



**CONSULTATIONS INTERGOUVERNEMENTALES
EN SANTÉ : VERS UN CADRE NATIONAL
SUR LES TECHNIQUES DE REPRODUCTION**

Nancy Miller Chenier
Division des affaires politiques et sociales

Le 8 novembre 2002

**PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE**

La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
CONTEXTE	1
TRAVAIL PRÉLIMINAIRE (1993-1996).....	3
A. Réponse à la Commission royale.....	3
B. Moratoire volontaire national.....	3
C. Premier projet de loi (C-47).....	4
D. Vers un cadre réglementaire	4
À LA RECHERCHE D'UN CONSENSUS NATIONAL (1997-2000).....	5
A. Au-delà de l'Union sociale	5
B. Aperçu d'une loi plus vaste.....	6
C. Ententes d'équivalence.....	6
D. Consensus sur la santé sexuelle et génésique.....	7
E. Document de travail pour une loi sur les techniques de reproduction	8
F. Réaction provinciale à l'approche fédérale proposée.....	8
AGIR À L'ÉCHELLE DU PAYS (2001-2003)	9
A. Un avant-projet de loi devant le Parlement.....	9
B. Le Comité permanent de la santé	11
C. La persistance des inquiétudes concernant une loi exhaustive (projet de loi C-56, devenu C-13).....	11
ÉVALUATION DES CONSULTATIONS INTERGOUVERNEMENTALES.....	12
A. Établissement des ententes d'équivalence	13
B. Comités consultatifs fédéraux-provinciaux-territoriaux	14
C. Respect des compétences	16
D. Ouverture des délibérations	17



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

CONSULTATIONS INTERGOUVERNEMENTALES EN SANTÉ : VERS UN CADRE NATIONAL SUR LES TECHNIQUES DE REPRODUCTION

En santé publique, le fédéralisme est un marais fangeux et brumeux qui inspire la crainte, entouré de gardes constitutionnels aux mouvements lents, nourri par les fontaines intermittentes du pouvoir fédéral de dépenser, bouillonnant sous l'action des points d'impôt et les transferts fiscaux, âprement disputé par les bataillons séditieux des affaires intergouvernementales.⁽¹⁾

CONTEXTE

Les consultations intergouvernementales en santé publique sont une chose commune et compliquée. Certes, les techniques de reproduction sont un sujet complexe qui présente son lot de problèmes, mais la tentative fédérale d'établir un cadre national n'est pas non plus dénuée de difficultés. Comme dans à peu près n'importe quel volet des soins de santé, la participation fédérale alimente un débat incessant. À Ottawa, tous les ministres qui se succèdent à la santé affirment la présence prépondérante du fédéral, tout en sachant bien que leurs homologues provinciaux peuvent contester toute mesure qu'ils prennent comme une ingérence dans un de leurs champs de compétence.

Les inquiétudes fédérales, provinciales et territoriales au sujet des compétences respectives ont été au départ du rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction déposé en 1993. La Commission insistait sur le fait que ces techniques « soulevaient des questions d'une ampleur et d'une importance telles que non seulement elles justifiaient mais *nécessitaient* une réaction nationale »⁽²⁾. Elle n'a pas voulu répartir les techniques de reproduction en divers volets qui relèveraient des divers gouvernements provinciaux et organes professionnels autonomes, mais a prôné plutôt leur

-
- (1) Steven Lewis, « The bog, the fog, the future: 5 strategies for renewing federalism in health care », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 166, n° 11, 28 mai 2002 [traduction].
- (2) Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, *Un virage à prendre en douceur – Rapport final*, Ottawa, Services gouvernementaux Canada, 1993, p. 20 [italique dans l'original].

réglementation par le gouvernement fédéral « en vertu du mandat qui lui a été confié d'assurer la paix, l'ordre et le bon gouvernement du pays et en vertu des pouvoirs que la Constitution lui reconnaît concernant le droit criminel, les échanges, le commerce, les dépenses et d'autres domaines pertinents. »⁽³⁾

Les discussions entre le fédéral, les provinces et les territoires ont débuté dès le dépôt du rapport de la Commission, mais se sont déroulées dans une atmosphère peu propice à un règlement rapide. Au milieu des années 1990, les consultations intergouvernementales en matière de santé et de services sociaux se caractérisaient par la compétition et les différends. Le resserrement des transferts – refondus en 1995 dans le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) – a accru le mécontentement des provinces à l'endroit de l'unilatéralisme fédéral en matière de règlements et de programmes.

