



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 045 • 1^{re} SESSION • 38^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 2 juin 2005

Présidente

Mme Bonnie Brown

Toutes les publications parlementaires sont disponibles sur le
réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

<http://www.parl.gc.ca>

Comité permanent de la santé

Le jeudi 2 juin 2005

•(1105)

[Traduction]

La présidente (Mme Bonnie Brown (Oakville, Lib.)): Bonjour, mesdames et messieurs. J'ai le plaisir de vous accueillir à la 45^e réunion du Comité permanent de la santé.

Notre séance d'aujourd'hui sera divisée en deux parties. Nous avons d'abord une série de motions à étudier, après quoi nous entendrons un rapport de Santé Canada sur les troubles du spectre de l'alcoolisation foetale. Nous allons commencer par la première motion, qui a été présentée par M. Ménard et qui porte sur les médicaments d'ordonnance.

Monsieur Ménard, voudriez-vous présenter votre motion, l'expliquer et ensuite la proposer?

[Français]

M. Réal Ménard (Hochelaga, BQ): Oui, madame la présidente, car comme vous et les autres membres du comité le savez sûrement, le Congrès américain pourrait adopter, entre le mois de juin et la fin de l'été, un projet de loi qui permettrait aux Américains d'acheter des médicaments au Canada. Le projet de loi ne touche pas que le Canada; il touche aussi l'Europe, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Ce qui est spécifique au Canada est le fait que dès son entrée en vigueur, neuf mois plus tard, les Américains achèteraient des médicaments au Canada.

L'industrie pharmaceutique est très inquiète. Je sais que le ministre travaille à ce dossier depuis quelques mois, et je crois même qu'il prévoit en saisir le Cabinet bientôt. Je ne doute pas qu'on travaille à mettre sur pied une stratégie, mais, compte tenu de l'urgence, il me semble qu'il serait rassurant pour le ministre — et je crois que c'est là notre devoir de parlementaires — que l'on puisse lui faire des suggestions, lui proposer des orientations et lui faire savoir comment le Comité permanent de la santé voit les choses.

Je sais que cela ne nous laisse pas beaucoup de temps, mais on pourrait tout de même entendre une quinzaine de témoins. Je pense à des pharmaciens, à des médecins, à des représentants de l'industrie du médicament innovateur et de l'industrie du médicament générique, bref, ceux qui ont déjà une opinion sur le sujet. On pourrait tenir trois ou quatre séances et recevoir cinq témoins par séance. Il y a vraiment urgence.

Si les Américains commencent à venir s'approvisionner ici, toutes sortes de questions se poseront pour lesquelles nous n'avons pas de réponses dans l'immédiat. Par exemple, des représentants de l'industrie me disaient que le prix d'un médicament au Canada ne sera pas nécessairement le même s'il est vendu aux États-Unis. Que fait-on dans une telle situation?

Je crois que cette situation est urgente. Je terminerai là-dessus, madame la présidente. Je sais que nos collègues du Parti conservateur du Canada ont déposé une motion demandant l'interdiction. Je crois toutefois que c'est plus compliqué que cela

et qu'on aurait intérêt à entendre des gens. J'espère, madame la présidente, que j'aurai l'appui de mes collègues de la majorité ministérielle et je ne désespère pas d'avoir celle des conservateurs. J'ai bien sûr l'appui et l'amitié de mes amis les néo-bolcheviks.

[Traduction]

Mme Jean Crowder (Nanaimo—Cowichan, NPD): Oui.

La présidente: Vous en faites la proposition?

[Français]

M. Réal Ménard: Oui.

[Traduction]

La présidente: Y a-t-il des commentaires?

Monsieur Thibault.

[Français]

L'hon. Robert Thibault (Nova-Ouest, Lib.): Madame la présidente, pourriez-vous indiquer aux membres du comité, dans l'éventualité où on adopterait la motion de M. Ménard, si notre horaire nous permet de tenir ces trois ou quatre séances?

M. Réal Ménard: Il reste à voir comment on pourrait s'organiser pour recevoir une quinzaine de témoins, mais je crois qu'avec ce nombre, on pourrait donner des indications précises au ministre. S'agirait-il de toute une journée? Tiendrions-nous trois séances? Il y a des questions techniques à considérer.

[Traduction]

La présidente: Je ne suis nullement consternée par cette motion, sauf par ce passage : « toute affaire cessante, entreprenne une étude... »

Quand le ministre est venu nous parler de cette question en octobre ou novembre dernier, il m'avait semblé que les fonctionnaires entreprenaient une étude et élaboraient un plan. S'ils ont effectivement un plan, je ne sais pas pourquoi nous devrions effectuer simultanément une étude. M. Ménard a laissé entendre que le ministre était prêt à passer à l'action dans ce dossier. Je me demande si nous devrions entendre d'abord le ministre, parce que s'il a un plan qu'il est prêt à mettre à exécution, pourquoi devrions-nous entendre 15 ou 20 témoins? Je ne comprends pas cela.

[Français]

M. Réal Ménard: Oui.

[Traduction]

Nous allons commencer par le ministre.

M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC): Je suis d'accord avec la présidente pour dire que la dernière fois que les gens du ministère sont venus ici, si vous vous rappelez cette très intéressante réunion, ils nous ont présenté trois propositions qui auraient pour conséquence de détruire complètement la pharmacie Internet. Nous les avons renvoyés à leur table de travail en leur disant : écoutez, revenez nous présenter des options qui seraient un peu plus étoffées que celles-ci et qui donneraient une certaine marge de manoeuvre à notre comité. Je conviens que nous attendions qu'on nous présente ces propositions, et que nous devions continuer notre étude sur les médicaments vendus sur l'Internet, étude qu'il ne convient tout simplement pas de terminer d'ici le 15 juin.

Je crois donc que ma motion tiendrait compte des témoignages que nous avons entendus jusqu'à maintenant de part et d'autre et aussi du projet de loi qui s'en vient aux États-Unis. Nous avons entendu des témoins de toutes les compagnies qui vendent des produits pharmaceutiques sur Internet, et tous conviennent que ce serait la chose à faire de part et d'autre de la frontière.

Bien que je reconnaisse que M. Ménard ait raison de dire que nous devons faire quelque chose de toute urgence à cause du projet de loi à l'étude aux États-Unis, c'est ma motion qui propose la bonne manière de s'y prendre. C'est pourquoi j'aurais bien du mal à accepter celle-ci, non pas que je sois en désaccord avec le concept de base, mais je ne suis pas d'accord que nous puissions nous engager à compléter une étude approfondie d'ici le 15 juin. Si nous étudions la vente de médicaments sur l'Internet, c'est un domaine plus vaste que les ventes en vrac—et les ventes en vrac seront l'aspect le plus dommageable de la mesure législative qui sera bientôt adoptée aux États-Unis.

•(1110)

La présidente: Merci.

Monsieur Fletcher.

M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC): Je trouve qu'il est important de séparer la question des pharmacies sur l'Internet de la question des exportations en vrac. Vous vous rappellerez peut-être que notre comité a adopté une motion demandant au ministre, avant qu'il prenne la moindre décision, de permettre au comité de se pencher sur la question des pharmacies sur l'Internet. Cependant, l'exportation en vrac de médicaments est à mon avis une question complètement différente. Je pense qu'il y aurait un appui très solide de la part de tous les partis pour ne pas permettre une telle pratique; j'ai fait moi-même des déclarations à la Chambre en ce sens.

J'ai donc des réserves sur la motion de M. Ménard pour toutes les raisons susmentionnées, bien que je sois très sympathique à ce qu'il tente de faire. De plus, je suis un nouveau député, mais d'après mon expérience, rien ne se fait très rapidement sur la colline et il me semble extrêmement optimiste d'espérer faire quelque chose de ce genre en deux semaines.

Des voix: Oh, oh!

M. Steven Fletcher: Adoptant un point de vue plus réaliste sur les choix qui s'offrent à nous, je dis qu'il serait préférable d'appuyer la motion suivante, celle de M. Merrifield, qui répond aux préoccupations de chacun en temps voulu. Je n'appuierais pas celle-ci, mais j'appuierais la motion de M. Merrifield.

La présidente: En prévision de l'examen de ces deux motions, j'ai demandé à la greffière à notre séance d'organisation mardi de s'informer pour vérifier si le ministre ou ses collaborateurs viendraient nous rencontrer la semaine prochaine pour nous

expliquer où ils en sont dans ce dossier. Nous leur avons fait des suggestions et il me semble que, confrontés à ces deux motions, ils seraient peut-être un peu plus disposés à nous donner des explications et à nous dire ce qu'ils prévoient faire exactement, et qui pourrait d'ailleurs englober tout ce qui est proposé dans ces deux motions. Nous n'en avons pas encore eu confirmation, mais l'invitation a été lancée et j'espère que nous aurons une réponse d'ici la fin de la journée.

[Français]

M. Réal Ménard: Madame la présidente, il faut bien se comprendre. Si le ministre et les fonctionnaires comparaissaient et nous disaient qu'un projet de loi était prêt, que leur stratégie était arrêtée et que tout cela était déposé d'ici la fin de la session, je retirerais ma motion. Je souhaite qu'il n'y ait pas de rupture de l'approvisionnement au Canada et qu'il n'y ait pas d'effet inflationniste sur les prix. Selon ce que j'en comprends, le ministre — je sais que ce n'est pas de la mauvaise foi — en est à présenter un mémoire au Cabinet. Cela veut dire que l'idée du gouvernement sur ce sujet complexe n'est pas arrêtée.

Malheureusement, la motion des conservateurs ne dit rien. Je veux bien que l'on s'oppose à l'exportation des médicaments, mais cela ne veut rien dire. Comment fait-on cela? Retire-t-on des permis, impose-t-on des quotas? La motion des conservateurs ne dit rien. Elle exprime un vœu. Une fois que nous l'aurons adoptée, nous ne serons pas plus avancés. Le ministre n'a pas d'outils. Si on adopte la motion des conservateurs, on émet un vœu général qui ne fournit aucun outil au gouvernement. Je pense que ce n'est pas une façon de travailler. Je ne veux pas dire qu'on doive nécessairement en faire une étude exhaustive.

D'autre part, les travaux de la Chambre des communes ne seront pas ajournés avant le 17 juin, car le gouvernement veut adopter avant l'ajournement le projet de loi C-38 sur les conjoints de même sexe, qui fait tellement plaisir au Parti conservateur du Canada. La présidence du comité doit faire rapport le 17 juin. Il est donc certain que les travaux de la Chambre des communes ne seront pas ajournés avant le 17 juin. Il nous reste potentiellement trois semaines et nous pouvons tenir deux ou trois réunions par semaine, à raison de cinq témoins par réunion. Rien ne nous empêche de remettre un rapport de cinq pages au ministre, en mentionnant que la meilleure façon de s'y prendre est *x*, *y* ou *z*.

Maintenant, si un plan existe et que le ministre et les fonctionnaires nous disent la semaine prochaine que leur idée est faite, qu'ils vont déposer un projet de loi et qu'ils vont proposer telle solution, tant mieux. Toutefois, je ne crois pas que ce soit la solution. Cette problématique est beaucoup plus complexe que ce que les conservateurs en disent. Je crois que notre devoir est d'obtenir de l'information, et la motion des conservateurs ne règle rien. Elle formule un vœu.

[Traduction]

La présidente: Oui. Je ne veux pas que ces motions soient en concurrence parce qu'elles portent sur des sujets différents, comme M. Fletcher l'a fait remarquer.

Je suis très consciente de ce que j'appelle le niveau d'énergie des parlementaires à cette époque-ci de l'année. Comme je l'ai dit, la seule chose qui m'inquiète dans tout cela, c'est qu'on dise qu'on entreprendra une étude toute affaire cessante, et M. Ménard a laissé entendre que cela exigerait trois ou quatre séances et que nous entendrions de 15 à 20 témoins. Je me demande seulement s'il y a quelque enthousiasme autour de la table à l'égard de cette idée, ou bien si l'on peut déjà mettre cela de côté.

Monsieur Thibault, allez-y, je vous prie.

• (1115)

[Français]

L'hon. Robert Thibault: Je voudrais répondre à M. Ménard. La procédure normale, lorsqu'un ministre veut proposer un projet de loi au Parlement, est qu'il propose d'abord un mémoire au Cabinet.

M. Réal Ménard: C'est cela.

L'hon. Robert Thibault: Ce mémoire comprend différentes options, les coûts et les sujets. On ne peut pas dire que l'on ne va pas dans une certaine direction parce que le ministre consulte ses collègues avant de proposer un projet de loi. Je ne peux parler au nom du ministre, mais j'ai eu une brève discussion avec lui hier. Je crois qu'il a l'intention d'agir et qu'il n'a aucune objection face à l'une ou l'autre de ces deux motions puisqu'il souhaite la même chose que ce qui est exprimé par la motion de M. Merrifield.

Tout le monde peut être d'accord sur l'idée d'entendre des témoins sur ces questions, pas seulement en vrac, mais aussi par convocation. Cependant, il faudra considérer, comme le dit la présidente, le temps dont nous disposons et l'utilité de le faire. Étant donné qu'il est possible que le ministre exprime ses intentions et dise quel est son plan d'action et comment on procède lors de sa rencontre avec le Cabinet, on pourrait peut-être mettre ces deux motions de côté jusqu'à ce que le ministre se présente devant le comité. Il faudrait voir quelle est la nécessité pour nous de procéder avant cela, car si le ministre propose un projet de loi, on voudra probablement entendre des témoins commenter ce projet de loi.

M. Réal Ménard: Croyez-vous que nous puissions le faire d'ici la fin de la session?

L'hon. Robert Thibault: Oui.

[Traduction]

La présidente: Monsieur Merrifield, vous avez la parole.

M. Rob Merrifield: En plus de ce que M. Thibault vient de dire, notre comité a demandé au ministre de ne rien faire dans le dossier des pharmacies sur Internet tant que nous n'aurions pas, après avoir effectué une étude approfondie, remis un rapport pour lui donner une certaine orientation. J'ignore si vous vous rappelez de cette motion que nous avons adoptée ici même.

L'urgence de ce dossier tient au fait que l'on s'apprête à adopter une mesure législative aux États-Unis. Je pense que le comité doit donner le signal au ministre qu'il faut agir dans l'intérêt supérieur des Canadiens compte tenu de ce qui se prépare. M. Ménard laisse entendre que ma motion n'est pas suffisamment détaillée et qu'elle ne précise pas le mécanisme exact. Je ne pense pas que ce soit nécessairement le problème. Le grand problème, c'est que nous voulons freiner la vente en vrac de médicaments aux États-Unis.

