70 p. 100 des décès maternels et 40 p. 100 des décès de nouveau-nés et que l'on pourrait réduire les avortements non sécuritaires de 73 p. 100.

C'est impressionnant.

Mme Irene Mathysen: Madame Sheffield, vous avez dit que le Canada n'a pas encore dérogé aux engagements qu'il a pris il y a des dizaines d'années. Quel est votre souci? Pourquoi avez-vous dit cela? Craignez-vous que nous puissions...?

Mme Jill Wilkinson Sheffield: C'est tout le contraire. Je suis très emballée par la présence du G-8 et du G-20 ici, et ce, deux semaines après la conférence Women Deliver. Une gamme d'initiatives prennent forme, et cela commence par vous, dès maintenant. Il y aura Women Deliver, puis le G-8 et le G-20, où nous pouvons vraiment faire une bonne impression quant au programme convenu par le G-8 et le G-20. Ensuite, les chefs d'État africains vont se réunir à la fin de juillet. Enfin, à compter du 20 septembre se tiendra la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée précisément aux objectifs du Millénaire pour le développement. Le secrétaire général a dit qu'il allait consacrer son énergie au cinquième objectif du Millénaire pour le développement. Nous avons donc besoin du Canada pour qu'il aide à poursuivre sur cette lancée et pour qu'il devienne aussi important qu'il doit l'être, selon moi. C'est une occasion en or.

La présidente: Je vous remercie.

Nous allons maintenant entendre la dernière membre du comité pour cette série de questions. Il s'agit de la députée conservatrice Lois Brown.

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

Merci beaucoup, mesdames, d'être ici. J'ai trouvé vos exposés très enrichissants et très instructifs.

Madame Sheffield, je veux poursuivre sur ce dont vous avez parlé dans une petite minute.

Docteur Shaw, vous avez parlé spécifiquement de pays qui sont prêts et vous avez dit que nous devons travailler avec les pays qui sont disposés à procéder à des changements et à travailler avec nous sur des questions qui leur permettent d'avoir la capacité de mettre en oeuvre des systèmes de santé.

L'an dernier, madame Sheffield, j'ai eu la chance de visiter le Bangladesh. Cette année, je suis allée en Zambie et au Botswana, où j'ai aussi fait des observations. Le Bangladesh est un pays très défavorisé, mais c'est un des pays qui a reconnu certains des problèmes auxquels il fait face et qui est prêt à les régler.

Le commentaire que j'ai à faire, c'est que j'ai aussi remarqué que le jour où une jeune fille commence à avoir des menstruations, c'est le jour où, selon leur culture, elle devient nubile. Nous avons affaire, à bien des égards, à un changement de culture, et nous savons que de tels changements se produisent à une lenteur extrême. Il y a donc là des problèmes avec lesquels nous devons composer.

J'ai été témoin au Bangladesh de l'arrivée dans les villages de ce qu'ils appellent la « Shasthya Shebika ». Il s'agit d'une femme qui a reçu une formation en soins de santé de base et qui agit à titre de premier répondant, en quelque sorte. On lui donne une formation très élémentaire en obstétrique. Cependant, elle reçoit une formation plus complète en identification de la tuberculose et on lui donne accès aux médicaments, ce dont l'État s'occupe. C'était très utile.

J'ai aussi eu la chance de visiter un centre de santé maternelle, si je peux l'appeler ainsi, qui est situé dans les bidonvilles de Dhaka et où il y a des unités de naissance. Il va sans dire qu'ils sont rudimentaires.

Si les jeunes filles quittent l'école à l'âge de 13 ans parce qu'elles sont devenues nubiles ou en âge de se marier, de quelle façon allons-nous parvenir à changer les mentalités pour que les jeunes filles continuent à fréquenter l'école? Nous savons que ce qui va changer, c'est l'éducation. Je les ai observées en train d'enseigner maintes et maintes fois aux femmes à se laver les mains, parce qu'elles ne savent pas qu'elles doivent se laver les mains après avoir fait leurs besoins, qu'il y ait des toilettes ou pas. Et il n'y a absolument pas d'eau saine là-bas. Nous savons que des maladies sont ainsi transmises aux jeunes enfants.

Quand nous disons que nous sommes prêts à régler les questions verticales, de quelle façon allons-nous parvenir à changer ceci et aider à fournir aux jeunes filles l'occasion de fréquenter l'école, parce que nous savons que ce sont elles qui vont faire avancer les choses?

L'une d'entre vous pourrait-elle faire un commentaire à ce sujet?