L'Entente-cadre sur l'Union sociale, ratifiée en 1999 par le gouvernement fédéral et toutes les provinces, sauf le Québec, était le signal d'une nouvelle approche⁽⁴⁾. Les parties s'engageaient explicitement à fixer conjointement leurs priorités et le fédéral, à donner un préavis des nouvelles mesures qu'il compterait prendre. Les parties tentaient ainsi de parvenir à un fédéralisme plus souple, mais continuaient de lutter pour savoir à qui il reviendrait d'établir les règles en santé⁽⁵⁾. Santé Canada, principal négociateur fédéral dans le domaine des techniques de reproduction, butait régulièrement sur la mise en cause par les ministères provinciaux de la Santé du rôle qu'il convenait au fédéral de jouer dans l'établissement de normes nationales. Certaines provinces et certains territoires ont réglementé des sujets particuliers, ce qui a donné lieu à un ensemble de lois et de pratiques disparates, présentant de nombreuses lacunes.

Ce document porte sur la dynamique du partage des compétences et sur les efforts du fédéral pour faciliter la coordination et le consensus dans le domaine des techniques de reproduction et de génétique (TRG). Il évalue également les processus intergouvernementaux et mentionne le rôle que pourraient jouer les parlementaires.

(3) *Ibid.*

(4) *Un cadre visant à améliorer l'Union sociale pour les Canadiens*, Entente entre le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux, le 4 février 1999 (http://socialunion.gc.ca/news/020499_f.html).

(5) Antonia Maioni, « The Social Union and Health Care », *Policy Options*, vol. 21, avril 2000, p. 39-41; Robert Asselin, *L'union sociale canadienne : Questions relatives au partage des pouvoirs et au fédéralisme fiscal* (PRB 00-31F), Ottawa, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, janvier 2001.

TRAVAIL PRÉLIMINAIRE (1993-1996)

A. Réponse à la Commission royale

Peu après le dépôt du rapport de la Commission royale, on a cherché à parvenir au consensus national qu'il réclamait. À l'automne 1994, la ministre de la Santé de l'époque, Diane Marleau, a déclaré qu'une des premières mesures qu'elle avait prises dans son poste avait été d'amener les gouvernements provinciaux à adopter une approche conjointe concernant les techniques de reproduction⁽⁶⁾. Selon l'approche habituelle, la question a été renvoyée à un groupe de travail intergouvernemental et mise à l'ordre du jour d'une réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé. Ainsi, de 1993 à 1996, année où le premier projet de loi a été déposé au Parlement, Santé Canada a coordonné les activités d'un groupe fédéral-provincial-territorial sur les TRG créé pour conseiller les sous-ministres de la Santé. Moins de six mois après la publication du rapport de la Commission, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ont annoncé qu'ils entreprenaient l'examen détaillé des recommandations, l'évaluation des coûts et la détermination des champs de collaboration⁽⁷⁾.

B. Moratoire volontaire national

En juillet 1995, en annonçant un moratoire volontaire sur certaines techniques et pratiques de reproduction et de génétique, la ministre fédérale de la Santé a laissé entrevoir la complexité des consultations dans un champ de compétence partagée. Elle mentionnait qu'à une réunion tenue une semaine plus tôt, ses homologues provinciaux et territoriaux avaient convenu d'appuyer le moratoire volontaire⁽⁸⁾ et qu'ils étaient disposés à collaborer avec le gouvernement fédéral à un régime permanent de gestion inscrit dans une approche globale, sans pourtant préciser les moyens qui seraient mis en œuvre ou le progrès accompli vers cet objectif. Toutefois, afin de régler d'autres questions de compétences, le ministre de la Justice devait écrire aux procureurs généraux des provinces et des territoires pour appuyer le moratoire et leur faire

(6) Diane Marleau, ministre de la Santé, discours à la 6^e conférence annuelle de la Société canadienne de bioéthique, 26 novembre 1994, p. 1.

(7) Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Synopsis of Health Ministers Discussions*, communiqué, Ottawa, 9 février 1994.

(8) Santé Canada, « News conference announcing a voluntary moratorium on new reproductive and genetic technologies », Notes de madame Diane Marleau, ministre de la Santé, Théâtre du Cercle national des journalistes, Ottawa, 27 juillet 1995.

part de ses inquiétudes concernant le rôle des avocats à titre d'agents ou de courtiers dans les ententes commerciales de maternité de substitution.