Quoi qu'il en soit et quel que soit le mécanisme que le ministre et le ministère choisiront d'utiliser, je pense que nous devons prévoir une certaine souplesse parce que je ne crois pas que nous, au comité, ayons des compétences pointues dans ce domaine ou que nous sachions quel mécanisme il convient d'utiliser. C'est pourquoi je trouve que notre comité doit exhorter le gouvernement à agir dans ce dossier et doit donner un signal au ministre, à la lumière de la mesure législative qui s'en vient.

Je trouve que ma motion demande que l'on prenne une mesure précise. Tout ce que j'ajouterais à ma motion, c'est de dire qu'on en fasse rapport à la Chambre pour que ce ne soit pas seulement une motion. Nous pouvons faire rapport de la motion à la Chambre et donner ainsi le signal à la Chambre que, dans le domaine des

produits pharmaceutiques, nous agissons dans l'intérêt supérieur des Canadiens.

La présidente: Je me demande si M. Ménard envisagerait de changer les mots « entreprenne une étude » et de laisser cela de côté, quitte à en faire peut-être une motion qu'il présenterait la semaine prochaine, et s'il accepterait de dire plutôt : « invite le ministre à venir expliquer au comité les mesures qu'il estime devoir prendre afin de s'assurer », etc. Ensuite, quand nous serons saisis de cette motion révisée, nous pourrions envisager une deuxième motion demandant qu'on entreprenne une étude.

[Français]

M. Réal Ménard: D'accord.

[Traduction]

La présidente: Vous seriez d'accord avec cela?

[Français]

M. Réal Ménard: Oui.

[Traduction]

La présidente: C'est merveilleux.

[Français]

M. Réal Ménard: Mais, madame la présidente, il faut que le ministre vienne la semaine prochaine. Est-ce réaliste?

[Traduction]

La présidente: Oui, nous sommes jeudi.

Je pense que l'invitation a été envoyée mardi soir ou mercredi.

La greffière du comité (Mme Carmen DePape): Mardi après-midi.

La présidente: Mardi après-midi.

Je vais donc exercer des pressions pour veiller à ce que nous puissions l'entendre la semaine prochaine. Non pas que j'aie le moindre pouvoir, mais je vais essayer.

L'hon. Robert Thibault: Kidnappez-le.

La présidente: Oui, je compte sur M. Thibault pour s'assurer que cela se fasse.

Compte tenu de cet amendement favorable, un amendement que le proposeur de la motion a accepté, la motion dit maintenant : « toute affaire cessante, invite le ministre à venir expliquer les mesures qu'il estime devoir prendre afin de s'assurer que les réserves de médicaments... », etc.

Si nous appuyons cette motion, nous prenons aussi en quelque sorte un engagement moral envers M. Ménard, en ce sens que si nous ne sommes pas satisfaits des explications en question, nous reviendrons à la charge quant à son idée de faire une étude. Est-on d'accord?

[Français]

M. Réal Ménard: Oui.

[Traduction]

La présidente: Je vois.

M. Steven Fletcher: Madame la présidente, si le ministre vient effectivement rencontrer le comité, veuillez lui faire savoir que la séance est enregistrée.

La présidente: Est-on prêt à voter?

M. Rob Merrifield: Non, en fait, il y a autre chose. C'est peut-être un petit détail, mais si l'on doit nommer le système de santé québécois, il faudrait nommer aussi les systèmes de santé des autres provinces. On y fait allusion deux fois dans le texte. Et si nous voulons être équitables dans ce dossier, c'est une responsabilité partagée.

• (1120)

La présidente: Oui, c'est provincial.

M. Rob Merrifield: Ce sont des systèmes provinciaux, oui.

La présidente: Nous pourrions dire « les systèmes de santé fédéral et provinciaux ».

M. Rob Merrifield: En effet.

[Français]

M. Réal Ménard: Non, madame la présidente, parce que « provincial » au sens latin veut dire « conquis », et nous ne sommes pas des conquis. Alors, on ne réfère jamais au Québec en termes de « provincial ». Nous sommes une nation et les Albertains n'en sont pas une, n'en déplaît à M. Merrifield.

[Traduction]

Le Québec est une nation.

La présidente: Vous faites donc une...

L'hon. Robert Thibault: L'Acadie est une nation aussi, mais nous ne sommes pas...

M. Réal Ménard: L'Acadie est une nation, mais les Acadiens ne veulent pas se doter d'un pays séparé.

M. Rob Merrifield: En effet.

La présidente: Non, ils veulent savoir que le système de santé de l'Alberta est l'équivalent du système de santé du Québec. Je me demande si nous pourrions dire « les systèmes de santé central et unitaires ».

L'hon. Robert Thibault: Mon Québec englobe le Canada—seulement « le Canada ».

M. Rob Merrifield: Seulement « le Canada ».

M. Réal Ménard: Vous avez le texte de ma motion.

La présidente: La question est de savoir si vous voulez accéder au désir de M. Ménard et laisser la motion telle quelle, c'est-à-dire Canadien et...

Des voix: Non, absolument pas.

La présidente: Bon, alors quelqu'un doit proposer un amendement.

M. Rob Merrifield: Ou rejeter la motion.

L'hon. Robert Thibault: Je propose que nous supprimions les mots « et Québécois ».

La présidente: Pourquoi ne pas dire « l'intégrité de nos systèmes de santé », au pluriel.

[Français]

M. Réal Ménard: D'accord pour « nos systèmes de santé ». Il n'y a pas qu'un système de santé, il y en a plusieurs. Et les Québécois sont une nation.

[Traduction]

La présidente: Je cherche un emploi dans le corps diplomatique, messieurs dames.

[Français]

M. Réal Ménard: Les Québécois sont une nation. Ils ne veulent pas reconnaître que le Québec représente une nation.

[Traduction]

La présidente: Non, nous avons une série de systèmes de santé dans notre pays et nous en parlons simplement de manière générale.

M. Steven Fletcher: Sur le plan des principes, sauf le respect que je dois à mes collègues séparatistes, le Québec fait partie du Canada et nous ne devons pas déroger à cela d'un iota.

La présidente: Je vous fais une mise en garde, monsieur Fletcher. L'auteur de la motion a donné son accord à un amendement qui dit simplement l'intégrité de nos systèmes de santé, et je ne pense pas que l'on veuille se lancer dans un débat sur l'unité nationale, au moment où nous sommes sur le point d'adopter une motion.

Monsieur Merrifield.

M. Rob Merrifield: Je trouve acceptable l'expression « les systèmes de santé », parce que cela englobe le Québec, mais je ne peux pas accepter « les patients canadiens et québécois », à la toute fin.

La présidente: « Nos patients », oui.

M. Rob Merrifield: Si vous voulez...

[Français]

M. Réal Ménard: L'ensemble des patients. Madame la présidente, je pense que nous nous entendons pour dire que nous voulons que le ministre compare. De toute façon, je ne crois pas que les conservateurs soient les mieux placés pour jeter un regard sur le Québec. N'entrons pas dans ces subtilités. Ils recueillent 12 p. 100 des intentions de vote au Québec.

[Traduction]

La présidente: Cela suffit.

Les attachés de recherche disent qu'il faut faire quelque chose au sujet du mot « patients », également. Nous pouvons simplement dire « nos patients » ou bien « leurs patients », selon la bonne formulation.

Une voix: « Pour les patients ».

La présidente: « Pour les patients », point à la ligne.

Sommes-nous prêts à passer au vote?

M. Rob Merrifield: Votre motion est-elle également débarrassée du mot « patients »?

L'hon. Robert Thibault: Non, nous nous débarrassons du mot « Québec ».

M. Rob Merrifield: Pas de « Québec ». D'accord.

La présidente: En faveur de la motion?

M. Rob Merrifield: La question porte sur l'amendement qui a été modifié, n'est-ce pas?

La présidente: Non, les amendements étaient tous favorables et l'auteur de la motion les a acceptés, de sorte que la question porte maintenant sur la motion proprement dite.

Que ceux qui sont en faveur de la motion modifiée lèvent la main.

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

La présidente: Merci beaucoup.

Nous en arrivons maintenant à la deuxième motion, celle de M. Merrifield.

Monsieur Merrifield, voudriez-vous nous la présenter, nous l'expliquer et en faire la proposition?

M. Rob Merrifield: Je pense qu'elle a été assez bien expliquée, mais je vais la présenter. Je lis :

Attendu que le Congrès américain pourrait adopter d'ici quelques semaines une loi en vue de légaliser l'importation en vrac de médicaments sur ordonnance en provenance du Canada; par conséquent, il est résolu que le comité exhorte le gouvernement à interdire sur le champ l'exportation en vrac de médicaments sur ordonnance qui ne sont pas produits au Canada.

Je suis prêt à accepter un amendement favorable à la motion simplement pour expliquer...

La présidente: À l'exception de...

La greffière: C'est dans la nouvelle version.

M. Rob Merrifield: Vous en avez le texte?

La présidente: Bon, d'accord, c'est la nouvelle version.

• (1125)

M. Rob Merrifield: Je propose d'ajouter à cette motion les mots « à des fins d'exportation » et qu'on fasse rapport de la motion à la Chambre.

La présidente: Quelqu'un veut-il intervenir là-dessus?

Comme personne ne lève la main, je suppose que personne n'a d'objection.

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

La présidente: La troisième motion est celle de Mme Demers. Je vais lui demander de nous la présenter, de l'expliquer et d'en faire la proposition. Ensuite, nous aurons une discussion.

Madame Demers.

[Français]

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

Il y a deux semaines, après avoir déposé une autre motion ayant comme objet de demander à Santé Canada de nous remettre les transcriptions, j'ai eu l'occasion de parler avec des personnes du Réseau canadien pour la santé des femmes, d'Option consommateurs et de nombre d'autres regroupements de femmes. On m'a dit qu'entre 1999 et 2002, en dépit du moratoire interdisant aux chirurgiens d'implanter des prothèses au gel de silicone, 1 350 femmes avaient subi cette opération, bien que cela n'ait été ni une urgence ni une nécessité en matière de santé.

Même si elle avait précédemment découvert que 47 p. 100 des prothèses de la Mentor Corporation étaient défectueuses, la FDA a accepté d'homologuer une licence pour cet organisme. Voilà une chose que je trouve très inquiétante à l'égard de la santé des femmes, qu'elles soient canadiennes ou québécoises. J'aimerais vraiment que l'on demande de maintenir le moratoire, au moins jusqu'à ce que nous ayons eu la chance de mener des consultations ici, au Comité permanent de la santé. Il doit y avoir une rencontre publique vers le 17 juin. Comme vous le savez, nous serons ensuite absents pour l'été. Je m'en voudrais beaucoup si les homologations relatives à ces licences étaient acceptées pendant notre absence.

Après le décret du moratoire en 1992, Santé Canada devait mener deux études. Or, on n'en a jamais entendu parler. Je ne sais pas ce qu'il est advenu de cela. J'aimerais qu'on obtienne ces études, de même que toutes celles qui ont été faites sur le sujet. C'est la raison de ma motion, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Monsieur Thibault.

[Français]

L'hon. Robert Thibault: Madame la présidente, je ne suis pas en désaccord sur les intentions de la motion, mais j'ai plusieurs réserves en ce qui concerne la forme de cette dernière.

Premièrement, il faut comprendre qu'il n'y a pas de moratoire au Canada. On a volontairement retiré le produit du marché. Les notes qu'on m'a fournies — et je regrette qu'elles ne soient qu'en anglais — précisent ce qui suit:

[Traduction]

- Il n'y a actuellement aucun moratoire imposé par règlement sur les implants mammaires remplis au gel de silicone. En raison de préoccupations en matière de sécurité, les implants mammaires remplis au gel de silicone ont été volontairement retirés du marché par les fabricants en janvier 1992.

- Les implants mammaires remplis au gel de silicone n'ont pas bénéficié de permis d'instruments médicaux destinés à la vente sans restriction au Canada.

- La vente de ces produits peut être autorisée au moyen du Programme d'accès spécial en conformité de la partie 2 du *Règlement sur les instruments médicaux*.

[Français]

Mme Demers a fait allusion à cela.

[Traduction]

- Santé Canada étudie actuellement les demandes de commercialisation générale d'implants mammaires remplis au gel de silicone de deux fabricants, Mentor Corporation et Inamed Corporation.

- À l'appui du processus d'examen, Santé Canada prévoit tenir une audience publique pour obtenir le point de vue des Canadiens en réponse à des questions précises, dans le but de nous conformer à nos engagements de mettre en place un processus d'examen ouvert et transparent de la réglementation des produits thérapeutiques. Les implants mammaires remplis au gel de silicone sont disponibles aux États-Unis dans le cadre d'une étude clinique libre, processus semblable aux dispositions du Programme d'accès spécial.

- Les implants mammaires remplis au gel de silicone sont vendus librement sans restriction dans la plupart des autres pays du monde. Le Canada et les États-Unis constituent deux exceptions.

- Santé Canada n'effectue actuellement aucune étude sur les prothèses remplies au gel de silicone. Le ministère a toutefois complété récemment une étude de l'incidence du cancer chez les femmes porteuses d'implants mammaires remplis au gel de silicone. L'étude fait actuellement l'objet d'un examen par les pairs et sera publiée dans un journal scientifique. Comme l'étude n'a pas encore été acceptée pour publication, il ne conviendrait pas de la communiquer à l'heure actuelle.

[Français]

Dès que l'étude sera prête à être publiée, on la rendra publique.

[Traduction]

Il est recommandé que le Comité permanent de la santé attende la publication prévue des données au cours des prochains mois, alors que ces données seront à la disposition du grand public et de la communauté scientifique. Santé Canada est tout disposé à communiquer l'information au comité à ce moment-là.

[Français]

La motion comporte des problèmes de forme. Par contre, si je comprends bien le désir de la députée, celle-ci voudrait que le ministre ne prenne pas de décision finale avant que d'une manière ou d'une autre le comité soit consulté.