• (1700)

Dre Dorothy Shaw: Je vais commencer brièvement.

Je pense que vous avez mis le doigt sur quelque chose qui est certainement important et qui sous-tend tous les efforts faits dans de nombreux pays. Le Bangladesh est un de ceux-là, tout comme l'Éthiopie. Le Mali est un autre pays où le mariage d'enfants en particulier, est encore très courant, peu importe les lois qui peuvent avoir été mises en place. La dernière fois que j'ai regardé les statistiques, je crois que l'Éthiopie et le Mali avaient, en fait, les taux de mariage d'enfants les plus élevés.

Mais des changements sont possibles. L'Inde a utilisé un programme de mesures incitatives d'un certain nombre de façons. Ils ont utilisé diverses mesures. Cela dépend des ressources disponibles. Parfois, un pays donateur peut donner l'exemple et cela peut aider en matière de programmes de mesures incitatives, mais, à ce moment-là, est-ce un travail durable?

Réaliser un tel changement de mentalité est complexe. Tout ce que je peux dire, c'est qu'il existe des cas où cela se fait, mais dans l'ensemble, pour n'importe quel pays, il faudra beaucoup de temps.

Mme Jill Wilkinson Sheffield: J'aimerais répondre, parce que j'ai deux exemples précis. L'un d'entre eux est l'Indonésie. Au début des années 1990 ou à la fin des années 1980, en Indonésie, les imams, à raison d'un samedi matin par mois, faisaient un sermon à l'intention des personnes qui étaient rassemblées à cet endroit. Une fois par mois, ils parlaient de l'importance d'éduquer les jeunes filles et les femmes. Le mois suivant, ils parlaient de la planification familiale et disaient qu'il était important d'espacer les naissances pour s'assurer d'avoir des enfants et des femmes en meilleure santé. Ils parlaient des femmes sur le marché du travail. Ils s'employaient à changer les normes culturelles et les attentes envers les jeunes filles.

Au Bangladesh, il y a un outil que nous connaissons tous, que nous avons dans nos sacs à main et qui s'appelle le téléphone cellulaire. Au Bangladesh, le téléphone cellulaire joue un rôle très important. À compter du mois de juillet, un programme sera mis en place au Bangladesh et dans sept autres pays. Il est déjà en place aux États-Unis. On le nomme « message texte pour bébés ». Chaque semaine, vous recevez un message texte qui vous dit, si vous êtes enceinte, un fait concernant la grossesse. Après la naissance de votre bébé, votre « message texte pour bébés » porte sur l'enfant et sur la mère: quand consulter le médecin; quand faire vacciner votre enfant; assurez-vous de boire beaucoup d'eau; assurez-vous de vous laver les mains, et pourquoi.

Cette technologie des téléphones cellulaires va devenir très bientôt, à l'échelle planétaire, une des meilleures amies des femmes, des jeunes filles et de la santé. Cela va accélérer les changements de culture, parce que les téléphones sont partout.

• (1705)

La présidente: Je suis désolée, le temps est écoulé, madame Brown.

Nous avons terminé notre série de questions. Nous n'avons pas assez de temps pour une autre ronde parce que, comme vous le savez, nous devons nous occuper des travaux du comité à 17 heures et nous sommes en retard.

Je veux remercier les témoins et leur accorder une minute pour parler des choses qu'elles tenaient à dire et qu'elles n'ont pas dites, une question qui, à leur avis, mérite qu'on y réponde — et je vais vous limiter à une minute, mesdames — ou toute recommandation qu'elles veulent voir dans le haut de la liste des priorités du comité.

Je vais commencer avec madame Hatcher Roberts.

Mme Janet Hatcher Roberts: Je pense que, lorsque nous parlons de ce qui doit être fait, nous n'avons pas parlé du fait que le Canada est reconnu depuis longtemps pour le rôle qu'il joue dans les pays à faible revenu en matière de promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomie des femmes. Depuis 20 ou 30 ans, l'ACDI est reconnue dans le monde entier pour ce travail. Une partie du bon travail qui a été fait a été possible grâce au financement de l'ACDI. Nous devons veiller au maintien du financement des groupes de femmes pour que l'autonomisation des femmes se poursuive, ce qui améliore ensuite la situation globale.

Finalement, je crois que ce qu'il faut faire, c'est de renforcer le système de santé dans son ensemble, et que nous avons des exemples de réussite pour nous appuyer dans notre démarche.

C'est vraiment cela: renforcer le système de santé dans son ensemble — et quand vous recevrez la présentation PowerPoint, vous pourrez voir ce dont nous parlons. Voilà la marche à suivre.