C. Premier projet de loi (C-47)

Moins d'un an plus tard, le gouvernement fédéral a indiqué qu'il était disposé à agir de son propre chef sur le plan législatif, même de façon limitée. En juin 1996, le ministre de la Santé, alors David Dingwall, a déposé le projet de loi C-47 sur les TRG, qui était fondé sur le pouvoir du fédéral en matière de droit criminel⁽⁹⁾. Le projet de loi visait simplement à interdire 13 pratiques de reproduction et de génétique, sans répondre à la demande d'un régime prévoyant un organisme de réglementation, des règlements, des permis et des mécanismes d'application. En rédigeant le projet de loi, le gouvernement a délibérément exclu les domaines dans lesquels le rôle prépondérant revenait aux provinces, laissant ainsi en suspens la problématique des questions pour lesquelles il pouvait y avoir empiètement sur des champs de compétence provinciaux tels que les services de santé et les professionnels de la santé.

D. Vers un cadre réglementaire

Dans cette période de forte tension entre les gouvernements, les consultations allaient prudemment et les projets fédéraux étaient conçus pour permettre aux provinces de protéger leurs pouvoirs. De nouvelles consultations avec ces dernières et avec les groupes intéressés devaient s'inspirer du cadre réglementaire proposé dans un document de discussion du Ministère paru au même moment que le projet de loi et intitulé *Nouvelles techniques de reproduction et génétique : Fixer des limites et protéger la santé*⁽¹⁰⁾. Le document insistait sur la volonté du fédéral de collaborer avec les provinces et les territoires. Pour la première fois, il précisait que les mesures législatives à venir prévoiraient des ententes d'équivalence entre le fédéral et une province ou un territoire. Ainsi, sauf pour les interdictions absolues, les contrôles réglementaires fédéraux pourraient être suspendus et remplacés par des contrôles provinciaux semblables, mais non nécessairement identiques.

(9) Santé Canada, *Projet de politique nationale globale sur la gestion des nouvelles techniques de reproduction et de manipulation génétique*, communiqué, 14 juin 1996.

(10) Santé Canada, *Nouvelles techniques de reproduction : Fixer des limites et protéger la santé*, Ottawa, juin 1996 (<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection//procreation/ntrg/index.htm>).

En outre, pour la première fois, le document distinguait techniques de génétique et techniques de reproduction. Le projet de loi C-47 interdisait la sélection du sexe et les thérapies germinales. La disponibilité, l'application et la pertinence du diagnostic prénatal et du dépistage génétique étaient considérées comme avant tout du ressort de la pratique médicale et donc de responsabilité provinciale et territoriale⁽¹¹⁾. Le gouvernement fédéral proposait une conférence de consensus pour examiner certaines questions. Il semble qu'on cherchait une entente hors de la voie habituelle des comités consultatifs fédéraux-provinciaux-territoriaux, peut-être auprès des médecins et de leurs organisations.

À LA RECHERCHE D'UN CONSENSUS NATIONAL (1997-2000)

A. Au-delà de l'Union sociale

Le projet de loi C-47 est mort au *Feuilleton* à l'annonce des élections de 1997, sans progrès évident sur le plan des questions de compétence. La même année, les premiers ministres des provinces et des territoires ont convenu d'entreprendre une démarche qui a finalement conduit à l'entente-cadre sur l'Union sociale avec le gouvernement fédéral en 1999. Ainsi, encore plus que durant les années précédentes, le gouvernement fédéral devait collaborer à établir des priorités et à élaborer de nouveaux programmes à frais partagé. Cette démarche a aussi exacerbé la tendance des provinces à réagir aux mesures fédérales qu'elles considéraient comme des formes d'ingérence. Le Québec n'a pas signé l'entente, refusant tout arrangement impliquant un rôle fédéral dans des domaines que la province considérait de compétence exclusivement provinciale et non assorti d'un droit qui permettrait aux provinces de se retirer inconditionnellement des nouveaux programmes lancés par le fédéral⁽¹²⁾. L'année où l'entente a été signée, le ministre fédéral de la Santé Allan Rock et le gouvernement du Canada ont dit vouloir faire avancer le dossier des TRG et ont tenu des réunions avec les groupes intéressés⁽¹³⁾. Même si le communiqué de la Conférence des ministres de la santé de septembre 1999 ne faisait

(11) *Ibid.*

(12) Jack Stilborn, *Les relations intergouvernementales – questions relatives à l'Union sociale* (PRB 99-37F), Ottawa, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, décembre 1999.

(13) Santé Canada, *Techniques de reproduction et de génétique, Aperçu*, Ottawa, 1999 (<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/procreation/rgt/apercu.htm>).

aucune mention de discussions ni de mesures sur cette question, les TRG auraient figuré à l'ordre du jour⁽¹⁴⁾.