• (1130)

Mme Nicole Demers: Merci, monsieur Thibault. Nous désirons vraiment empêcher l'homologation de licences en ce qui a trait aux entreprises fabriquant des prothèses au gel de silicone. J'avais vraiment l'impression qu'il y avait un moratoire. En effet, tous les documents que j'ai lus parlent d'un moratoire en 1992, aussi bien au Canada qu'aux États-Unis. Il est possible que nos informations ne soient pas de la même source.

Malgré le moratoire, certains chirurgiens profitent du fait qu'en vertu de la loi, on peut avoir recours à ces implants dans des circonstances particulières. Cela m'inquiète énormément. Je veux qu'on empêche l'homologation des licences. Il faut faire une étude. Santé Canada devait en faire une dès 1996, mais rien n'a été fait. Vous me l'avez vous-même confirmé.

L'hon. Robert Thibault: L'étude portait sur le cancer.

[Traduction]

La présidente: Monsieur Merrifield.

M. Rob Merrifield: C'est un problème qui nous préoccupe depuis un certain nombre d'années. J'ai fait inscrire une question au Feuilleton pour savoir ce qu'il est advenu de cette étude. Je pense qu'elle a été amorcée en 1996 et qu'on en avait promis les résultats en 2000. Qu'en est-il advenu et pourquoi ne pouvons-nous en prendre connaissance?

J'aimerais proposer un amendement favorable : qu'au lieu de faire vaguement allusion aux études, nous demandions cette étude en particulier; ainsi, dans votre deuxième paragraphe, on ajouterait, après dix ans, « notamment l'étude de cohorte sur les implants mammaires, lancée en 1996 et promise pour la fin de 2000 ». Si vous pouvez accepter cet amendement favorable, je pourrais accepter la motion.

La présidente: Cette étude porte seulement sur le cancer, et il y a bien d'autres...

M. Rob Merrifield: C'est une étude sur les implants mammaires.

La présidente: Sur tous les aspects de la question?

[Français]

Mme Nicole Demers: Oui, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Bon, je m'excuse.

M. Rob Merrifield: Je pense qu'elle s'intitule « Étude de cohorte sur les implants mammaires ».

Le problème que me pose ce premier paragraphe, c'est que je me sens mal à l'aise, à titre de membre d'un comité sur la santé, de prendre une décision quant au risque de ces produits. Le premier paragraphe me met mal à l'aise et j'ai beaucoup de mal à l'appuyer. Je voudrais prendre connaissance de l'étude et obtenir cette information. On ne nous l'a pas communiquée et j'ignore pourquoi.

L'hon. Robert Thibault: Puis-je répondre?

La présidente: Allez-y.

L'hon. Robert Thibault: Je pense que vous faites allusion à l'étude sur le cancer. Comme je l'ai dit, elle fait actuellement l'objet d'un examen par les pairs en vue d'une publication. Cela devrait se faire au cours des prochains mois. Dès que ce sera fait, l'étude sera communiquée au grand public et au comité.

M. Rob Merrifield: On l'avait promise pour 2000.

L'hon. Robert Thibault: Je ne saurais le dire.

M. Rob Merrifield: Cela fait longtemps.

L'hon. Robert Thibault: Je ne sais pas. Je n'ai pas les renseignements voulus pour répondre à cela. J'ignore si c'est la même étude, mais je sais que celle sur le cancer fait actuellement l'objet d'un examen par les pairs.

Nous aurons cette information. Santé Canada a déjà accepté de communiquer au comité toute l'information émanant du groupe consultatif d'experts et des forums publics. Tout sera affiché sur le site Web de toute manière, de sorte que l'information sera publique.

Je voulais seulement dire que je suis d'accord avec M. Merrifield au sujet du premier paragraphe. Le texte suppose que s'il y avait moratoire, le comité devrait donner son accord pour lever le moratoire. S'il s'agissait de l'octroi de permis, la décision du comité porterait sur les permis. Nous n'avons pas cette expertise.

Il y a un processus en place pour décider de tout cela; de plus, nous sommes informés par le grand public et par le groupe consultatif d'experts. J'ai donc des réserves sur ce premier paragraphe.

La présidente: Madame Crowder.

Mme Jean Crowder: Merci.

Je voudrais proposer un amendement favorable. Je pense que la grande préoccupation, c'est que beaucoup de femmes canadiennes ne veulent pas que cette technique se répande le moins possible tant que nous n'aurons pas une meilleure compréhension de la problématique. J'aimerais donc proposer un amendement favorable consistant à demander au ministre de s'abstenir de prendre toute décision sur l'octroi de permis tant que le comité n'aura pas eu l'occasion d'examiner l'ensemble de l'information.

L'hon. Robert Thibault: Madame la présidente, pourrais-je poser une question pour obtenir une précision?

La présidente: Oui.

L'hon. Robert Thibault: Quand vous dites toute l'information, englobez-vous l'étude que j'ai mentionnée ainsi que les résultats de l'enquête publique et le processus du groupe consultatif d'experts que le ministre a accepté de communiquer au comité?

Mme Jean Crowder: Oui. Je pense que le comité voudrait aussi demander aux chercheurs—c'est également ce que je souhaite—d'examiner toutes les autres études qui peuvent avoir été faites par Santé Canada ou d'autres organisations au Canada au cours des dix dernières années, pour que nous puissions compter sur une information complète.

• (1135)

M. Rob Merrifield: J'ai une question là-dessus, madame la présidente.

La présidente: Le comité demanderait au ministre de s'abstenir de prendre une décision sur cette question tant que nous n'aurons pas eu la chance de l'examiner. C'est ce que vous demandez en somme?

Mme Jean Crowder: Oui.

La présidente: D'accord.

Allez-y, monsieur Merrifield.

M. Rob Merrifield: Pourriez-vous relire cela?

La présidente: Le comité demanderait au ministre de s'abstenir de prendre une décision sur ces demandes tant que nous n'aurons pas eu la chance de les examiner.

M. Rob Merrifield: Demandons-nous au ministre de maintenir le statu quo?

La présidente: C'est censé être un retrait volontaire. C'est intéressant. Les attachés de recherche m'ont dit que le retrait volontaire a été accepté par les fabricants, probablement sous la menace d'un moratoire. Ils disent souvent qu'ils vont retirer un produit du marché, mais apparemment, c'est un peu comme les techniques de procréation assistée, pour ceux d'entre vous qui n'étaient pas ici à ce moment-là. En dépit de cette modération volontaire, certaines personnes moins scrupuleuses n'en auraient pas tenu compte.

Voilà ce qui se passe actuellement. Il y a des chirurgiens qui le font. J'ignore où ils se procurent les implants, mais cela se fait. On nous a dit qu'il y avait une sorte de moratoire volontaire sur les techniques de procréation. Cela n'a pas été imposé. C'était volontaire, mais il y avait des gens qui ne l'appliquaient pas.

À mon avis, je suis d'accord avec Mme Demers pour dire que plus le langage est ferme, mieux c'est. Nous savons que Santé Canada examine actuellement des demandes d'entreprises qui veulent faire de l'argent avec ce produit. Il me semble que nous sommes mieux de mettre le pied dans la porte pour nous assurer d'avoir un mot à dire dans cette décision.

Cependant, il faut dire que si le ministre doit venir nous rencontrer la semaine prochaine, nous pourrions aussi l'interroger là-dessus.

M. Rob Merrifield: Sur la motion, changeons-nous le statu quo ou bien demandons-nous au ministre de laisser intact le statu quo jusqu'à ce que nous ayons obtenu l'information?

Je veux prendre connaissance de l'information et je pense que tous les membres du comité le veulent, mais je réserve mon jugement sur la question dans l'intervalle. Je suis en faveur de maintenir le statu quo jusqu'à ce moment-là. Si cette motion change le statu quo, alors je suis un peu mal à l'aise pour ce qui est de prendre cette décision dès maintenant.

La présidente: S'agit-il de s'abstenir de prendre une décision ou bien de s'abstenir d'accorder des permis? Lequel est-ce, madame Crowder?

Mme Jean Crowder: Il s'agit de l'octroi de permis. On s'abstiendrait d'accorder le moindre permis tant que nous n'aurons pas de plus amples renseignements.

M. Rob Merrifield: Donc, cela maintient le statu quo.

La présidente: Non, il n'accorde pas de permis actuellement.

M. Rob Merrifield: C'est toutefois possible, n'est-ce pas?

L'hon. Robert Thibault: Vous dites tous les deux la même chose : maintenir le statu quo.

La présidente: S'abstenir d'accorder des permis jusqu'à ce que notre comité ait examiné la question. Ce serait le premier paragraphe.

Est-ce que nous laissons tomber l'idée du moratoire?

[Français]

Mme Nicole Demers: Oui, madame la présidente.

[Traduction]

La présidente: Dans ce cas, nous allons conserver le paragraphe du milieu, qui vise la production de toutes les études sur les prothèses mammaires, effectuées et examinées par Santé Canada au cours des dix dernières années, y compris l'étude de cohorte sur les implants mammaires.

Nous avons donc seulement deux paragraphes : que le ministre s'abstienne d'accorder des permis et que nous obtenions l'ensemble des études.

Mme Nicole Demers: L'ensemble des études, y compris celles qui n'ont pas été faites par Santé Canada.

La présidente: Nous disons bien l'ensemble des études. Oh, le texte dit « effectuées et examinées par Santé Canada ». Voulez-vous que les attachés de recherche fasse une recherche de la littérature publiée?

Mme Nicole Demers: Oui.

La présidente: Pourquoi ne pas laisser tomber « effectuées et examinées par Santé Canada » pour dire simplement « l'ensemble des études disponibles au cours des dix dernières années »?

Monsieur Lunney.

M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC): J'essaie seulement de tirer au clair cette question sur le moratoire par opposition à un retrait volontaire. Je pense que le secrétaire parlementaire devrait pouvoir préciser cela.

Il me semble que vous avez dit tout à l'heure qu'il y avait un permis spécial pour implanter ces trucs. Vous ai-je bien entendu, est-ce bien ce qui se fait actuellement?

L'hon. Robert Thibault: Je ne connais pas les détails—Santé Canada pourrait vous les donner—, mais pour une foule de médicaments, il y a des permis d'accès spécial pour l'importation de médicaments et d'instruments médicaux qui ne sont pas autorisés au Canada. Si le médecin peut présenter des arguments convaincants, il peut obtenir le permis. Je sais que certains posent des implants sous les auspices de ce programme.

M. Rob Merrifield: Mais cette motion mettrait fin à cette pratique.

L'hon. Robert Thibault: Non.

Mme Nicole Demers: Elle ne stopperait pas ce qui se fait actuellement.

La présidente: D'autres interventions là-dessus?

Monsieur Thibault.

L'hon. Robert Thibault: Je n'ai pas d'objection majeure à ce que nous faisons avec cette motion, mais je veux rappeler au comité que si nous faisons un pas de plus, nous allons tomber dans un précipice.

En tant que membre du comité de la santé, je ne veux pas décider de l'innocuité ou de l'efficacité de tout médicament, procédure ou instrument. Je ne suis pas qualifié pour ce faire. À titre de membre du comité de la santé, nous devons nous assurer que les systèmes qui sont en place à cette fin fonctionnent bien, qu'ils sont transparents et sûrs.

Donc, si nous examinons la question des implants mammaires et ce qui se fait actuellement, ce qui est complètement distinct d'une étude sur ce qui a été fait dans le passé, nous pouvons compter sur le groupe consultatif d'experts. On ajoute d'ailleurs actuellement des membres à ce groupe afin de créer un processus public qui va déboucher sur une recommandation au ministre et qui servira à éclairer tout le processus pour l'étude des demandes. Tout cela est fondé sur l'avis d'experts.

Si nous faisons un pas de plus, si notre comité dit au ministre qu'il ne doit pas accorder de permis à des produits, instruments, procédures ou médicaments tant que le comité n'aura pas passé en revue toute l'information, est-ce que nous disons que c'est nous qui devons autoriser tout cela? Est-ce que nous disons que, tout à coup, c'est moi qui aurai à décider—moi qui n'ai aucune compétence médicale—quels médicaments, instruments et procédures peuvent être mis en marché?

Je trouve que nous devons faire attention de ne pas aller trop loin.

● (1140)

La présidente: Madame Crowder.

Mme Jean Crowder: La raison d'être de cette motion tient en partie au fait que les audiences initiales sur les implants mammaires n'ont pas été ouvertes et transparentes. Je fais donc assurément moins confiance au processus et je trouve qu'il est vraiment important que le comité se penche sur ce processus.

Je conviens que je ne vais pas formuler de recommandations sur l'efficacité, mais je trouve qu'il est très important que le comité ait l'occasion d'examiner ce qui a été fait et quel est le processus, afin que nous puissions comprendre ce qui se passe.

La présidente: Monsieur Merrifield.

M. Rob Merrifield: C'est précisément ce qui me préoccupe, que nous ne devons pas aller trop loin. Si le ministre propose de faire quelque chose dans ce dossier, disons pendant l'été—j'ignore s'il se propose de le faire ou non—, cette motion, d'après mon interprétation, empêcherait le ministre de faire quoi que ce soit. Pouvons-nous vraiment faire cela?

La présidente: Oui... tant que nous n'aurons pas eu l'occasion d'examiner le processus, etc.

M. Rob Merrifield: Nous examinons le processus et non pas ce qui se passe concrètement du point de vue des experts.

La présidente: Quand nous avons examiné les techniques de procréation... Je ne suis pas d'accord avec M. Thibault là-dessus. Je serais d'accord avec lui si j'avais entièrement confiance que tous ces groupes d'experts n'étaient nullement influencés par l'appât du gain, mais il suffit de songer aux trois scientifiques qui ont été congédiés et au Dr Michelle Brill-Edwards pour savoir que le secteur commercial exerce d'énormes pressions sur Santé Canada. Ce n'est donc pas seulement le processus.

Je voudrais savoir, s'ils ont un groupe d'experts et qu'on y ajoute actuellement des membres, de qui il s'agit. Ajoute-t-on d'autres scientifiques, des gens qui représentent les femmes ou bien les fabricants d'implants mammaires? Voilà ce que je veux savoir.

L'hon. Robert Thibault: Le ministre sera ici et pourra dire cela plus clairement la semaine prochaine, s'il accepte notre invitation, mais je peux vous dire que ce qui est changé, c'est que le groupe consultatif d'experts est mis à contribution. Le processus consultatif d'experts sera le noyau de cette consultation. On y ajoutera des groupes d'utilisateurs, des gens qui représentent la collectivité et tout le reste, un cercle élargi pour renforcer la confiance. Et les gens qui avaient beaucoup de craintes au sujet des implants mammaires et qui exerçaient des pressions pour interdire les implants mammaires participent à ce processus et contribuent à éclairer la décision.