Merci.

La présidente: Docteur Shaw.

Dre Dorothy Shaw: Merci.

J'ai fait circuler d'avance le document de l'entente sur le Partenariat sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, et de « l'appel à l'action », qui portent tous les deux essentiellement sur la position générale en ce qui concerne ce qui doit être fait, combien cela va coûter et de quelle façon nous pouvons le réaliser.

Cela devrait être très utile au comité, j'espère. Il s'agit des suggestions des spécialistes du monde entier.

Je vais en rester là.

La présidente: Merci.

Pour terminer, madame Wilkinson Sheffield...?

Mme Jill Wilkinson Sheffield: Merci beaucoup.

Je pense que ce dont nous n'avons pas assez parlé aujourd'hui, c'est des jeunes gens et des jeunes filles, plus particulièrement. Ils forment actuellement la moitié de la population mondiale et nous devons en tenir compte et travailler avec eux.

Saviez-vous que les complications en cours de grossesse sont, à l'échelle mondiale, la principale cause de décès des jeunes femmes? C'est vraiment ahurissant. Donc, je pense que pour finir, je dirais qu'il faut investir dans les femmes, parce que cela rapporte vraiment.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup, encore une fois, d'avoir pris le temps de nous parler. Vous avez répondu à beaucoup de questions.

Avant de terminer, je voudrais seulement faire un rappel à Mme Janet Hatcher Roberts au sujet des données dont elle a parlé. Pourriez-vous les donner à la greffière ou à l'analyste?

Docteur Shaw, vous avez parlé de certaines données sur l'agriculture dont dispose votre complice, comme vous dites. Pourriez-vous aussi vous assurer que la greffière ou l'analyste les reçoivent?

Madame Wilkinson Sheffield, vous avez une copie de l'étude Guttmacher. Pourriez-vous la donner à Mme Cool? Nous nous assurerons de la distribuer.

En ce qui concerne un budget...

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): La Dre Shaw a dit qu'elle avait...

La présidente: Je pense que c'est dans ce document. Elle l'a déjà distribué dans les deux langues.

Donc, merci encore une fois.

Nous devons maintenant poursuivre à huis clos, donc je voudrais...

Oh, vous voulez rester en séance publique? D'accord.

Nous allons commencer. Nous n'avons pas beaucoup de temps. Notre premier point à l'ordre du jour est de nature publique. Il s'agit de la motion de Mme Demers. Je vais lire la motion au comité.

La motion de Mme Demers, qui a été distribuée le 30 avril, dit:

• (1710)

[Français]

Que le Comité demande au ministre de la Justice de comparaître, d'ici le mois de juin, devant le Comité afin d'expliquer comment il entend utiliser le 10 millions de dollars transféré à son ministère pour traiter du nombre élevé de femmes autochtones disparues ou assassinées.

[Traduction]

Maintenant, nous allons commencer la discussion au sujet de cette motion. Nous allons demander à Mme Demers de commencer, puisque c'est sa motion.

[Français]

Mme Nicole Demers: Madame la présidente, c'est tout simplement pour faire suite à la comparution, la semaine dernière, de Mme Morency, du ministère de la Justice. Par son entremise, nous avons appris que le ministre avait déjà l'intention de faire quelque chose avec ces montants d'argent et qu'il allait nous proposer un plan. J'aurais trouvé intéressant qu'il nous dise ce qu'il veut faire de cet argent. Il est question de 10 millions de dollars, c'est beaucoup d'argent. Cet argent a été mis de côté pour les femmes autochtones disparues ou tuées.

Telle est la raison de ma motion. Ce n'est pas compliqué. Je ne veux pas qu'il compare pendant trois heures. Je veux seulement qu'il compare devant le comité pour nous dire ce qu'il entend faire de cet argent, tout simplement.

[Traduction]

La présidente: Mme McLeod souhaite discuter de la motion.

Mme Cathy McLeod: Merci, madame la présidente.

Je crois comprendre — et la greffière pourrait peut-être le vérifier — que le comité des affaires autochtones se penche sur ce point précis. Si c'est vrai, d'après ce que je comprends, la tradition est d'éviter les chevauchements. Je crois que Mme Neville est membre de ce comité.

Est-ce exact?

L'hon. Anita Neville: Oui, je le suis.

La présidente: Je pense que la question est plutôt de savoir si le comité étudie l'utilisation des 10 millions de dollars qui ont été transférés au ministère de la Justice.