B. Aperçu d'une loi plus vaste

Un document de Santé Canada produit avec les conseils du Comité consultatif du sous-ministre et intitulé *Techniques de reproduction et de génétique, aperçu* prônait une loi dont la portée dépassait les simples interdictions de 1996. Il insistait sur le fait que les mesures de santé examinées exigeaient des normes et une coordination pancanadiennes et que toute mesure fédérale planifiée devait s'appuyer sur le pouvoir fédéral en matière de droit criminel, mais notait que la loi proposée touchait aux normes cliniques et au fonctionnement des services de santé, domaines de compétence provinciale. Étant donné les liens possibles avec les activités provinciales et territoriales et conformément à l'entente-cadre l'Union sociale, des discussions auxquelles prenaient part des sous-ministres, des sous-ministre adjoints et d'autres fonctionnaires fédéraux, provinciaux et territoriaux ont commencé.

C. Ententes d'équivalence

Les ententes d'équivalence avec les provinces constituaient une voie privilégiée. Santé Canada soulignait la nécessité d'une action législative souple, utilisant au mieux les capacités existantes des provinces et des territoires, comme les associations professionnelles et les organismes d'agrément, et offrant aux provinces et territoires le choix d'exercer un rôle réglementaire par le truchement d'ententes d'équivalence⁽¹⁵⁾. Ces ententes devaient permettre à une province ou à un territoire « d'adopter des normes équivalentes à la loi fédérale concernant toute activité contrôlée, la confidentialité et la communication de l'information sur la santé liée aux activités contrôlées ainsi que l'application de la loi et les enquêtes »⁽¹⁶⁾. Ainsi, quand les deux gouvernements conviennent qu'une province dispose d'une loi équivalente, le fédéral suspend l'application de sa loi aux activités contrôlées régies par la province. Outre les ententes d'équivalence, Santé Canada soulignait dans le rapport la nécessité de tenir compte des intérêts

(14) Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Les ministres de la santé F/P/T agissent sur des questions clés de santé*, communiqué, Conférence annuelle des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard), 16 septembre 1999.

(15) Santé Canada (*Techniques...*, 1999), section 2.3.

(16) *Ibid.*, section 5.2.3.

provinciaux et territoriaux par l'inclusion de toute norme pertinente et par des ententes sur l'application de la loi.

D. Consensus sur la santé sexuelle et génésique

En 1999, des progrès moins controversés ont eu lieu pour l'établissement d'un cadre stratégique pour la santé sexuelle et génésique basé sur une contribution du fédéral, des provinces, des territoires et d'organisations non gouvernementales (ONG)⁽¹⁷⁾. Ce cadre était une tentative de réponse à la Commission, qui réclamait une approche cohérente et coordonnée en matière de promotion de la santé sexuelle et génésique et de prévention de l'infertilité. Un rapport résultant de consultations tenues en 1999 a constitué la base de l'information et de la communication publiques et le point de départ de politiques et de programmes communs de prévention de l'infertilité. Santé Canada avait déjà collaboré avec les autres ordres de gouvernement à l'élaboration de directives en matière d'éducation sur la santé sexuelle⁽¹⁸⁾. La Commission a vu dans de telles directives une étape cruciale pour la prévention de l'infertilité causée par les maladies transmises sexuellement et a cherché à obtenir une approbation plus active et une évaluation permanente⁽¹⁹⁾.

La Commission royale a également insisté sur la nécessité d'une approche cohérente et complète pour d'autres facteurs susceptibles de compromettre la fertilité, par exemple dans l'environnement et le milieu de travail. Malgré des efforts au sein de la bureaucratie, la question n'a jamais été portée à l'ordre du jour des rencontres fédérales-provinciales-territoriales. La première série de discussions sur le cadre stratégique avec les fonctionnaires provinciaux et les ONG a pris fin en 1996, mais des consultations nationales supplémentaires n'ont pas permis d'aboutir à un consensus sur des principes directeurs avant 1999. En 2002, l'orientation d'une stratégie nationale active n'était pas encore établie⁽²⁰⁾.

(17) Santé Canada, *Compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en santé sexuelle et génésique*, Ottawa, 1999 (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/hss/pubs/rapport/text_only.html).

(18) Comité consultatif interdisciplinaire d'experts sur les maladies transmises sexuellement chez les enfants et les jeunes, *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*, Santé Canada, Ottawa, 1994 (<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-bgsps/publicat/cgshe-idnemss/>).

(19) Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, *Un virage à prendre en douceur : Rapport final*, p. 218.

(20) Santé Canada, *Nouvelles techniques de reproduction et de génétique : Établir les limites, favoriser la santé*; voir également le site de la Fédération pour le planning des naissances du Canada sur la stratégie nationale pour la santé sexuelle et génésique (<http://www.pffc.ca/issues/action.htm>).