Je m'inscris en faux contre les propos de la présidence, ce que vous avez dit au sujet des trois scientifiques qui ne travaillent plus à Santé Canada. Vous posez l'hypothèse que leurs arguments ne sont pas nécessairement valables, et je ne suis pas certain que ce soit vrai. Nous n'avons rien prouvé et il y a un processus en cours pour jeter la lumière sur cette affaire, une procédure légale suit son cours.

La présidente: Disons seulement que les femmes sont peut-être un peu plus méfiantes et que les hommes ont davantage tendance à l'accepter parce qu'il n'y a aucune possibilité qu'ils aient des implants mammaires.

M. Rob Merrifield: Non, non. C'est un commentaire sexiste.

La présidente: Je suis sûre que ça l'est, mais il arrive parfois...

M. Rob Merrifield: Je trouve répugnant que vous soyez tellement sexiste.

La présidente: Je vous rappelle que dans le cadre de l'étude sur les techniques de procréation, je tenais beaucoup à protéger les intérêts des hommes dans toute cette affaire.

Madame Crowder.

Mme Jean Crowder: Au sujet du commentaire sexiste, je dois rappeler aux membres du comité que ce sont presque exclusivement des femmes qui se font poser des implants mammaires, et s'il semble que nous ayons un parti pris sexospécifique dans cette affaire, eh bien c'est vrai, et à juste titre.

La présidente: Exactement, et je n'ai pas à m'excuser d'avoir fait cette déclaration, parce que je partage votre sentiment. Les femmes ont tendance à s'adresser aux femmes députées pour leur faire part de leurs inquiétudes à ce sujet.

Monsieur Fletcher.

• (1145)

M. Steven Fletcher: Je proteste contre ces commentaires. Oui, c'est une affaire de femmes, mais les gars se soucient des femmes, vous n'avez qu'à demander à votre mari ce qu'il pense de tout cela. Le simple fait que vous fassiez partie d'un certain groupe ne veut pas dire qu'un autre groupe ne peut pas...

La présidente: Je suis d'accord et j'accepte votre rectification, monsieur Fletcher. Vous avez absolument raison. Disons seulement que les liens affectifs qui jouent dans certains dossiers causent peut-être un peu plus d'inquiétude chez les gens qui risquent d'être directement touchés par le résultat.

M. Rob Merrifield: Pouvez-vous relire la motion modifiée, pour que nous la comprenions bien?

La présidente: Le comité demande au ministre de s'abstenir de délivrer des licences pour les implants mammaires remplis au gel de silicone tant que le comité n'aura pas eu l'occasion d'examiner la question; et deuxièmement, nous demandons toutes les études sur les prothèses mammaires des dix dernières années, y compris l'étude de cohorte sur les implants mammaires.

La motion comporte maintenant deux points seulement.

Est-on prêt à se prononcer?

M. Rob Merrifield: Et votre interprétation est que l'on peut encore accorder une licence spéciale, sauf que cela ne s'appelle pas une licence.

Une voix: Un permis d'accès spécial.

M. Rob Merrifield: Oui.

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

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons faire une pause de deux minutes pour que les gens s'installent à la table, mais pendant que vous le faites, si le ministre ne peut pas venir lundi mais qu'il peut venir jeudi, je me demande si nous pourrions alors annuler la réunion de lundi.

La greffière: Il est invité à venir jeudi.

La présidente: Est-on d'accord pour que nous n'ayons pas de réunion lundi, si notre prochaine séance est jeudi, en espérant que le ministre ou ses fonctionnaires puissent venir?

Des voix: D'accord.

La présidente: Merci beaucoup.

• (1147) _____ (Pause) _____

• (1154)

La présidente: Nous reprenons la séance, mesdames et messieurs, et j'accueille en votre nom le Dr David Butler-Jones, qui est notre administrateur en chef de la santé publique. J'adore dire cela, parce que nous n'en avons pas à la même époque l'an dernier, sauf erreur. Il y a 18 mois, en tout cas, nous n'en avons pas. Maintenant nous en avons un et nous voulons donc marquer le coup quand il vient nous rencontrer.

Docteur Butler-Jones, vous avez la parole.

• (1155)

Dr David Butler-Jones (administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Merci, madame la présidente.

C'est vraiment un plaisir d'être ici une fois de plus pour vous faire un exposé. Aussi, comme je n'ai pas témoigné auparavant devant le comité sur cette question précise, je voudrais vous remercier pour l'intérêt que vous manifestez envers cette question et l'attention que vous y consacrez. C'est un dossier qui se perd souvent dans l'ombre des grandes questions auxquels on est confrontés. Je pense donc que le fait de se pencher sur cette question est source d'espoir.

Deuxièmement, je voudrais vous faire de brèves excuses pour le fait qu'on vous présente ce document à la dernière minute. On y travaillait encore hier soir. Il est donc aussi à jour qu'il peut l'être.

Je sais que je n'ai pas besoin de vous convaincre de l'importance de cette question. Le rapport que vous avez sous les yeux a bénéficié de l'apport de tous les partenaires fédéraux qui travaillent horizontalement à ce dossier de l'ETCAF et il met en relief les activités du gouvernement et la feuille de route pour l'avenir.

Ce matin, nous avons aussi distribué le cadre d'action; j'espère que vous en aviez déjà pris connaissance auparavant. Suite à la motion du comité, nous avons réexaminé les processus qui avaient eu lieu jusqu'à ce moment-là, reconnaissant que le cadre a été élaboré après une vaste consultation des intervenants et des experts d'un bout à l'autre du pays. Ce cadre a été réexaminé il y a à peine quelques mois par les mêmes intervenants pour déterminer si les rôles qui y sont décrits pour les diverses compétences et les intervenants sont les bons. Nous avons poursuivi ce processus, mais je pense que ce nouvel élan va certainement nous aider.

[Français]

Madame la présidente, le gouvernement du Canada est à l'avant-scène de la prévention de l'ETCAF. Le document que je dépose devant vous aujourd'hui commence par présenter l'histoire des efforts du fédéral et de ses réalisations pour prévenir l'exposition prénatale à l'alcool et faire face aux anomalies congénitales liées à l'alcool.

[Traduction]

Vous avez le texte de mon allocution. Je ne vais pas le lire. Je vais aborder deux ou trois points, après quoi je traiterai de manière plus générale des activités qui sont en cours et qui commencent à s'accélérer depuis que des représentants du portefeuille vous ont rencontrés pour la première fois.

Je fais cette présentation au nom de l'ensemble du portefeuille, donc à la fois pour Santé Canada et l'Agence de santé publique. C'est un domaine qui est d'un intérêt commun et nous sommes évidemment en communication constante à ce sujet. Il est vraiment crucial que nous travaillions en collaboration avec les divers partenaires.

L'une des difficultés que pose l'ETCAF, quoique ce ne soit pas exclusif à l'ETCAF, c'est que quand on regarde ce qui se passe dans le monde, personne n'a encore trouvé la bonne solution. Nous ne comprenons toujours pas grand-chose au sujet de ce trouble. Nous ne comprenons pas pourquoi certaines personnes qui consomment la même quantité d'alcool ont des enfants qui sont fortement affectés tandis que d'autres ne le sont pas. Nous ne savons pas quel stage de la grossesse est le plus important. Nous ne savons pas si c'est une question de dosage, dans quelle mesure c'est génétique et à quel point il y a corrélation entre l'alcool, le régime alimentaire et d'autres activités. Il reste donc beaucoup de travail à faire.

Nous mettons surtout l'accent sur une meilleure compréhension et l'élaboration, par exemple, de lignes directrices pour le diagnostic, et aussi sur l'éducation et les critères pour le dépistage. Nous travaillons avec les provinces et les territoires pour mettre au point une information plus précise afin de savoir à quoi nous avons affaire et qui est visé. Cela nous aide ensuite à orienter les programmes.

S'il y a une chose que nous avons apprise, c'est que c'est un problème complexe qui exigera des approches complexes, en ce sens que, bien que cela puisse sembler assez simple à certains égards—il suffit de ne pas boire pour éviter complètement le problème—, la nature sous-jacente du problème, les divers déterminants qui ont un impact sur la consommation d'alcool, que ce soit pendant la grossesse ou non, tout cela fait en sorte qu'il y a vraiment bon nombre de facteurs sous-jacents. Nous devons travailler horizontalement dans les divers services gouvernementaux, à tous les niveaux de gouvernement, avec les secteurs privé et bénévole et avec le grand public lui-même pour résoudre ce problème.

Nous savons que la prestation des services et les services sociaux sont essentiellement de compétence provinciale, mais les provinces et les territoires s'attendent à ce que nous soyons présents pour élaborer des outils, fournir de l'expertise, faciliter le partage des compétences et des ressources et mener les diverses activités stratégiques qui sont décrites dans le cadre ou la stratégie.

• (1200)

[Français]

Le Cadre d'action devait servir de guide pour la mise en oeuvre d'efforts concertés de lutte contre l'ETCAF.

[Traduction]

Celle-ci est le fruit des consultations que j'ai décrites tout à l'heure.

Par ailleurs, d'autres activités évoluent assez rapidement, notamment la création d'un comité dans le cadre plus étendu de la stratégie antidrogue, un comité mettant l'accent sur l'alcool, y compris l'ETCAF, travaillant avec l'industrie, avec les intervenants et d'autres acteurs du dossier pour élaborer sur une période de six mois une stratégie complète dans le dossier de l'alcool. Des lettres seront envoyées ce mois-ci, l'intention étant de passer très rapidement à l'action pour faire progresser cette stratégie plus étendue.

De plus, des réunions intensives ont eu lieu avec les Premières nations. On s'attend à ce que les programmes de dépistage du syndrome d'alcoolisation foetale pourront être étendus aux Premières nations, par l'entremise des services aux mères et aux enfants. Tout cela sera mis en place à l'automne.

Nous avons maintenant une rétroaction de certains projets et activités d'apprentissage et nous nous apprêtons à mettre en branle la phase suivante en termes d'élaboration d'outils pour faciliter le travail. Comme vous avez fait mention du cadre et de la stratégie, ce sont là des éléments qui s'intègrent dans notre engagement envers ce processus.

De plus, vous avez peut-être pris connaissance—nous en avons des exemplaires, si cela vous intéresse—du sondage mené auprès des médecins, lesquels identifient les besoins, et l'on trouve aussi dans ce document les lignes directrices pour le dépistage et le diagnostic, lignes directrices que l'on promulgue actuellement, et nous travaillons avec les provinces pour qu'elles soient mises en oeuvre efficacement.

J'ignore si la question a été soulevée, mais il y a un protocole d'entente avec le Indian Health Service des États-Unis qui, cet automne, rassemblera la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et le Indian Health Service américain. Nous rassemblerons les chercheurs et représentants de la collectivité pour se pencher sur le syndrome d'alcoolisme foetal, les besoins en matière de recherche, les domaines dans lesquels nous devons approfondir nos travaux pour en avoir une meilleure compréhension.

Par ailleurs, du travail est en cours et va en s'intensifiant avec les Centers for Disease Control, les Australiens et d'autres, pour étudier leur approche respective, parce que nous reconnaissons que ce qui semble être le plus efficace, d'après les preuves recueillies au Manitoba et un peu aussi ailleurs... Des rencontres intensives en tête à tête nous ont permis de constater que, dans des programmes comme celui de la santé des Premières nations et des Inuits dans le nord de la Saskatchewan et ailleurs, cela fonctionne bien. Je pense donc que la mise en oeuvre à l'automne dans les services de santé destinés aux femmes et aux enfants offrira de nouveaux avantages ainsi que la capacité d'évaluer le tout plus efficacement.

Un dernier élément auquel nous travaillons avec les intervenants, en particulier le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, qui est un partenaire clé dans ce dossier, consiste à obtenir l'adhésion des gouvernements et d'autres, mais de ne pas se contenter strictement des efforts des gouvernements dans ces dossiers.

Je vais m'en tenir là, en guise d'observations liminaires, et je vais laisser du temps pour les questions.

Je suis accompagné de Kelly Stone, qui s'occupe de la prévention des maladies chroniques et de la promotion de la santé à l'Agence de la santé publique; de Kathy Langlois, qui s'occupe des programmes communautaires à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; et de Beth Peiterson, qui est directrice générale de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées à la Direction de la santé environnementale de Santé Canada.

Merci encore une fois. Je pense que nous sommes certainement sur la bonne voie. Nous ne sommes pas encore à destination, mais il y a un certain nombre d'activités qui se déroulent actuellement et qui vont se poursuivre au cours des prochains mois et qui nous placeront d'ici un an dans une bien meilleure situation.

La présidente: Merci, docteur Butler-Jones.

Nous allons commencer par M. Merrifield.

M. Rob Merrifield: Je vous remercie d'être venu. Si vous comprenez l'historique du dossier, et je suis certain que c'est le cas, vous savez exactement pourquoi vous êtes devant nous aujourd'hui; c'est à cause d'un projet de loi qui avait été proposé je crois par M. Szabo, le projet de loi C-206, sur l'étiquetage de l'alcool, dont

notre comité avait dit qu'il n'était pas assez complet. Nous sommes donc à la recherche d'un plan complet pour s'attaquer à l'alcoolisme.

La motion et l'initiative visaient d'abord et avant tout le syndrome d'alcoolisme foetal, parce que nous pensions que c'était trop vous demander d'élaborer un plan complet dans une courte période. Mais je compte vraiment qu'on nous présente un plan complet au cours de cette période pour s'attaquer au syndrome d'alcoolisme foetal, parce que votre propre ministère a déclaré que vous y travaillez depuis quelques années.

Je crois savoir qu'on a injecté environ 20 millions de dollars ou plus dans le dossier du syndrome d'alcoolisme foetal ces derniers temps. Est-ce exact?

• (1205)

Dr David Butler-Jones: En grande partie pour les Premières nations.

M. Rob Merrifield: C'est donc 17 millions de dollars pour les Premières nations et quatre millions de dollars par année par la suite, n'est-ce pas?

C'est une somme considérable. Il me semble que si vous avez tous ces millions de dollars, un plan complet aurait dû précéder l'octroi de cet argent, en fait.