L'hon. Anita Neville: Pas que je sache, mais cela ne veut rien dire.

La présidente: D'accord.

L'hon. Anita Neville: Madame McLeod, je ne sais pas si le comité des affaires autochtones étudie la question.

Mme Cathy McLeod: Je suis désolée, j'ai confondu cela avec la motion suivante. Je retire donc ce que j'ai dit au sujet de cette motion.

La présidente: Merci.

Madame Neville, voulez-vous parler de la motion?

L'hon. Anita Neville: En bref, madame la présidente, je n'ai aucun problème à l'appuyer. Ma seule préoccupation concerne l'établissement du calendrier. Comment allons-nous faire pour intégrer cela, étant donné qu'il est possible que nous ayons un pied ici et l'autre ailleurs au pays? C'est la difficulté de la chose. Donc, je ne sais pas si...

La présidente: D'accord. Merci.

Nous poursuivons avec Mme Deschamps.

[Français]

Mme Johanne Deschamps: Je voulais seulement ajouter une chose par rapport au questionnement de Mme McLeod.

La semaine dernière, j'ai pris part à la séance du Comité permanent des affaires autochtones et du développement du Grand Nord où l'on discutait de l'argent en provenance de la Fondation autochtone de guérison. Je pense qu'il est très pertinent que la ministre de la Santé puisse venir ici et expliquer tout ça.

[Traduction]

La présidente: Ce n'est pas une motion, madame Deschamps.

En ce moment, nous nous occupons de celle qui porte sur le ministre de la Justice.

[Français]

Mme Johanne Deschamps: Excusez-moi. Ce doit être parce qu'il ne fait pas assez chaud ici. C'est pour ça qu'on vous suit très bien.

[Traduction]

La présidente: Il y en a deux. Nous nous occupons de celle qui porte sur le ministre de la Justice en ce moment.

Monsieur Dreeshen.

M. Earl Dreeshen (Red Deer, PCC): En fait, j'allais aussi parler de la deuxième motion.

La présidente: Peut-être que M. Calandra veut parler de la motion à l'étude.

M. Paul Calandra: Je me demande si Mme Demers accepterait un amendement favorable, seulement pour retirer le mot « juin ». De cette façon, nous pourrions le mettre au calendrier quand nous en aurons le temps et nous ne serions pas spécifiquement...

[Français]

Mme Nicole Demers: D'accord.

[Traduction]

La présidente: Nous avons le consentement de la personne qui a présenté la motion.

Puisque la discussion est terminée, je vais mettre la question aux voix.

C'est un amendement favorable. Mme Demers l'a accepté.

La motion se lirait ainsi:

Que le comité demande au ministre de la Justice de comparaître devant le Comité afin d'expliquer comment il entend utiliser le 10 millions de dollars transféré à son ministère pour traiter du nombre élevé de femmes autochtones disparues ou assassinées.

(La motion est adoptée.)

La présidente: La motion est adoptée à l'unanimité. La motion est adoptée.

La prochaine motion de Mme Demers est:

• (1715)

[Français]

Que le Comité demande à la ministre de la Santé de comparaître, devant le comité pour nous informer de ce qu'elle entend faire de l'argent pour la Fondation de guérison pour les autochtones, qui lui a été transférée.

[Traduction]

J'aimerais que Mme Demers présente rapidement sa motion de la façon qui lui convient.

Madame Demers.

[Français]

Mme Nicole Demers: Madame la présidente, c'est un peu particulier. Comme la Fondation autochtone de guérison n'obtient plus les sommes d'argent qui lui ont été dévolues pendant 10 ans, certains des refuges pour femmes autochtones victimes de violence qu'elle finance ne peuvent plus fonctionner.

Je voulais donc obtenir des précisions de la ministre de la Santé. Je voulais qu'elle nous dise ce qu'elle entend faire de ces montants d'argent qui devaient être attribués à la fondation, mais qui ont plutôt été remis au ministère de la Santé. Il y a peut-être une très bonne raison et j'aimerais la connaître.

[Traduction]

La présidente: Merci.

Monsieur Dreeshen.

M. Earl Dreeshen: Merci beaucoup.

Je pense que je parle de la bonne motion.

Madame la présidente, ce sujet a été étudié par le Comité permanent des affaires autochtones et du développement du Grand Nord. Nous avons eu de grandes discussions tout juste au cours de la dernière semaine. Nous avons accueilli des fonctionnaires de Santé Canada. Le comité pourrait donc peut-être envisager de recevoir une partie de ces renseignements qui ont un lien avec nos préoccupations, de sorte qu'il n'y ait pas de chevauchement.