E. Document de travail pour une loi sur les techniques de reproduction

Pour faciliter davantage la tenue de larges consultations sur les techniques de reproduction avec les provinces et les territoires et pour ouvrir la démarche aux autres intervenants, Santé Canada a produit, en février 2000, un document de travail sur les enjeux soulevés par la loi éventuelle⁽²¹⁾. Encore une fois, on insistait sur la souplesse et la nécessité de respecter le désir des provinces et des territoires de pouvoir se retirer du régime réglementaire au moyen d'ententes d'équivalence. Le document de travail comportait des questions précises pour les provinces et les territoires (Considérez-vous la possibilité de conclure une entente d'application avec le gouvernement fédéral? À quel point voulez-vous une entente d'équivalence, maintenant ou plus tard? Avez-vous réglementé l'un ou l'autre des domaines proposés? Votre travail pourrait-il servir de modèle pour l'élaboration d'un règlement?). Santé Canada admettait qu'il fallait consulter les autres ordres de gouvernement et faire fond sur les mesures provinciales existantes, mais défendait également le leadership du fédéral en matière de politique publique : la portée et le rythme du progrès des sciences et de la pratique médicale tendaient de plus en plus à dépasser ceux des travaux des assemblées législatives provinciales.

F. Réaction provinciale à l'approche fédérale proposée

Le document *Discussion et commentaires écrits sur la législation fédérale proposée*, préparé quelques mois plus tard à titre de suivi, indiquait que les provinces craignaient un empiétement du fédéral sur leurs champs de compétence⁽²²⁾. En février et mars 2000, des fonctionnaires de Santé Canada ont rencontré leurs homologues provinciaux et territoriaux pour mieux comprendre le point de vue des provinces, des territoires et des autres intervenants sur l'approche des TRG proposée par le fédéral. Les provinces ont reconnu la nécessité du leadership fédéral. Cependant, si certaines considéraient que le fait de proposer des interdictions pouvait bien ressortir au fédéral, elles jugeaient que la prise de règlements était du ressort des provinces. Les fonctionnaires québécois notamment ont affirmé clairement qu'un règlement fédéral sur les TRG ne pourrait pas se justifier. Ils ont souligné que le Québec avait déjà pris des

(21) Santé Canada, *Document de travail pour fins de discussion seulement – Enjeux et questions connexes*, Ottawa, février 2000
(http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/procreation/trg/document_travail.htm).

(22) Santé Canada, *Discussion et commentaires écrits sur la législation fédérale proposée en matière de TRG*, Ottawa, juin 2000
(http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/procreation/trg/feedback_report.htm).

mesures dans ce domaine, notamment en modifiant *Code civil* et en prenant des règlements. Cependant, ils ont convenu que les TRG échappent à toute frontière et que les normes et règlements du Québec devaient être compatibles avec ceux qui étaient élaborés par les autres provinces et territoires et sur la scène internationale⁽²³⁾.

Même si la nécessité d'une collaboration intergouvernementale pour l'harmonisation des normes et des règlements était le sujet qui prêtait le moins à controverse, cette nécessité n'était pas sans susciter une certaine inquiétude, en particulier dans les provinces qui adoptaient ou qui avaient adopté des lois et des règlements sur la question. Les provinces craignaient l'incidence possible d'une loi fédérale sur leur système de santé et sur leurs lois (p. ex. concernant les renseignements personnels ou le don de tissus humains) et politiques (p. ex. leurs directives en matière de recherche) existantes⁽²⁴⁾. Certaines provinces et certains territoires ont demandé plus de temps pour jauger cette incidence et un préavis suffisant pour se préparer aux consultations sur la loi proposée. Ils ont insisté sur la nécessité d'établir une distinction claire entre le rôle des provinces et des territoires et celui du fédéral, particulièrement au sujet des procédures, de la recherche, des thérapies, des interventions transgéniques et des transactions concernant les TRG. Les provinces et les territoires ont proposé de distinguer la réglementation de la recherche et de la sécurité (domaine fédéral) de la réglementation de la prestation des services (responsabilité provinciale)⁽²⁵⁾.