Je n'ai pas examiné tout cela. Nous venons de le recevoir il y a quelques minutes. Je vais donc en prendre connaissance de façon plus détaillée, mais je veux savoir où nous en sommes pour les groupes de relations externes, l'éducation spéciale dans les écoles, avec la participation des groupes communautaires, l'étiquetage de mise en garde—qui faisait partie du dossier—, les groupes de prévention, l'amélioration de la surveillance, les travaux de recherche. Où en sommes-nous dans tous ces dossiers?

Dr David Butler-Jones: Nous expliquons dans ce document où nous en sommes à l'heure actuelle et ce que nous prévoyons réaliser. C'est le cadre, essentiellement un plan qui a été établi de concert avec les intervenants. Cette consultation se poursuit. Certains éléments précis que vous mentionnez en font partie; d'autres doivent encore être mis au point avec les divers intervenants.

Pour ce qui est de l'échéancier, nous avons un comité qui sera créé très bientôt—six mois—pour l'ensemble du dossier, pas seulement l'ETCAF, et aussi les prochaines étapes dans la mise en oeuvre des activités et des recommandations relatives à l'ETCAF—tout cela est énoncé dans le document.

Voilà où nous en sommes. Nous nous attendons à ce que ce soit modifié avec le temps, à mesure que les consultations progressent.

M. Rob Merrifield: Est-ce définitif, la dernière mouture—tout ce que vous avez jamais voulu faire dans le dossier de l'ETCAF?

Dr David Butler-Jones: Non. Nous n'en sommes pas là. La difficulté est en partie d'obtenir une information juste pour que nous sachions ce qui va donner de bons résultats. C'est un processus évolutif mettant en oeuvre la science, les programmes, l'évaluation des programmes, l'application de la stratégie et les budgets qui y sont consacrés.

M. Rob Merrifield: Je vais aller droit au but. Dites-vous que, quand on a décidé de consacrer 17 millions de dollars plus quatre millions de dollars par année au dossier de l'alcoolisme foetal, on ne possédait pas initialement un plan complet au moment où ces crédits ont été débloqués?

Dr David Butler-Jones: J'ignore si Kathy veut répondre à cela, mais il existe un plan quant à l'essentiel de l'argent, à savoir ce que nous considérons important relativement aux services aux mères et aux enfants.

Kathy, voulez-vous ajouter quelque chose?

Mme Kathy Langlois (directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère de la Santé): Oui, je peux en dire plus.

En dessous du document que vous avez montré, David, celui à couverture bleue, il y a le document intitulé *It Takes a Community*, qui est le cadre pour les Premières nations et les Inuits élaboré en 1999-2000. Ce document est très populaire. Il est épuisé dans sa version anglaise et nous sommes en train d'en faire réimprimer. Nous le ferons parvenir au comité. Je peux vous remettre la version française aujourd'hui.

Nous avons travaillé avec des membres des communautés des Premières nations et des Inuits, l'APN, Inuit Tapiriit Kanatami, pour élaborer ce cadre, et c'est ce qui a guidé la première phase du programme, qui représentait un petit montant de 1,7 millions de dollars, et c'est aussi ce qui a guidé l'élargissement du programme—les 15 millions de dollars supplémentaires, pour nous rapprocher du chiffre actuel de 17 millions de dollars. Je pourrais vous en dire plus long là-dessus, mais...

M. Rob Merrifield: Si l'on se tourne vers l'avenir, vous dites que vous aurez ce comité durant l'été et que dans six mois, nous aurons fait du travail plus approfondi dans ce dossier. C'est bien ce que vous dites?

Dr David Butler-Jones: Oui, sur l'alcool de manière plus générale, dont l'alcoolisme foetal est un élément.

M. Rob Merrifield: Pour l'ensemble du dossier de l'alcool, il y a un budget de 100 millions de dollars. Est-ce bien exact?

Dr David Butler-Jones: Je ne sais pas trop quel est le chiffre. Je suis désolé.

Mme Kathy Langlois: Il y a environ 100 millions de dollars...

M. Rob Merrifield: Cent millions pour l'ETCAF seulement?

Mme Kathy Langlois: Non.

M. Rob Merrifield: Non. C'est tout. N'est-ce pas? Vingt millions pour l'alcoolisme foetal.

Mme Kathy Langlois: Oui. Je pense que le chiffre dont il était question la dernière fois tournait autour de 70 millions de dollars, sauf erreur, pour l'ensemble du dossier de l'alcool, dont 58 millions de dollars pour le programme national de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies chez les Autochtones.

M. Rob Merrifield: Je suis renversé qu'on ait consacré 100 millions de dollars à du travail de prévention de l'alcoolisme en l'absence de plan complet. Je suppose que nous procédons à l'envers. M. Jones, vous êtes nouveau à votre poste, il faut le reconnaître, et vous allez mener le dossier à partir de maintenant.

Premièrement, que fait-on précisément dans le domaine de la prévention? Concentrons-nous là-dessus. Où en sommes-nous pour la prévention?

• (1210)

Dr David Butler-Jones: Pour être juste, des budgets sont débloqués. Une partie de cet argent est consacrée à l'élaboration du plan, etc. Il faut des ressources. On élabore d'abord les plans, après quoi l'argent est injecté. Tout au moins, telle a été mon

expérience à court terme au gouvernement—tout au moins dans les dossiers dont je m'occupe.

Pour revenir au cadre et à la stratégie pour l'alcoolisme foetal, notre rôle comporte un certain nombre de points de repère. Le premier est l'établissement de partenariats partout au pays. Cela a été fait. Pour la collaboration et les approches communes, nous travaillons avec les provinces de manière à mettre en oeuvre des approches semblables partout au Canada quant à la meilleure façon de s'attaquer au problème.

Les lignes directrices pour le diagnostic pour le sondage qui a été fait auprès des professionnels de la santé ont été publiées. On est actuellement en train de mettre sur pied le système de surveillance. Pour les meilleures pratiques communautaires—il y en a un certain nombre dans les différentes dimensions de cette maladie—, nous sommes en train de tirer les leçons de la première ronde. On y travaille actuellement avec les provinces et les leçons sont appliquées aux programmes dans chaque province. Ensuite, l'étape suivante consistera à ajouter les outils et l'apprentissage. C'est là que nous en sommes dans tout le dossier de la prévention.

Quant à la prévention en général, il faut reconnaître que le simple fait de transmettre un message n'est pas suffisant, qu'il faut que ce message soit accompagné d'autres activités qui permettront alors d'établir un contexte plus susceptible de mener au succès.

M. Rob Merrifield: J'ai du mal à comprendre toutes les dimensions de la problématique. Nous avons mis l'accent sur un aspect du problème, à savoir les étiquettes de mise en garde pour l'alcool. Nous avons dit qu'il fallait un plan complet et que l'on donnerait au ministère deux ou trois mois pour nous présenter une stratégie sur un aspect en particulier, à savoir l'ensemble des troubles de l'alcoolisation foetale. Maintenant, je vois tout cela et je me demande ce qu'il y a de nouveau là-dedans? Dans les documents que vous avez présentés au comité, y a-t-il quelque chose, de nouvelles initiatives qui ne nous avaient pas déjà été présentées?

Dr David Butler-Jones: La création de ce comité est nouvelle, par exemple, avec l'échéancier de six mois. Les sept ou huit éléments que j'ai énumérés sont nouveaux ou bien des modifications d'activités qui se passaient déjà.

À cause de la complexité de tout cela, même deux mois peuvent sembler bien longs, mais au gouvernement fédéral, nous ne pouvons pas travailler de manière isolée.

M. Rob Merrifield: Je comprends cela.

Dr David Butler-Jones: Nous continuons à travailler au dossier et dans six à neuf mois, nous devrions avoir quelque chose de plus complet.

M. Rob Merrifield: Je comprends que deux mois, c'était court, mais je comprends aussi, d'après le témoignage de votre ministère, que vous y travaillez depuis deux ans. Que vous preniez 20 millions de dollars de l'argent des contribuables pour vous attaquer à ce dossier en l'absence d'un plan, cela me semble vraiment étrange et irrégulier.

Nous pouvons toujours en débattre, mais quel rôle joue l'industrie dans ce nouveau comité que vous mettez sur pied? Les compagnies auront-elles un représentant à la table et comment allez-vous les faire participer?

Dr David Butler-Jones: La réponse est oui.

Pour revenir au point précédent, je peux dire qu'il y a un plan. Nous avons établi un plan pour dépenser cet argent. Il ne prend peut-être pas la forme que vous escomptez, mais la consultation, le travail qui a été fait et qui a débouché sur ceci et que nous avons mis en oeuvre et que nous continuons de réaliser... Je ne pense pas qu'il soit juste de dire qu'il n'existe pas de plan. Il y a un plan et il y a une stratégie. Ce n'est peut-être pas nécessairement dans les termes... Peut-être que je n'utilise pas la bonne terminologie.

M. Rob Merrifield: Ceci est donc le plan?

Dr David Butler-Jones: C'est le plan, c'est là que nous en sommes actuellement; exactement.

M. Rob Merrifield: Je dois admettre que je n'ai eu que quelques minutes pour examiner tout cela et j'hésite donc à contester ce que vous dites au sujet du plan, sauf sur ces points précis. Se trouvent-ils là-dedans, oui ou non? Dans six mois, serons-nous en train de discuter du même plan?

Peut-être pourriez-vous répondre à une question plus précise, avant de passer la parole à M. Szabo, parce que je sais qu'il va vous poser la même question. Quelle est la place de l'étiquetage dans votre plan?

Dr David Butler-Jones: L'étiquetage est une stratégie potentielle. Ce que fait le cadre, c'est d'établir de grands objectifs globaux. Il guide les activités dans l'ensemble du Canada pour tous les groupes; ce rapport constitue vraiment la feuille de route quant à l'action à entreprendre, et c'est ce qui constitue un plan.

Mais pour ce qui est de répondre aux petits éléments précis, vous ne trouverez pas ces réponses là-dedans. Vous ne trouverez nulle part là-dedans une réponse à la question de savoir si nous allons faire de l'étiquetage ou non, parce que cela exige un processus, il faut travailler avec les éléments de preuve, examiner les programmes qui ont fonctionné ou n'ont pas fonctionné et décider ensuite des mesures suivantes. Les mesures suivantes consistent justement à examiner tout cela.

Nous ne sommes pas en mesure actuellement, dans le cadre du système, de dire que nous allons faire seulement ceci ou que nous ne ferons pas cela, mais lorsque nous sommes en mesure de faire une telle affirmation, comme dans le cas du programme de mentorat élargi, nous savons que cela va faire une différence. Nous sommes en mesure de le mettre en oeuvre.

• (1215)

La présidente: Merci, monsieur Merrifield.

Monsieur Ménard.

[Français]

M. Réal Ménard: Bonjour. J'ai pris connaissance de ce qui m'apparaît être l'essentiel... Si je comprends bien, il y a une différence entre le plan et le plan d'action. Il y a un document qui fait la synthèse de ce qui existait déjà, parce que des interventions en matière de prévention du syndrome de l'alcoolisme foetal existent depuis plusieurs décennies, et il y a maintenant un plan d'action qui propose cinq étapes en matière de prévention et d'information. Mon analyse de la situation est-elle juste?

Ce qui m'intéresse, ce sont les cinq objectifs généraux que vous vous êtes fixés. L'un concerne l'information des professionnels, un autre concerne l'intervention dans les communautés.

Il y a un lien entre ce syndrome et l'indice de pauvreté. Vous indiquez vous-même dans votre document que la violence familiale, la pauvreté et le stress en sont les facteurs à l'origine. Aujourd'hui, on les appellerait les déterminants de la santé.

Concrètement, comment allez-vous joindre les femmes dans les communautés défavorisées qui sont susceptibles de vivre ce problème? C'est la seule question qui m'intéresse. Honnêtement, je ne crois pas beaucoup à l'étiquetage, qui n'a pas donné beaucoup de résultats probants; il ne figure d'ailleurs pas dans votre plan d'action et ne fait pas partie de vos objectifs. Concrètement, comment allez-vous joindre les personnes qui sont dans les communautés défavorisées et dont on devrait pouvoir diagnostiquer le syndrome afin d'y remédier, si c'est possible?

Dr David Butler-Jones: Votre analyse est correcte. Je vais vous répondre en anglais parce que cela me sera plus facile.

[Traduction]

Cela cadre directement dans un certain nombre d'éléments. Reconnaisant que les provinces doivent gérer les activités de programme, nous contribuons aussi au programme national pour les enfants, qui compte 1 000 projets dans 7 000 localités, et le réseau qui est actuellement lié aux provinces et territoires—le programme de nutrition prénatale et le programme d'action communautaire pour les enfants—ce sont tous là des mécanismes pour s'attaquer à d'autres aspects des déterminants. C'est pourquoi il est tellement important de travailler avec les provinces et les territoires, qui sont essentiellement chargés de la mise en oeuvre dans ce domaine.

[Français]

M. Réal Ménard: Vous avez donné exactement la réponse que j'espérais.

Ne pensez-vous pas qu'il y a quelque chose d'un peu artificiel et de complètement dénaturé dans le fait de demander au gouvernement fédéral d'établir une stratégie sur le syndrome de l'alcoolisme foetal, alors que cela fait partie d'une réalité clinique, d'une réalité diagnostique, d'une réalité de prestations de soins?

Hier, j'ai lu un document sur l'ensemble des services offerts aux familles et aux enfants par le gouvernement fédéral. Je pense que nous l'avons tous reçu à nos bureaux de député. Il a été publié par Développement social Canada.

En réalité, vous n'êtes pas l'acteur approprié pour mettre sur pied une stratégie, parce que vous ne pouvez pas intervenir, sauf auprès des Autochtones, qui ont leur propre réalité. Je n'ai jamais cru que c'était le rôle du gouvernement fédéral.

C'est très injuste qu'on vous demande de faire un plan d'action, parce que le véritable plan d'action devrait être mis en oeuvre par les médecins de famille, par ceux qui font des diagnostics. Cela ne peut pas être le rôle du gouvernement fédéral.

À part publier des brochures et faire une collecte de données nationales, je pense que vous ne pouvez pas intervenir dans le cadre d'une stratégie nationale, parce que vous n'êtes pas en lien avec les dispensateurs de services.