Je pense qu'une bonne partie de ce dont il a été question et de ce que vous proposez a été faite au cours des quelques séances précédentes. Je proposerais que nous attendions ou que nous examinions simplement les documents.

Merci.

La présidente: Merci, monsieur Dreeshen.

Madame Deschamps.

Maintenant nous parlons de la question de la santé.

[Français]

Mme Johanne Deschamps: Oui, j'aimerais ajouter quelque chose en complément.

La semaine dernière, j'ai assisté à une réunion du Comité permanent des affaires autochtones et du développement du Grand Nord à laquelle prenaient part des fonctionnaires du ministère. Les réponses aux questions posées étaient assez confuses, notamment lorsqu'on leur a demandé de quelle façon seraient attribués ces fonds, compte tenu du travail que faisait la fondation qu'il faudra combler d'une autre façon.

La fondation n'étant plus financée, cela suscite beaucoup d'inquiétudes. Il serait intéressant que la ministre puisse venir nous informer de ses intentions relativement à ce financement.

[Traduction]

La présidente: Merci.

Madame Neville.

L'hon. Anita Neville: Merci.

J'ai aussi assisté à la réunion, madame la présidente, et je n'étais pas satisfaite des réponses de Santé Canada. Au moins six projets étaient financés par la Fondation autochtone de guérison, et je suppose qu'il y en avait d'autres qui étaient liés à la lutte contre la violence faite aux femmes et aux femmes autochtones. Les fonctionnaires de Santé Canada ont démontré de quelle façon l'argent allait à Santé Canada. Ils n'ont certainement pas traité de l'ensemble des programmes gérés grâce aux fonds de la Fondation autochtone de guérison, et il y a manifestement un écart important.

Ce qui me préoccupe par rapport à cette motion et à la motion précédente, ce n'est pas seulement la question du calendrier. J'ai participé aux discussions du comité de la santé sur un autre sujet, et des ministres ont été invités et ont simplement refusé de comparaître. Je dirais donc: invitons la ministre. Je veux savoir. En fait, une des subventions a été octroyée dans sa propre collectivité. Ce que fait Santé Canada ne compense en aucune façon les anomalies et le manque de financement sous la gouverne de la Fondation autochtone de guérison.

Donc, j'appuierais...

La présidente: Vous appuyez la motion, mais vous êtes préoccupée par le calendrier.

L'hon. Anita Neville: Par le calendrier, et par la question de savoir s'ils vont venir ou pas.

La présidente: Madame McLeod.

Mme Cathy McLeod: Merci, madame la présidente.

Je comprends que vous disiez ne pas avoir eu l'impression d'être pleinement informée de ce qui se passait, mais je crois que la meilleure tribune pour une telle discussion — dans le sens que vous avez établi des bases —, c'est de continuer de miser sur ces bases dans le milieu des affaires autochtones, plutôt que voir le comité entrer dans la discussion. C'est pourquoi je vais voter contre cette motion précise.

La présidente: Merci.

Monsieur Calandra.

• (1720)

M. Paul Calandra: Monsieur Dreeshen, quand le Comité des affaires autochtones doit-il présenter son rapport? Pouvons-nous attendre de voir leur rapport? Ensuite, nous pourrions utiliser ce rapport dans le cadre de notre travail. Plutôt que de convoquer des gens ici pour qu'ils répètent tout ce qu'ils ont dit, pourquoi ne travaillerions-nous pas en fonction de ce qui a été présenté à l'autre comité?

La présidente: Madame Demers, répondriez-vous à la question? [Français]

Mme Nicole Demers: Madame la présidente, c'est parce qu'ils ont déjà comparu et on n'a pas obtenu d'eux les réponses que l'on voulait.

Pour ce qui est de la fondation, elle n'existe plus, Cathy. Elle a fermé, faute d'argent. C'est ce que Mme Quinn nous a dit la dernière fois. La fondation étant fermée, on ne peut plus s'y fier pour nous donner des réponses. Elle n'existe plus.

Cependant, pour ce qui est de la question du délai, comme on l'a fait pour l'autre motion, je serais prête à retirer les mots « d'ici le mois de juin », afin que la motion demande tout simplement que la ministre compare devant le comité. Si ma collègue veut faire un amendement amical, je l'accepterais avec plaisir.

[Traduction]

La présidente: Vous modifiez votre propre motion. L'amendement n'a donc pas besoin d'être favorable. Vous êtes libre de vous détester autant que vous voulez, madame Demers.