AGIR À L'ÉCHELLE DU PAYS (2001-2003)

A. Un avant-projet de loi devant le Parlement

Après avoir sondé les autres gouvernements et conscient du risque de controverse entourant divers éléments de la réglementation des techniques de reproduction, le gouvernement fédéral a soumis le dossier à l'examen du Parlement. Un document axé sur la recherche d'un consensus national et intitulé *Propositions relatives au projet de loi régissant l'assistance à la procréation* (essentiellement un avant-projet de loi) a été déposé au Parlement en mai 2001 pour examen par le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Allan Rock,

(23) *Ibid.*

(24) *Ibid.*

(25) *Ibid.*

ministre de la Santé, a alors indiqué que le fédéral était disposé à se plier à la démarche exhaustive réclamée par la Commission royale⁽²⁶⁾. Pour calmer les inquiétudes des provinces, l'avant-projet de loi comportait plusieurs mécanismes visant à accroître la coordination et l'harmonisation entre les gouvernements. Ainsi, il permettait à l'organisme responsable de passer des ententes d'application avec les provinces. Il décrivait également d'éventuelles ententes d'équivalence qui, sous réserve de certaines conditions, permettraient aux dispositions provinciales de remplacer des éléments particuliers de la loi fédérale. En outre, il précisait que les provinces et territoires participeraient à la rédaction de tout règlement. Comme beaucoup de domaines visés concernaient les pratiques médicales, l'avant-projet de loi prévoyait qu'une province désireuse d'adopter une loi visant ces activités contrôlées pourrait le faire.

Les techniques de génétique, à l'exception de celles qui devaient être interdites par la loi, étaient encore une fois largement absentes du débat sur l'avant-projet de loi, qui visait alors la procréation assistée. Avant la réunion fédérale-provinciale-territoriale de septembre 2001 des ministres de la Santé sur les tests génétiques dans le cadre plus général du système de soins de santé, Santé Canada a commandé une série d'analyses des tendances actuelles en matière de testing génétique pour les maladies dont l'apparition est tardive. Le document sur les questions de compétence rappelait la nécessité d'adopter des cadres réglementaires rigoureux pour normaliser les exigences relatives à la formation du personnel, aux laboratoires, au contrôle de qualité et à l'innocuité des produits⁽²⁷⁾. Les ministres de la Santé ont réclamé une évaluation continue des tests génétiques, de leur rôle dans le système de santé publique et des questions de brevet et de propriété. Ils ont demandé à leurs sous-ministres de collaborer à un plan de gestion des conséquences à court et à long terme pour le système de santé. Cependant, ils n'ont pas demandé l'adoption immédiate d'une approche réglementaire commune⁽²⁸⁾.

(26) Santé Canada, *Le ministre Rock amorce l'examen de l'avant-projet de loi sur l'assistance à la reproduction qui interdira le clonage et réglera la recherche connexe*, communiqué, Ottawa, 3 mai 2001, avec documents connexes

(http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2001/2001_44f.htm).

(27) Christine Jamieson, *Genetic Testing for Late Onset Diseases: In-depth Thematic Analysis of Policy and Jurisdictional Issues*, Health Policy Working Paper Series, septembre 2001, p. 18.

(28) Santé Canada, *Les ministres de la santé vont de l'avant dans l'amélioration des soins de santé au Canada*, communiqué, réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, septembre 2001 (http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2001/2001_103f.html).

B. Le Comité permanent de la santé

L'étude menée par le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a fait ressortir l'appui accordé à une approche réglementaire pancanadienne, mais aussi les questions qui se posaient sur le fonctionnement des ententes d'équivalence. En plus d'examiner l'avant-projet de loi, le Comité donnait son avis sur un éventuel organisme chargé d'assurer la mise en œuvre de la loi et de suivre l'évolution de la situation. En déposant son rapport en décembre 2001, le Comité demandait qu'une loi exhaustive soit présentée sans tarder⁽²⁹⁾.

Au sujet des ententes d'équivalence, les témoins ont dit au Comité craindre qu'elles nuisent à l'adoption d'un régime réglementaire fort d'envergure nationale pour la procréation assistée. Même si le Comité exprimait des réserves sérieuses sur ces ententes, ses membres ont néanmoins jugé qu'elles pourraient être un outil essentiel au progrès du fédéralisme coopératif. Cependant, il réclamait plusieurs protections : responsabilité du ministre fédéral de la Santé, consultation publique, possibilité pour les parlementaires de faire des recommandations, publication des ententes, etc. Les membres dissidents réclamaient une conférence fédérale-provinciale-territoriale consacrée exclusivement à la question des techniques de reproduction et craignaient un empiètement fédéral sur les responsabilités provinciales en matière de santé et de programmes sociaux.