Je ne veux pas vous convaincre de devenir souverainiste, mais il me semble que... Si vous le voulez, vous pouvez vous laisser aller, évidemment.

• (1220)

[Traduction]

Dr David Butler-Jones: C'est en quelque sorte le séparatisme gallois.

[Français]

M. Réal Ménard: Vous dites?

[Traduction]

Dr David Butler-Jones: J'ai dit que c'était gallois. Ma famille était galloise.

M. Réal Ménard: Je vous adore.

Des voix: Oh, oh!

Dr David Butler-Jones: C'est ce qu'on a demandé au gouvernement fédéral. Bien qu'une grande partie de tout cela, comme vous le dites, est clairement de l'activité locale, une responsabilité provinciale, si nous pouvons le faire ensemble, nous le ferons probablement mieux sur le plan de la compilation des faits, des outils, etc. Il y a donc clairement un rôle à jouer, à mon avis, pour le gouvernement fédéral, pour l'agence, pour Santé Canada et d'autres qui vont travailler en tant que partenaire dans le cadre de ce processus. À ce titre, ce cadre est une stratégie collective. Notre travail, à mon avis, sera et doit être une stratégie collective, reconnaissant que certains éléments sont plus appropriés pour nous et d'autres sont plus appropriés, par exemple, au niveau provincial ou régional. Si tout ne fonctionne pas ensemble, alors les gens ne sont pas bien servis.

[Français]

M. Réal Ménard: [Inaudible] ... qui relève de vous.

[Traduction]

Le vice-président (M. Rob Merrifield): Merci, monsieur Ménard.

Monsieur Thibault.

[Français]

L'hon. Robert Thibault: Merci, monsieur le président. Merci beaucoup d'être là.

Dans le cadre de vos nouvelles fonctions, vous aurez la chance de nous rendre visite souvent.

[Traduction]

L'une des questions qui a été soulevée, je crois, quand nous avons commencé à examiner toute cette affaire, c'était la question de l'étiquetage. Vous avez signalé, et nous l'avons d'ailleurs entendu de la part de nombreux témoins, que c'est une initiative autonome, que vous devez savoir si cela fonctionne, si c'est un bon élément de la stratégie, ou bien si... Progressons-nous dans cette direction? Examinez-vous la question de l'étiquetage? Cela fait-il partie de vos plans?

Dr David Butler-Jones: Oui, cela se fait actuellement. Peut-être que Beth pourrait vous en parler.

Mme Beth Pierson (directrice générale, Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, ministère de la Santé): Nous étudions la question de l'étiquetage. Par exemple, nous allons faire une évaluation de l'effet de l'étiquetage dans les deux territoires où c'est déjà obligatoire —le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest—et cette étude sera lancée très bientôt.

Nous allons aussi examiner d'autres travaux de recherche que l'on pourrait faire dans le dossier de l'étiquetage, par exemple la question de savoir quel est le meilleur message à transmettre et de quelle manière.

L'hon. Robert Thibault: Merci.

Quand j'ai pris connaissance des documents que vous avez remis au comité il y a un certain temps et de celui que vous avez apporté aujourd'hui, il me semblait que le cadre était la stratégie sur

l'ETCAF, la stratégie globale, qui inclut tous les niveaux de gouvernement et les organisations communautaires, et le rôle que chacun joue. Je n'ai pas eu l'occasion de lire le document que vous avez apporté aujourd'hui, le rapport au Comité permanent de la santé. Est-ce une modification de votre cadre? Est-ce un rapport sur le cadre, une mise à jour pour honorer vos engagements à l'intérieur du cadre? Pourriez-vous nous expliquer un peu ce que vous nous présentez?

Dr David Butler-Jones: C'est un mélange. C'est une amplification, mais ce document expose aussi la feuille de route pour l'orientation future et les mesures que l'on prend actuellement. C'est donc la nouvelle mouture de la stratégie, en quelque sorte. Je m'attends à ce que, après que ce nouveau comité ou groupe de travail qui sera créé aura complété ses travaux, il y aura une nouvelle version fondée sur le contexte de l'ETCAF dans le cadre des stratégies plus vastes dans le dossier de l'alcoolisme et des toxicomanies.

Par conséquent, on peut dire que dans le dossier de l'ETCAF, les gens commencent enfin à s'intéresser à cette question et prennent conscience de sa complexité. Les faits, les outils, les pratiques évoluent constamment et les programmes évoluent également, de sorte que nous devons être en mesure de refléter dans cette stratégie cette évolution et ce que nous avons appris de nouveau. Et nous devons nous assurer que c'est diffusé pour que les gens s'en servent au niveau régional ou provincial.

L'hon. Robert Thibault: L'un des éléments dont nous entendons beaucoup parler est la prévalence de ce trouble dans les communautés autochtones—et je devrais dire non seulement de ce trouble, mais aussi de l'alcoolisme et des toxicomanies de manière générale. L'entente sur les soins de santé avec les Premières nations prévoyait que l'on étudierait toutes ces questions.

Où en est-on? Est-ce intégré? Est-ce prévu dans la stratégie? Cela fait-il partie de la stratégie globale sur l'alcoolisme et les toxicomanies au Canada? Avons-nous établi des jalons? Progressons-nous?

Dr David Butler-Jones: En un mot, la réponse est oui.

Pour revenir aux observations de M. Ménard sur les facteurs sous-jacents, pour beaucoup d'Autochtones, ce n'est pas simplement une question de gènes. Ce sont aussi des déterminants sociaux, le mode de vie, tout ce qui interagit et participe à la cause. Donc, en bout de ligne, nous devons trouver des manières de s'attaquer aux causes dans le cadre de ces stratégies.

J'ignore si Kathy veut ajouter quelque chose.

Mme Kathy Langlois: Oui. Je voudrais seulement ajouter que dans le cadre de l'annonce faite en septembre dernier d'un investissement de 700 millions de dollars dans la santé autochtone, l'une des composantes était un investissement pour la santé des mères et des enfants. Cela permettra de commencer à mettre en place les systèmes de services qui existent dans les provinces pour les citoyens qui n'habitent pas dans les réserves, de commencer à implanter ces services dans les réserves.

Nous aurons donc des programmes comme des visites chez les femmes enceintes et après l'accouchement pour vérifier que le foyer est stable et pour aider la famille à se préparer à accueillir le bébé, et ensuite pour s'assurer que la situation se maintient après la naissance. Nous prévoyons que ce pourrait être une piste de solution intéressante pour appuyer notre programme de mentorat et de prévention de l'ETCAF, parce que ce processus pourrait permettre d'identifier les femmes à risque et de les diriger vers le soutien et les services susceptibles de les aider.

•(1225)

Le vice-président (M. Rob Merrifield): Merci, monsieur Thibault.

Madame Crowder.

Mme Jean Crowder: Merci.

Docteur Butler-Jones, je veux seulement vous demander ce que vous vouliez dire quand vous avez parlé de gènes, à propos des Premières nations.

Dr David Butler-Jones: Sur le plan de la prédisposition génétique aux maladies, il y a certaines différences en termes de la métabolisation de l'alcool. Les gens des Premières nations, de même que les personnes d'origine asiatique, métabolisent l'alcool différemment des Européens du Nord, par exemple. Cela peut avoir une incidence sur la manière dont le trouble se manifeste.

Mme Jean Crowder: Je voulais seulement m'assurer que vous n'étiez pas en train de perpétuer des stéréotypes.

Je n'ai pas eu l'occasion d'examiner ce document de manière détaillée, évidemment, puisque nous l'avons eu seulement aujourd'hui, mais j'ai tout de suite remarqué que nous travaillons au dossier de l'ETCAF depuis les années 1980. Vingt-quatre ans plus tard, nous avons maintenant une nouvelle génération d'enfants qui ont grandi avec l'ETCAF.

Et quand je jette un coup d'oeil aux objectifs énoncés ici —évidemment, je ne peux pas dire avant d'avoir étudié cela de plus près dans quelle mesure ces objectifs sont précis en termes d'échéancier, en termes de points de repère, en termes de mesures de la performance et en termes de résultats réels susceptibles de faire une différence dans la vie des gens dans leurs collectivités... Je vous félicite d'avoir élaboré une stratégie globale qui prend en compte tous les éléments de la problématique, parce que trop souvent, la politique gouvernementale fonctionne de manière cloisonnée. Dans ce cas-ci, il semble que tout un éventail de ministères et d'organisations aient mis la main à la pâte et je vous en félicite, mais je crains un peu que ce soit encore un autre exemple d'un dossier qui s'éternise pendant des années et des années sans qu'on constate le moindre changement en profondeur que nous souhaitons.

J'habite dans une région qui compte le plus grand nombre de membres des Premières nations habitant dans des réserves en Colombie-Britannique, et l'on constate tous les jours les conséquences de l'ETCAF dans la rue, dans nos tribunaux, dans nos écoles. Je suis vraiment inquiète quand je vois que cela nous prend tellement de temps pour obtenir un résultat le moins mesurable.

Dr David Butler-Jones: Étant donné les nombreux facteurs sous-jacents, c'est un énorme défi.

Le problème est en partie d'identifier quels facteurs entrent en jeu. Là encore, au niveau provincial ou régional, on élabore des stratégies spécifiques conçues en fonction d'une population donnée. L'un des défis est de savoir s'il y a lieu d'établir un objectif très précis au niveau national. Pour ce faire, il doit y avoir consensus entre les diverses compétences. C'est l'un des aspects où nous pouvons être utiles au niveau de la facilitation et de la coordination, mais cela ne relève pas directement des autorités fédérales. Nous ne pouvons pas dicter à l'Ontario ou au Québec ou à qui que ce soit des objectifs précis. Mais les lignes directrices ou les normes se sont révélées utiles pour les provinces et pour les professionnels dans le cadre de leur travail.

Il n'y a aucun doute qu'il reste beaucoup à faire. Je sais que cela fait longtemps, mais le niveau d'intérêt a beaucoup augmenté

aujourd'hui, comparé à ce qu'il était quand j'étais en formation il y a 25 ans. Les gens commencent vraiment à accorder de l'attention à ce dossier. Nous progressons donc, mais pas aussi rapidement que la plupart d'entre nous l'espérons.

Mme Jean Crowder: Je vais poser une autre question.

Je comprends que la prestation de services est assurée directement dans les provinces; je comprends tout à fait cette problématique. Cela n'empêche pas le gouvernement fédéral d'établir ses propres objectifs et échéanciers pour les éléments que vous pouvez contrôler. Or je n'en vois pas la trace dans ce document.

Dr David Butler-Jones: Non. C'est une observation valable.

Mme Jean Crowder: J'ai remarqué que dans ce document, il est question de trouver le moyen de diffuser largement ce message. Or les femmes des localités septentrionales, par exemple, nous ont dit qu'elles n'ont pas accès à l'information, à cause de la langue ou parce qu'elles ne savent pas lire.

Au niveau fédéral, dans les domaines dont vous êtes responsable, par exemple les communautés des Premières nations, je me demande si l'on va travailler à la diffusion d'une information facilement accessible, parce que c'est un problème.

•(1230)

Dr David Butler-Jones: L'information en santé est un dossier auquel nous travaillons en facilitant les efforts des provinces et en appuyant diverses activités.

Si j'en reviens aux objectifs, cette observation est juste. En fait, dans le cadre de la discussion sur les objectifs et le processus, qui est actuellement en cours collectivement dans l'ensemble du pays, nous, au sein des ministères fédéraux, allons nous pencher là-dessus pour voir quelles stratégies, objectifs et activités nous allons entreprendre. Cela cadre donc tout à fait dans ce contexte.

Mme Jean Crowder: Nous aurions alors accès à cela.

Dr David Butler-Jones: Oui, absolument.

La présidente: Merci, madame Crowder.

Monsieur Szabo.

M. Paul Szabo (Mississauga-Sud, Lib.): Je peux vous dire, madame la présidente, que je suis très déçu du rapport. Je l'ai reçu il y a deux jours et l'on m'a demandé d'en prendre connaissance; j'en ai parlé au ministre et je lui ai dit que j'étais déçu.

Le Dr Butler-Jones a tout à fait raison. Il a dit que ce document expose d'où nous venons et où nous allons. Ce qu'il ne dit pas, c'est comment nous allons nous y rendre.

Ce que notre comité a demandé, c'est une stratégie. Ceci n'est pas une stratégie. C'est un excellent document pour quiconque est insomniaque—il suffit de le lire pour s'endormir immédiatement.

Je suis désolé, docteur Jones, mais je suis insulté de vous entendre dire que les gens s'intéressent enfin à cette question. Le Parlement du Canada s'y intéressait en 1992. Le Comité de la santé a recommandé des étiquettes de mise en garde, il a identifié le problème du syndrome d'alcoolisme foetal et a déclaré que ce devait être prioritaire. Il est revenu à la charge en 1995-1996. Le Parlement a adopté le projet de loi à l'unanimité en deuxième lecture, l'a renvoyé au comité et nous en avons fait une étude approfondie. Il a été retardé par les mêmes préoccupations—ils voulaient l'examiner dans le cadre de leur stratégie antidrogue globale. Puis, des élections ont été déclenchées et le projet est resté en plan.

Une fois de plus, les parlementaires viennent de voter à 90 p. 100 en faveur du projet de loi exigeant des étiquettes de mise en garde relativement à la santé et nous l'ont renvoyé. Nous avons entendu une foule de témoins. Je peux vous dire que pas un seul d'entre eux n'avait quoi que ce soit à voir avec la santé autochtone et les dossiers autochtones, même si 75 p. 100 des dépenses ont été consacrées aux programmes autochtones. Nous reconnaissons que ce n'est pas seulement un problème autochtone. Il y a un défaut de communication sur la question de savoir qui doit comparaître.

Alors, madame la présidente, je veux seulement faire remarquer que, comme il y a déjà 20 pays du monde qui sont actifs dans ce dossier et cinq autres qui étudient actuellement des mesures législatives, il y a beaucoup d'informations qui existent et qui auraient dû être déjà compilées. L'OMS vient tout juste d'annoncer que sa principale préoccupation à l'heure actuelle, son étude majeure, va porter sur quoi? La consommation occasionnelle excessive d'alcool, qui est d'une importance absolument cruciale dans le dossier de l'ETCAF. De dire que nous ne savons pas vraiment pourquoi certaines femmes sont touchées plus que d'autres... Nous avons déjà entendu toutes les considérations médicales. Nous savons ce qu'il en est du métabolisme; nous savons que le risque est le plus élevé au tout début de la grossesse. Tout cela est connu. Peut-être qu'il y a des gens à Santé Canada qui reviennent là-dessus, mais pas nous.