[Français]

Mme Nicole Demers: Comme vous le voulez, madame la présidente. Je peux être gentille envers moi-même et retirer moi-même ces mots.

[Traduction]

La présidente: Donc, le comité demande que la ministre de la Santé compare devant le comité afin d'expliquer ce qu'elle a l'intention de faire — et la mention « d'ici juin » a été supprimée; il n'y a donc plus de délai.

Monsieur Dreeshen, vous avez la main levée. Voulez-vous ajouter quelque chose à cela?

M. Earl Dreeshen: Eh bien, c'est votre comité, et c'est à vous de décider ce que vous désirez étudier. Je suis nouveau ici, et je ne vais pas prétendre savoir dans quelle voie vous souhaitez vous engager. Mais je sais que, compte tenu de l'ensemble des discussions que nous avons eues, nous avons certainement abordé la question de la Fondation autochtone de guérison, du genre de services offerts au sein de la collectivité et du fait que, d'après les clauses de l'accord, elle est appelée à être éliminée progressivement. Donc, à mon avis, le fait que le Comité des affaires autochtones a entrepris d'étudier cette question est révélateur. C'est à vous de décider si vous voulez pousser l'étude plus loin.

La présidente: Merci.

Madame Deschamps.

[Français]

Mme Johanne Deschamps: J'aimerais juste apporter un éclaircissement.

On sait que la fondation n'existe plus. En réalité, on demande à la ministre de venir ici pour répondre aux inquiétudes des groupes que soutenait la fondation. Que va-t-il advenir de ces groupes qui ont reçu le soutien de la fondation pendant plusieurs années, maintenant qu'elle n'est plus financée? Quelles sont leurs inquiétudes par rapport à cela? Les groupes de femmes, notamment, s'inquiètent de ce que la ministre fera maintenant des fonds que la fondation ne reçoit plus. Ils se demandent de quelle façon ce sera dirigé et si l'on va continuer de les soutenir. Tel est le but en demandant à la ministre de venir ici.

[Traduction]

La présidente: Merci.

Madame Brown.

Mme Lois Brown: Madame la présidente, si je peux me permettre d'intervenir, j'étais à la Chambre le soir où il y a eu un débat d'urgence sur la question. Il a duré cinq heures.

Ne serait-il pas plus prudent de nous procurer d'abord les documents du Comité des affaires autochtones et du développement du Grand Nord et ceux du Hansard? Ne vaudrait-il pas mieux les obtenir avant de demander à la ministre de comparaître? Il me semble que ce serait préférable, car une grande partie du débat a déjà eu lieu.

La présidente: Nous avons entendu le témoignage de trois personnes qui ont assisté à la séance du Comité des affaires autochtones, et deux d'entre elles ont déclaré que ce qu'elles y avaient entendu était insatisfaisant, qu'on n'avait pas répondu à leurs questions concernant l'utilisation des fonds qui seront libérés une fois qu'on arrêtera de financer ces groupes.

Bien entendu, le Hansard est un document que vous pouvez consulter, que vous soyez d'accord avec la motion ou non. Cela ne vous empêche pas de l'utiliser pour vous renseigner et vous aider à poser des questions claires et pertinentes à la ministre. Je ne pense pas que ces deux suggestions soient nécessairement contradictoires.

Je vais mettre aux voix la motion de Mme Demers ayant trait à la ministre de la Santé.

Il y a égalité des voix. La présidence va devoir trancher.

Je vais demander à la ministre de la Santé de comparaître simplement parce que deux fois sur trois j'ai entendu dire que la question de Mme Demers était restée sans réponse là-bas.

(La motion est adoptée.)

La présidente: Mme Neville a formulé une observation et, avant que j'en parle en général, Mme Simson a quelque chose à dire.

Mme Michelle Simson: Eh bien, non, je n'ai pas vraiment quelque chose à dire; j'ai une question ayant rapport à ce sujet. Si l'on jette un coup d'oeil au calendrier, avons-nous ou avez-vous, en tant que présidente, reçu une réponse de la part de la ministre Oda ou de la ministre Ambrose à la suite de la lettre que nous leur avons fait parvenir dans laquelle nous leur demandons de comparaître devant notre comité? C'est la seule chose qui me préoccupe. Certes, je soutiens cette motion, mais je m'inquiète d'obtenir une réponse, n'importe quel genre de réponses.