C. La persistance des inquiétudes concernant une loi exhaustive (projet de loi C-56, devenu C-13)

Quand le projet de loi exhaustif a enfin été déposé le 9 mai 2002, le fédéral a offert d'autres assurances de collaboration intergouvernementale. Parlant du projet de loi C-56 : Loi concernant la procréation assistée, la ministre de la Santé Anne McLellan a rappelé que le règlement serait rédigé par Santé Canada en consultation avec les provinces et les territoires⁽³⁰⁾. Le projet de loi comprenait bon nombre des recommandations du Comité au sujet des ententes d'équivalence. Il créait un organisme de réglementation indépendant, comme le demandait le

(29) Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Assistance à la procréation : Bâtir la famille*, Ottawa, décembre 2001
(<http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/1/HEAL/Studies/Reports/healrp01/08-rap-f.htm>).

(30) Santé Canada, *Le gouvernement dépose un projet de loi sur la procréation assistée comprenant la création d'une agence de réglementation*, communiqué
(http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2002/2002_34.htm).

Comité, mais ajoutait des dispositions permettant à un observateur du fédéral et un observateur des provinces de suivre les questions d'intérêt commun aux réunions du conseil d'administration de l'agence. Cependant, le projet de loi passait sous silence la demande d'une consultation publique et parlementaire plus large et de rapports faite par le Comité.

À la deuxième lecture à la Chambre des communes, la recherche sur les cellules souches embryonnaires a mobilisé presque toute l'attention, mais on s'est inquiété également des relations fédérales-provinciales⁽³¹⁾. Des députés ont suggéré qu'un représentant provincial siège au conseil d'administration avec droit de vote, que les provinces puissent exercer un contrôle plus rigoureux sur les pratiques et la recherche en vertu des ententes d'équivalence, que le gouvernement fédéral fasse relever les techniques de reproduction d'organismes publics provinciaux sans but lucratif et que les provinces participent à la rédaction et à l'application de règlements. En octobre 2002, le Bloc Québécois a proposé de scinder le projet de loi (devenu C-13) pour éviter les empiètements fédéraux⁽³²⁾. La criminalisation de certaines pratiques, comme le clonage humain, devait être dissociée des pratiques cliniques relevant du pouvoir des provinces. Le communiqué du Bloc Québécois mentionne qu'il existe une dizaine de lois, règlements et lignes directrices parallèles au Québec et indique que la création d'un organisme de réglementation fédérale ne tient pas compte du savoir et de l'expérience acquis par la province. En décembre 2002, le Comité permanent de la santé a effectué l'examen article par article du projet de loi C-13, sans modifier les articles qui touchent aux rapports intergouvernementaux. Le Sénat aura l'occasion d'examiner le projet de loi au début de 2003.

ÉVALUATION DES CONSULTATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

Selon la Commission royale, les techniques de reproduction touchent à des aspects de la santé qui sont d'envergure nationale, et les ministres fédéraux de la Santé qui se sont succédé lui ont donné raison. Par conséquent, les consultations intergouvernementales ont joué un rôle essentiel pour faire avancer le dossier et ont permis d'atteindre divers objectifs. En

(31) Chambre des communes, *Hansard*, n° 188, 21 mai 2002 – Rob Merrifield (Yellowhead, Alliance canadienne), Réal Ménard (Hochelaga-Maisonneuve, BQ) et Judy Wasylcia-Leis (Winnipeg Nord-Centre, NPD) ont été les principaux interlocuteurs sur les questions fédérales-provinciales.

(32) Le Bloc Québécois, *Le Bloc Québécois propose de scinder le projet de loi sur la reproduction assistée pour éviter les empiètements fédéraux*, communiqué, 17 octobre 2002 (http://209.104.82.226/archivage/com_Ménard_projet_de_loi_C-56.pdf).

plus d'être motivées par l'interdépendance évidente des gouvernements et la nécessité d'une certaine coordination, les consultations ont aiguïté la sensibilité des parties aux diverses activités découlant de leurs compétences respectives et contribué à tenir toutes les parties informées dans la même mesure. En faisant ressortir les domaines qui posent des problèmes de compétence, elles ont aidé les gouvernements à convenir de ceux où l'harmonisation pourrait obvier à l'existence de mesures disparates. Elles ont également servi de tribune où mettre en avant des demandes de fonds neufs dans les champs de compétence partagée.

L'aperçu qui précède a mis en lumière plusieurs questions qui se prêtent à des consultations intergouvernementales sur la santé en général et sur les techniques de reproduction en particulier. Les paragraphes qui suivent traitent de l'importance des ententes d'équivalence, de la forme que peuvent prendre les comités et leurs activités, des compétences respectives des divers ordres de gouvernement et de la transparence des processus intergouvernementaux. Les parlementaires pourront y voir diverses façons d'intervenir pour influencer sur les résultats.