Le Parlement a décidé il y a longtemps que c'était prioritaire et je m'excuse, mais je ne crois pas que ce rapport réponde aux questions que nous avons posées. D'avoir encore d'autres études... Un comité consultatif national sur le syndrome d'alcoolisme foetal a été créé et j'ai moi-même comparu devant eux. C'était il y a plusieurs années. Ensuite, les fonds ont été coupés, et pourtant, même ici, on continue de dire qu'il existe encore. Quand on vient nous dire que l'on examine des programmes pour les sans-abri...

Vous avez abordé toutes les questions qui peuvent être touchées directement ou indirectement par l'ETCAF. Mais si vous revenez à l'étude commandée par Santé Canada, effectuée par Environics et publiée en janvier 2000, il y a une stratégie pour les groupes les plus à risque. Le premier point de contact pour l'éducation publique et la prise de conscience pour chacun des groupes à risque, c'était les cabinets de médecins.

Savez-vous ce que faisait Santé Canada à l'époque? Santé Canada travaillait à l'élaboration de la déclaration conjointe, pour amener les 18 ONG, etc., à publier une déclaration conjointe dont la première ligne était que le syndrome d'alcoolisme foetal est la première cause connue d'arriération mentale au Canada. Voilà ce que faisait Santé Canada. Or, savez-vous quoi? C'est faux. Le syndrome d'alcoolisme foetal n'est pas la première cause connue de quoi que ce soit. C'est le résultat.

La culture à Santé Canada dans le dossier de l'ETCAF à l'heure actuelle a encore dix ans de retard par rapport à l'état de la question. Il n'y a aucune volonté de s'attaquer à ce dossier. J'en suis absolument convaincu. Je suis désolé, mais à moins que quelque chose ne change, nous devons chercher une autre stratégie pour que cela devienne prioritaire.

Je voulais seulement vous faire savoir que les gens ne viennent pas seulement de commencer à s'intéresser à cela. L'étiquetage, par exemple, est en vigueur aux États-Unis depuis 1989. Beaucoup d'autres pays en ont fait autant depuis.

Mme Langlois propose que nous fassions une étude de l'étiquetage obligatoire dans les territoires et au Yukon. Eh bien, je suis désolé, ce n'est pas l'étiquetage dont on parle, parce que ce qui

se passe là-bas, c'est que ce sont des bénévoles qui apposent les étiquettes sur les caisses de bière. Il n'y a pas d'étiquette sur la bouteille; elle est apposée sur la caisse de bière. Ce n'est pas la même chose. Alors n'allez pas perdre votre temps à étudier l'efficacité de ce programme.

Nous savons tout ce qu'il y a à savoir sur l'inefficacité de l'étiquetage qui est en vigueur aux États-Unis depuis 1989. Vous n'avez qu'à lire l'étude publiée en 1992 par notre comité de la santé. On y dit que ces étiquettes sont illisibles; qu'on ne les remarque pas. Pourquoi iriez-vous l'étudier pour voir si c'est efficace?

• (1235)

Alors je suis désolé, mais je pense que vous n'êtes pas sur la même longueur d'ondes que le comité là-dessus. Si Santé Canada veut s'attaquer sérieusement à ce dossier, il est grand temps de récupérer une partie de ces ressources et de comprendre qu'il faut prendre une décision. Chaque année, environ 4 000 enfants souffrent d'anomalies congénitales causées par l'alcool. Il en coûtera des millions de dollars pour s'occuper d'eux pendant toute la durée de leur vie, et cela se répercute sur l'ensemble du système et finit par coûter aux contribuables canadiens au moins 15 milliards de dollars par année. Qu'est-ce qu'il vous faut d'autre pour vous convaincre que c'est prioritaire?

J'espère que vous allez vous décider à agir. Je regrette d'être obligé de vous parler de cette façon, mais vous savez, je n'ai pas dix autres années pour continuer de livrer cette bataille ici. Je veux que quelque chose se fasse. Je ne veux pas d'autres études, je veux des stratégies. C'est ce que notre comité a demandé, mais ce n'est pas ce que vous nous avez livré.

La présidente: Merci, monsieur Szabo.

Monsieur Merrifield.

M. Rob Merrifield: J'invoque le Règlement, madame la présidente. M. Szabo a dit qu'il a reçu ce rapport et cette étude...

Était-ce vraiment il y a deux jours?

M. Paul Szabo: Oui.

M. Rob Merrifield: Mon problème est que nous devons réagir à cette étude alors que nous ne l'avons reçue que deux minutes avant que le témoin se présente ce matin. Cela me pose un problème parce que notre comité a adopté une motion pour que cette étude nous soit remise.

Je trouve qu'il y a quelque chose qui cloche.

La présidente: Le Dr Butler-Jones a dit qu'on y travaillait encore hier soir. Alors peut-être que la version de M. Szabo n'est pas complète...

Dr David Butler-Jones: C'est bien cela.

La présidente: ...mais c'est une version assez définitive.

Dr David Butler-Jones: Je crois comprendre que c'est une ébauche qu'on lui avait communiquée pour obtenir ses commentaires, à cause du travail qu'il effectue dans ce dossier. Ce n'est que tard hier soir qu'on a obtenu la version définitive du rapport.

M. Rob Merrifield: Je suis d'accord avec M. Szabo pour dire que ce n'est pas un rapport définitif que nous avons ici—en tout cas, j'espère qu'il ne l'est pas.

Dr David Butler-Jones: Pourrais-je dire quelque chose? Je ne l'avais pas mentionné, mais il existe effectivement un plan pour mettre au point un programme d'éducation publique en vue de réduire la consommation occasionnelle excessive d'alcool chez les jeunes. C'est en cours actuellement et je m'attends à ce qu'on vous le présente bientôt.

La présidente: Merci beaucoup.

M. Paul Szabo: Je dois dire également, madame la présidente, que les étiquettes de mise en garde ne sont même pas mentionnées dans ce document.

La présidente: Oui. Merci.

Le suivant est M. Fletcher.

M. Steven Fletcher: Merci, madame la présidente.

Docteur Butler-Jones, c'est un plaisir de vous revoir devant notre comité. Je pense que certains membres du comité vous voient peut-être plus souvent qu'ils ne voient les membres de leur propre famille, étant donné le nombre de vos comparutions devant nous.

Je souscris aux propos de M. Szabo. Je pense que tous les partis jugent prioritaire le dossier du syndrome d'alcoolisme foetal et que les initiatives dans ce dossier devraient recevoir l'appui de tous les partis. Si je comprends bien, le Parlement a déployé des efforts et des députés de tous les partis déploient des efforts dans ce dossier depuis longtemps.

Je voudrais aussi commenter les observations de M. Merrifield, quand il dit qu'il aurait été utile que les autres membres du comité reçoivent ne serait-ce qu'une ébauche de ce rapport au préalable. Si vous dites que c'est une ébauche, nous pouvons comprendre cela, mais au moins, cela nous donne un moyen de nous préparer. Je vois d'autres députés hocher la tête—même parmi les Libéraux—en signe d'assentiment. Étant donné que c'est la motion de M. Merrifield qui vous a amené devant le comité, il aurait été utile que nous ayons le rapport et je demanderais donc à la présidente et peut-être à Santé Canada et au Dr Butler-Jones de veiller à ce que nous obtenions les documents en temps voulu.

J'ai lu la brochure pendant la réunion. Je n'ai eu que 43 minutes pour la lire. C'est une bien belle brochure, mais cela ressemble à une stratégie en vue d'en arriver à une stratégie. En fait, on pourrait remplacer « syndrome d'alcoolisme foetal » par à peu près n'importe quel trouble ou maladie et tous les arguments demeureraient valables. On dirait qu'on y trouve beaucoup de platitudes, mais très peu de substance.

La motion originale que M. Merrifield a proposée et que le comité a approuvée traitait de la prévention. Dans cette brochure que nous avons sous les yeux, il semble qu'il soit très peu question de prévention.

Je vais peut-être poser toutes mes questions en rafale, après quoi vous pourrez y répondre.

Premièrement, je me demande pourquoi on semble faire si peu de cas de la prévention. On dirait qu'on dépense beaucoup d'argent pour élaborer une stratégie en vue d'en arriver à une stratégie. Je me demande si les ressources sont utilisées de la manière la plus efficace possible, étant donné que ce dossier traîne depuis des années.

De plus, il n'y a aucun échéancier, ne serait-ce que pour mettre au point la stratégie devant déboucher sur une stratégie. On dirait que cela pourrait durer éternellement. Je déteste les stéréotypes, mais cela correspond tout à fait au stéréotype que les gens ont de la

bureaucratie : on crée un comité pour étudier le rapport d'un autre comité, et il ne se passe jamais rien.

Au moins, le projet de loi de M. Szabo contenait une mesure concrète et tangible. Je ne vois rien de tel dans ce rapport. Compte tenu de la situation, étant donné le temps et l'argent que l'on a investis, je trouve que notre comité peut très raisonnablement s'attendre à obtenir des détails précis sur ce que nous pouvons faire. Nous n'avons rien de tel.

Je me demande si vous pourriez répondre à chacune de ces questions.

• (1240)

Dr David Butler-Jones: Premièrement, la stratégie en matière de prévention consiste à envoyer sur le terrain des professionnels qui traitent directement avec les personnes concernées, des gens qui font des visites—qu'il s'agisse de médecins, des employés des refuges, etc.—pour s'assurer d'appliquer une approche préventive; aussi, dans le cadre des programmes nationaux pour les enfants, et aussi dans le cadre des projets de démonstration dans les petites localités, on s'occupe des outils que les gens peuvent utiliser et l'on élabore des stratégies et des programmes qui sont ensuite diffusés. Tout cela fait partie de la prévention.

Cela découle en grande partie du dossier de l'étiquetage de l'alcool. Un certain nombre de pays le font, mais presque rien n'indique que cela change vraiment le comportement. Ce ne peut donc pas être la seule piste de solution. Cela peut faire partie d'une stratégie d'ensemble, mais ce ne peut être le seul élément.

Deuxièmement, il y a le comité élargi qui va élaborer la stratégie globale dont ceci n'est qu'un élément. Il y a un échéancier de six mois. Donc, dans sept mois, il devrait y avoir... Au printemps, on devrait avoir quelque chose.

La présidente: Merci, monsieur Fletcher.

Monsieur Savage.

M. Michael Savage (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je souhaite la bienvenue aux témoins.

Je suis moi aussi un peu déçu de ce document, mais je pense que cela a plus à voir avec l'échéancier que nous avons établi qu'avec autre chose. On semble nous présenter plutôt un résumé de tout ce que nous avons fait ces dernières années.

Je veux revenir sur un point soulevé par M. Szabo, à savoir que les parlementaires, à une majorité écrasante, ont appuyé l'étiquetage. Cela figure dans vos observations ici. Je pense que cela fait partie de la stratégie.

J'aurais appuyé l'étiquetage, mais je n'étais pas à la Chambre au moment de ce vote. C'est le seul vote que j'ai raté. J'aurais appuyé cela à la Chambre.

C'est quand je suis devenu membre du comité que j'ai acquis la conviction que l'étiquetage n'était pas la solution. Je veux m'assurer que, à la suite des critiques et de l'absence d'action concrète, l'étiquetage ne devienne pas la solution facile, une manière de prétendre résoudre le problème. Un grand nombre de témoins qui ont comparu devant notre comité, représentant un éventail équilibré de groupes, nous ont dit que l'étiquetage n'était pas nécessairement la solution. Je fais donc cette mise en garde.

Avez-vous eu des discussions avec des représentants du secteur depuis que nous avons tenu nos audiences? Les brasseries, les négociants en vin et d'autres intervenants ont dit qu'ils étaient disposés à intervenir beaucoup plus activement. Nous devons les prendre au mot. Ont-ils participé à vos discussions jusqu'à maintenant?

• (1245)

Dr David Butler-Jones: La réponse brève est oui, ils ont participé et continuent à le faire. Il y a divers groupes. L'industrie est clairement un intervenant clé dans tout cela et il faut obtenir son adhésion, mais en même temps, nous devons respecter le fait que ces gens-là ont un intérêt propre qui n'est pas nécessairement le même que l'intérêt public.

M. Michael Savage: Mais ce serait stupide de ne pas profiter du fait qu'ils ont des ressources et ils ont d'ailleurs dit publiquement qu'ils sont disposés à s'engager.

Dr David Butler-Jones: Absolument.

M. Michael Savage: Je pense que certains programmes qu'ils ont évoqués pourraient certainement être intégrés à toute stratégie nationale en voie d'élaboration. Le programme qui vient à l'esprit est Motherisk, à Toronto.

Dr David Butler-Jones: Oui, en effet.

M. Michael Savage: Je vais maintenant poser une question au nom de ma collègue, madame Dhalla, qui a dû partir. Elle voulait savoir si cette brochure est disponible dans d'autres langues que l'anglais et le français.

Dr David Butler-Jones: Je ne pense pas, non.

M. Michael Savage: Vous pourriez envisager de la faire traduire. Je pense qu'elle songeait précisément au Punjabi. Il peut y avoir d'autres groupes linguistiques au Canada qui en bénéficieraient également.

Merci.

La présidente: Merci.

Monsieur Lunney.

L'hon. Robert Thibault: Pourrais-je avoir une minute de son temps?

M. Michael Savage: Je vais donner ma dernière minute à M. Thibault.

La présidente: M. Lunney n'a pas encore eu son tour, alors donnons-lui l'occasion de s'exprimer. Ensuite, vous pourrez avoir une minute.

M. James Lunney: Merci, madame la présidente.

Bien sûr, le Dr Butler-Jones occupe son nouveau poste depuis moins d'un an et il a essuyé aujourd'hui des critiques assez sévères de la part du comité qui dénonce l'inertie à Santé Canada, laquelle précède de loin la présence du témoin. Vous avez pu entendre la frustration de M. Szabo, qui travaille très fort à ce dossier depuis longtemps.

Plusieurs députés ont parlé de prévention, mais vous avez dit que la même quantité d'alcool peut causer de graves conséquences chez les enfants de certaines femmes et des conséquences peut-être moins graves dans d'autres cas.