• (1725)

La présidente: Jusqu'à maintenant, nous n'avons pas encore appris si la ministre Oda et la ministre Ambrose seront en mesure de venir nous rendre visite avant la fin du mois de mai. Nous leur avons posé ces questions, et nous leur avons accordé une grande marge de manoeuvre, dans la mesure où elles acceptaient de comparaître devant nous avant la fin du mois de mai. Nous savons que Mme Boucher, la secrétaire parlementaire, avait dit qu'elle en parlerait à la ministre.

Mme Sylvie Boucher (Beauport—Limoilou, PCC): Je vais lui en reparler.

La présidente: En tant que présidente, je dois dire que nous avons demandé à une ministre particulièrement responsable de notre comité de comparaître devant nous, et qu'elle ne nous a même pas répondu. Nous n'avons pas reçu la moindre réponse — ni oui, ni non, ni laissez-moi tranquille, ni quoi que ce soit d'autre. Je n'ai rien eu.

La ministre Oda a dit qu'elle ne pouvait pas venir aux dates que nous avions suggérées. Depuis, nous lui avons récrit pour lui demander si elle pouvait venir le 26 mai, c'est-à-dire avant la fin du mois de mai, et elle ne nous a pas répondu.

Nous demandons maintenant à deux ministres de comparaître. J'aimerais indiquer que, dans le passé, lorsque nous avons étudié d'autres questions comme l'AE, nous avons demandé à la ministre des Ressources humaines et du Développement des compétences de venir nous visiter. Nous avons également demandé la présence du président du Conseil du Trésor dans le cadre d'une étude sur l'équité salariale. Les ministres ne sont pas obligés de comparaître devant un comité. Je suppose qu'ils ont le droit de refuser et que cela fait partie

de leurs prérogatives en tant que membres de l'exécutif. Toutefois, en tant que présidente du comité, je ferais peut-être observer que, lorsqu'un comité demande des renseignements ou des précisions parce que ses membres ont besoin de mieux comprendre les enjeux, je pense vraiment... Je suis ici depuis 17 ans, et c'est la première fois que je vois des ministres négliger complètement de répondre. Ce n'est pas seulement le fait qu'ils ne viennent pas, c'est le fait qu'ils ne prennent même pas la peine de répondre aux présidents des comités et aux comités qui demandent leur présence. Cela me préoccupe un peu. C'est ce à quoi Mme Simson faisait allusion, je crois.

Je sais que la secrétaire parlementaire peut seulement faire ce qu'elle peut faire, c'est-à-dire demander. Si elle ne reçoit pas de réponse, c'est qu'elle est jugée aussi peu importante que le comité. Les comités de la Chambre des communes sont d'importants organes. Le Président l'a signalé. Ils sont là pour recueillir des renseignements, saisir les questions, en parler, en rendre compte et formuler des recommandations, s'ils sont d'avis que le Parlement n'a pas obtenu les réponses dont il avait besoin. C'est ainsi qu'il obtient des réponses, par l'intermédiaire des comités. Par conséquent, cette situation m'inquiète et, en l'occurrence, je tiens à ce que mes préoccupations figurent dans le compte rendu.

J'ai envoyé une troisième lettre aux ministres la semaine dernière, et je leur ai personnellement fait parvenir la motion afin de leur rappeler que ces rencontres doivent avoir lieu avant la fin du mois de juin. Nous n'avons reçu aucune réponse. À mon avis, il est même déplorable de ne pas accuser réception de la demande. C'est faire preuve de peu de respect envers les comités.

C'est ce que je tenais à dire au sujet de la question de Mme Simson.

Maintenant, nous avons une autre question à poser. Au cours de la dernière séance, Mme Neville a présenté une motion relative à la tenue d'une séance extraordinaire au cours de laquelle le comité étudiera la façon dont le financement est réparti à Condition féminine Canada, etc. Elle a précisé qu'il s'agissait d'une séance extraordinaire, et j'ai donc demandé à tout le monde d'y réfléchir parce qu'à ce titre, elle doit s'ajouter aux deux séances auxquelles nous participons hebdomadairement. Le comité a-t-il choisi la date à laquelle nous passerons la soirée à étudier cette question? Nous avons tous adopté cette motion — le comité l'a adopté — visant à organiser une séance « extraordinaire », ce qui veut dire qu'elle ne peut pas prendre la place d'une de nos séances ordinaires. Il s'agit d'une seule séance. Nous avons demandé que vous communiquiez vos préférences à la greffière ou à l'analyste, mais nous n'avons reçu aucune réponse de la part des membres du comité. Il nous faut prendre une décision à ce sujet.

Madame Neville.