Nous avons entendu un médecin témoigner devant le comité. Je pense que c'était le Dr Trevithick de Guelph. Environ 10 ou 12 études effectuées chez des animaux et notamment des rats montrent que des vitamines antioxydantes données à la mère pendant la grossesse peuvent avoir un effet protecteur sur les rejetons. Au

moins trois études sont actuellement en cours à l'IRSC dans ce domaine.

Comme nous avons ici un scientifique et un clinicien, docteur Butler-Jones, croyez-vous qu'une intervention à faible risque, comme de donner des vitamines antioxydantes aux populations à risque dans l'espoir de diminuer le nombre de cas qui se chiffre maintenant à 3 000 ou 4 000 par année pourrait être une stratégie à envisager comme mesure préventive, même en attendant l'aboutissement de ces études?

Dr David Butler-Jones: La plupart de nos connaissances sur les antioxydants se situent dans le contexte de la nourriture. Malheureusement, dans quelques cas, le fait de prendre des antioxydants comme suppléments, au lieu de les absorber avec la nourriture, peut avoir un effet paradoxal et augmenter le risque de certaines pathologies. Nous ne comprenons pas tout à fait ce mécanisme.

Je ne suis pas sûr d'être en mesure de préconiser la prise de suppléments, mais en même temps, ce pourrait être de petites quantités, qui s'ajouteraient à un régime alimentaire équilibré. Nous savons en effet que le régime alimentaire peut influencer fortement sur certains effets de l'alcool. Je ne suis pas certain que des suppléments en tant que tels auraient le même effet que l'amélioration du régime alimentaire, mais il vaut certainement la peine d'examiner la question.

J'ai hâte de prendre connaissance des résultats de la recherche.

M. James Lunney: Eh bien, je trouve cette réponse un peu décevante, car il est abondamment prouvé, en dépit de quelques indices sur l'effet des antioxydants sur certaines maladies—je pense qu'on a notamment mentionné les maladies cardiovasculaires et la vitamine E... Je pense que...

Dr David Butler-Jones: C'est particulièrement vrai chez les fumeurs. Beaucoup de gens touchés par ce syndrome sont également fumeurs.

M. James Lunney: Mais il n'y a que d'infimes indices—probablement fallacieux—donnant à croire qu'il pourrait y avoir un problème, en comparaison d'une preuve solide que les vitamines antioxydantes ont un rôle énorme à jouer dans la prévention d'un grand éventail de maladies. Il me semble que ce serait une stratégie sans risque de veiller à ce que beaucoup de ces femmes—incluant bien sûr les personnes défavorisées, ce qui est tout à fait raisonnable, étant donné que leur régime alimentaire est également déficient, surtout lorsqu'on y ajoute la consommation excessive d'alcool et tout le reste... Je trouve qu'il vaut la peine d'envisager cette stratégie. Je vous invite à y réfléchir.

Je passe à autre chose. Il a été question du comité consultatif national, qui existe depuis mai 2000 et qui compte maintenant 18 membres. Vous avez mentionné un nouveau groupe qui sera consultatif. Es-ce le même groupe, ou bien un groupe modifié? Cela s'ajoute-t-il au conseil consultatif national, s'agit-il d'un groupe indépendant? Comment ces groupes fonctionnent-ils?

• (1250)

Dr David Butler-Jones: C'est un nouveau groupe, dont le mandat n'est pas limité exclusivement à l'alcoolisme foetal, mais à la stratégie de lutte contre l'alcoolisme. C'est un groupe différent.

La présidente: Merci, monsieur Lunney.

Je vais accorder deux minutes à M. Thibault et ce sont les deux dernières minutes du temps de M. Savage, après quoi j'entendrai Mme Demers. Essayons d'être concis, car il ne nous reste que six minutes en tout.

L'hon. Robert Thibault: Merci, madame la présidente.

Pour sauver du temps, je vais vous poser deux brèves questions. Si vous ne pouvez répondre qu'à une seule, répondez plutôt à la deuxième et je vous invite donc à y répondre en premier.

Premièrement, comment tout cela est-il coordonné? Qui est le chef de file dans la mise en oeuvre de votre cadre? Il y a beaucoup de partenaires, dans les provinces et les organisations non gouvernementales. Comment tout cela est-il coordonné?

Et ma deuxième question est celle-ci : quelles mesures concrètes ont-elles été prises pour lutter contre l'ETCAF? Pouvez-vous nous signaler des mesures concrètes?

Dr David Butler-Jones: La réponse à la deuxième question prendra en fait beaucoup plus de temps. Nous avons passé pas mal de temps à en discuter et tout cela figure dans le rapport. Nous travaillons en étroite collaboration avec le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, l'Agence de la santé publique et d'autres intervenants, et ils nous ont offert de travailler avec nous à cette initiative.

Pour ce qui est des mesures précises, j'ai trouvé que cette conversation a été très utile; je n'ai pas participé à la conversation précédente. Je pense que nous allons continuer à renforcer notre action et à la modifier. J'ai bien compris le message sur la question de savoir si nous pouvons identifier des éléments précis, collectivement, avec nos partenaires, des mesures encore plus spécifiques que celles auxquelles nous travaillons, en appliquant les connaissances que nous acquérons au fur et à mesure. Je pense qu'il y a là de très bonnes occasions. Loin de moi l'idée de prétendre que c'est suffisant, mais un certain nombre de mesures ont été prises, en tablant sur les capacités et stratégies existantes. Je pense que, de manière générale, c'est la voie à suivre, mais il faut continuer d'y apporter des retouches.

L'hon. Robert Thibault: Merci.

La présidente: Merci.

Madame Demers.

[Français]

Mme Nicole Demers: Merci, madame la présidente.

Docteur Butler-Jones, je suis désolée, mais la réalité veut que j'abonde dans le sens de mes collègues. Je ne comprends pas. Une étude a été réalisée entre l'automne 2002 et l'automne 2003. Cela laissait amplement de temps pour prévoir un programme, une stratégie. Nous sommes maintenant en juin 2005. Des témoins ont comparu à ce comité pendant quelques semaines. Or, tout ce qui est écrit dans ce document équivaut à ce que nous avons entendu ici. Il s'agit de la stratégie que nous avons imaginée et que nous considérons importante. Cependant, nous n'y avons inclus ni chiffres précis ni détails sur la mise en oeuvre: nous pensions que c'était à vous de le faire.

Après deux mois, vous arrivez avec ce beau petit document. Je me demande combien il a pu coûter. L'information qui s'y trouve est la même que celle contenue dans les études réalisées sur le sujet, dans les témoignages que nous avons entendus ou dans des faits que nous avons établis. J'aimerais savoir ce que représentent en temps réel les défis que vous devez aborder. Quand pensez-vous pouvoir le faire? Ces enfants continuent de naître et ces femmes de souffrir.

En ce qui a trait à votre vision de l'avenir, vous parlez d'accroître l'intérêt et l'engagement, de fixer des objectifs mesurables ainsi que de créer et renforcer les partenariats. La vision du Québec en termes d'avenir consiste entre autres à imaginer un pays souverain. Quand je

vois la façon dont notre argent est dépensé, je suis tentée d'imaginer davantage encore mon pays souverain. Je suis désolée, mais j'espérais beaucoup plus que cela.

[Traduction]

La présidente: Merci, madame Demers.

Voulez-vous répondre, docteur Butler-Jones?

Dr David Butler-Jones: C'est un processus continu. On travaille constamment à préciser les détails. Pour ce qui est du cadre, nous avons maintenant accompli un certain nombre de choses que nous nous étions fixés comme objectifs il y a deux ans.

Est-ce qu'il y a encore des éléments à identifier et à mettre au point dans le cadre de la stratégie? Je pense que nous devons le faire. Ce comité qui va se réunir au cours des six prochains mois va établir le contexte pour la suite des choses et, dans neuf mois ou dans un an, ou enfin quand le comité voudra bien que je revienne, nous pourrions vous faire rapport sur les progrès accomplis.

• (1255)

La présidente: Merci beaucoup.

Il y a un nouveau livre intitulé *Blink*. On y décrit comment certaines choses sautent aux yeux et comment les gens peuvent, en dix secondes, trouver une idée et accomplir quelque chose. En fait, une étude a été faite dans les forces armées américaines; on a demandé à un commandant, en situation de bataille, de se livrer à un exercice qui aurait probablement rempli tout le livre, consistant à analyser tous les organigrammes et à demander l'opinion de tous et chacun. Et il y avait un autre commandant qui, lui, a répondu en se fondant sur sa propre expérience et sa volonté d'agir; à l'issue de la bataille, celui qui fonctionnait en application de la mentalité appelée « blink » a réussi à démolir 20 navires de guerre et des centaines de milliers de soldats ennemis—il s'agissait évidemment d'une bataille virtuelle—tandis que l'autre était encore en train de mener des consultations.

Il me semble que les gens qui travaillent à ce dossier devraient lire ce livre intitulé *Blink*.

D'habitude, je perçois un lien entre la volonté politique, l'argent consacré à un dossier et l'énergie des fonctionnaires auxquels on demande de mettre en oeuvre un programme. M. Szabo a signalé que la volonté politique existe dans ce dossier et je ne pense pas que cela se limite au syndrome d'alcoolisme foetal. Je pense que c'est vrai pour toutes les toxicomanies. La plupart d'entre nous savent bien qu'on est très loin de consacrer assez d'argent dans notre pays à la désintoxication des alcooliques et des toxicomanes et que le problème devient répétitif.

Je perçois donc la volonté politique. S'il vous faut plus d'argent pour agir, nous voulons que vous nous en fassiez la demande. Mais ce que nous voyons dans ce livre n'est rien d'autre qu'une nouvelle analyse s'ajoutant aux précédentes, sans qu'il y ait la moindre action. Je vois des gens qui ont l'air accablés dans ce dossier, et nous n'essayons pas de vous accabler. Nous essayons au contraire de vous insuffler de l'énergie. Si vous avez besoin d'argent, dites-le nous. Si vous avez besoin d'augmenter vos effectifs, dites-le nous. Mais n'acceptez pas le statu quo et ne venez pas nous dire que dix années de travail de M. Szabo ont abouti à la création d'un comité—dix ans plus tard, on crée un comité. Et puis je m'inquiète de savoir qui fera partie de ce comité, si l'on y adoptera l'approche pathologique des professionnels de la santé qui signalent constamment ce qui ne va pas, au lieu de s'attarder à certaines mesures qui ont donné de bons résultats. Cela m'inquiète aussi, parce qu'il se pourrait bien que dans un an, on nous présente encore une autre analyse sans aucune action, et dans l'intervalle, les enfants qui en sont victimes sont de plus en plus nombreux.

Il y a des choses que j'aime bien dans ce document, quand il est question de traiter tout le monde avec compassion et compréhension, étant donné les divers facteurs qui entrent en jeu, et je voudrais que vous adoptiez cette attitude et ces valeurs. Mais je constate par contre que des 20 millions de dollars, 17 millions sont consacrés à un groupe ethnique en particulier, et j'entends dans les refuges des gens dire « ces gens-là » à propos des membres de ce groupe. Je viens de l'une des circonscriptions les plus riches au Canada et je peux vous dire qu'il y a là aussi des enfants qui sont touchés par ce problème. Beaucoup de gens riches boivent beaucoup d'alcool. Ce ne sont pas seulement les Autochtones et ce ne sont pas seulement les pauvres.

Je trouve que cette répartition de l'argent est étrange. C'est un immense problème social qui touche le pays tout entier et nous devons nous y attaquer avec énergie et dynamisme. S'il vous faut quelque chose pour accomplir cela, venez nous voir, mais je pense que vous pouvez sentir l'énorme déception autour de la table. Et je ne dis pas que vous ne faites pas de votre mieux. Peut-être faites-vous de votre mieux compte tenu des effectifs dont vous disposez et de l'argent que vous avez à dépenser. Mais nous voulons de l'action.

Je vous remercie beaucoup d'être venu.

Docteur Butler-Jones, voulez-vous faire une observation?

Dr David Butler-Jones: Nous avons reçu de nouvelles instructions du comité et nous avons mis en place des processus.

Je pense que le message est clair au sujet de la stratégie et des détails et tout le reste. Nous dépendons de nos partenaires pour une bonne part. Dans le délai très court que nous avons, il nous a fallu consolider tout cela.

Vous nous demandez de voir encore plus grand que ceux qui livrent cette bataille depuis déjà longtemps. Je comprends que des gens soulèvent la question depuis longtemps, mais c'est un dossier auquel nous devons nous attaquer collectivement en tant que société et je constate une différence entre aujourd'hui et la situation d'il y a trois ou cinq ans, quand j'observe la société, les professionnels, les collectivités, etc.

Je pense donc qu'il y a là une occasion. Quel que soit le délai raisonnable pour l'aboutissement des délibérations de ce comité, pour que nous puissions revenir vous présenter l'étape suivante de notre travail, nous nous ferons un plaisir de le faire. J'espère que la prochaine fois, vous serez plus contents de nous.

● (1300)

La présidente: Merci.

Je me rends compte que vous êtes entravé par le fait que tout cela est fédéral-provincial. Comment savoir dans quelle mesure ces gens-là travaillent énergiquement. Mais j'ai vraiment le sentiment que le gouvernement fédéral et les gens qui connaissent le dossier ici peuvent être des chefs de file dans ces discussions. Si nous n'avons pas une vision claire de l'objectif à atteindre et des mesures à prendre pour y parvenir, qui mènera ces discussions? Est-ce que chacun se contentera de se vanter de ce qu'il a déjà fait?

Dr David Butler-Jones: Nous étions en quelque sorte en train de mettre sur pied des réseaux de collaboration. Je me rends compte que ce n'est pas seulement fédéral, mais serait-il utile qu'on vous présente un document énonçant notre perspective, et cela ferait ensuite partie de...

La présidente: Nous aimerions cela.

Dr David Butler-Jones: Très bien. Nous reviendrons vous voir à ce sujet et nous aurons une conversation avec les membres du comité pour savoir à quoi cela ressemblera.

La présidente: Merci beaucoup d'être venu.

Je remercie mes collègues pour leur patience. La séance a duré quelques minutes de plus que prévu.

La séance est levée.

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

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

Aussi disponible sur le réseau électronique « Parliamentary Internet Parlementaire » à l'adresse suivante :

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire at the following address:

<http://www.parl.gc.ca>

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.