L'hon. Anita Neville: Madame la présidente, pourrais-je suggérer que nous procédions de la même façon que le Comité des affaires autochtones, c'est-à-dire que nous prolongions la séance ordinaire d'une heure ou d'une heure et quelques.

La présidente: C'est une bonne suggestion, sauf que j'aimerais rappeler au comité que neuf fois sur dix les séances du lundi soir et du jeudi soir sont suivies d'un vote. Mais, si vous souhaitez revenir après celui-ci, nous pourrions vous offrir un repas. Ce serait une façon de donner suite au commentaire de Mme Neville. Si les gens désiraient rester un mercredi soir, ce serait possible, car ces soirées semblent souvent libres. Nous pourrions reprendre nos travaux à 18 h, dîner et consacrer quelques heures à cette question, soit le même nombre d'heures que compte une séance ordinaire, c'est-à-dire deux heures.

• (1730)

La greffière du comité (Mme Danielle Bélisle): Y a-t-il consensus?

La présidente: Avez-vous tous le calendrier? Nous le distribuons chaque fois.

Oui, la séance extraordinaire aura lieu après la semaine de relâche, laquelle est prévue du 17 au 22. Nous pourrions envisager de nous réunir soit le 25 après la séance, soit le...

La greffière: Vous ne siégez pas le 25.

La présidente: C'est vrai, désolée. Ce sera donc le 26.

Mme Sylvie Boucher: Après quelle heure, le 26?

La présidente: Eh bien, il faudrait que nous restions et que nous poursuivions la séance. Ce pourrait être le 26, le 2 ou le 9.

La greffière: Il se peut que vous voyagiez le deux, si votre budget est approuvé.

La présidente: Le 26, c'est bientôt. Cette date approche rapidement. Il se peut que nous voyagions en juin. Le 26 me semble donc être une date pratique.

Mme Sylvie Boucher: Oui.

La présidente: je vous propose tous cette date. C'est vous qui devez prendre la décision.

Mme Sylvie Boucher: Le 26 me convient.

La présidente: Fort bien. Quelqu'un voudrait-il proposer le 26? Madame Neville.

L'hon. Anita Neville: Si vous voulez demander à la greffière de l'organiser, je suis d'accord.

La présidente: Non, mais il nous faut tomber d'accord. La greffière ne peut organiser une séance si personne n'est disponible. Mme Boucher a donné son accord. Je demande donc si le 26 convient à tous les membres du comité et si, après la séance, vous

êtes prêts à siéger pendant deux heures supplémentaires. Le repas sera fourni et, s'il y a un vote, nous reviendrons après celui-ci.

Mme Sylvie Boucher: D'accord, après le vote.

La présidente: Le 26 mai.

N'y a-t-il aucune voix dissidente? Marché conclu. La greffière l'organisera.

Bien. Merci.

Maintenant, quelle heure est-il?

Il est 17 h 33. Nous devons nous occuper du budget que je veux présenter mardi de la semaine prochaine. J'ai seulement besoin de vous entendre dire oui. Nous avons établi le budget comme convenu. Je pense que vous en avez tous une copie.

En fait, au lieu des deux voyages dont nous avons parlé, nous avons prévu de visiter Maniwaki séparément, car ce sera plus économique ainsi — le voyage nous coûtera 2 500 \$. Si nous ajoutions cette destination à l'itinéraire comprenant Brantford, Québec et Montréal, nous serions forcés de passer une nuit supplémentaire à hôtel, ce qui accroîtrait nos coûts.

Je ne sais pas si vous y avez jeté un coup d'oeil mais, essentiellement, nos coûts pour la première moitié de notre comité s'élèvent à 157 635 \$.

L'hon. Anita Neville: Je le propose, madame la présidente.

La présidente: Vous proposez d'approuver le budget?

(La motion est adoptée.) [Voir le *Procès-verbal*]

La présidente: Je vais présenter le budget.

M. Paul Calandra: Je m'y oppose.

La présidente: Oui. Le compte rendu indiquera que M. Calandra s'y oppose.

M. Paul Calandra: Étant donné que plusieurs d'entre nous vivent à Toronto, se rendre à Ottawa pour emprunter un vol à destination de Brantford ne me semble pas très logique.

La présidente: N'oubliez pas que seule une partie des membres voyageront. Nous réglerons la question, car nous avons déjà décidé de voyager, nous avons déjà décidé de diviser le voyage, etc.

Donc, c'est tout. Quelqu'un propose-t-il de lever la séance?

Mme Lois Brown: Je le propose.

La présidente: Merci, madame Brown.

La séance est levée.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

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

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

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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