A. Établissement des ententes d'équivalence

Les discussions sur les ententes d'équivalence ont commencé vers le milieu des années 1990 et le projet de loi sur la procréation assistée comporte des dispositions à ce sujet. À l'heure actuelle, ce genre d'entente est peu répandu. La *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* est le meilleur exemple de mesure législative qui en comporte, mais le Commissaire à l'environnement et au développement durable signale dans son rapport de 1999 qu'une seule a été négociée à ce jour – concernant le règlement fédéral et le règlement albertain sur le contrôle des substances toxiques – et que son effet n'a pas été évalué⁽³³⁾. Depuis 1997, la *Loi sur le tabac* permet au ministre de la Santé de passer des ententes d'équivalence avec les provinces, mais aucune n'avait encore été signée en 2002.

La mise en œuvre et l'efficacité des ententes d'équivalence posent de multiples problèmes : le sens du mot *équivalence* (mesure identique ou mesure donnant les mêmes résultats?); les critères pour la conclusion de telles ententes (quels en sont les objectifs et comment les vérifier?); les ressources et capacités techniques requises (combien d'inspecteurs,

(33) Commissaire à l'environnement et au développement durable, *La rationalisation de la protection de l'environnement au moyen d'ententes fédérales-provinciales*, Ottawa 1999 (<http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/c905cf.html>).

faut-il des systèmes informatisés?); la présence de dispositions pour protéger les dénonciateurs et permettre au public d'appliquer la loi (les gouvernements ont-ils tous des lois à cet égard?)(³⁴).

Le rapport de 1999 du Commissaire à l'environnement et au développement durable signale la nécessité d'une reddition de comptes véritable et d'une communication des résultats aux Canadiens par l'entremise du Parlement : « Les rapports sur les ententes présentés au Parlement doivent, pour montrer la performance obtenue et les leçons apprises, être significatifs, complets, fiables, compréhensibles et présentés en temps opportun. »(³⁵) Les parlementaires abondent dans le même sens : ils demandent que les élus aient la possibilité d'étudier les projets d'ententes et un résumé des commentaires recueillis au cours de consultations publiques. Ils se demandent également si les ententes d'équivalence pourraient nuire au contrôle plus rigoureux que voudrait exercer une province, par exemple en assujettissant la recherche sur les cellules souches embryonnaires ou le remboursement des dépenses des donneurs à des règles plus strictes que le fédéral.

B. Comités consultatifs fédéraux-provinciaux-territoriaux

Les consultations intergouvernementales sur les questions de santé prennent diverses formes, mais une importance particulière est accordée à celles qui ont lieu dans le cadre des travaux de comités consultatifs intergouvernementaux ou de leurs groupes de travail. Une étude des structures et des approches intergouvernementales a isolé trois variables qui influent sur la structure des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux et le sujet qu'ils abordent : la conceptualisation de la question, la présence dominante de professionnels et le jeu politique intergouvernemental(³⁶). Ces variables peuvent avoir influencé le débat sur les techniques de reproduction et contribué à le diffuser. Depuis le milieu des années 1990, la discussion du sujet a été plutôt limitée, aussi bien dans les comités consultatifs que dans les groupes de travail. Pour ainsi dire invisible au sein des structures officielles et des programmes des réunions, la question

(34) Canadian Institute for Environmental Law and Policy, *It's Still About Our Health*, A Submission on the CEPA Review, 1996 (<http://www.cielap.org/infocent/research/health.html>).

(35) Commissaire à l'environnement et au développement durable, 1999, par. 5.79.

(36) Lindsey McKay, *Changing Approaches to Health: The History of a Federal-Provincial-Territorial Advisory Committee*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2001 (<http://www.cprn.com/cprn.html>).

a été façonnée par des fonctionnaires et des groupes d'intérêt plutôt que par un débat politique plus large.

Même si la Commission royale considérait la prévention de l'infertilité et les techniques de génétique comme des questions importantes pour tout le pays, les gouvernements ne semblent pas leur avoir prêté beaucoup d'attention. Avant le rapport présenté par la Commission en 1993, la prévention de l'infertilité était largement liée aux mesures de santé sexuelle et génésique relevant d'un comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé communautaire. Le rapport de la Commission demandait une réponse nationale cohérente et complète en matière de prévention de l'infertilité. Il recommandait également que les techniques de génétique utilisées en procréation assistée, comme le diagnostic prénatal et la modification génétique, fassent l'objet de permis, de contrôles, de collecte de données et d'un règlement général. Après le dépôt du rapport cependant, aucun comité consultatif fédéral-provincial-territorial ne semble s'être vraiment penché sur ces questions, et le projet de loi sur la procréation assistée déposé en 2002 ne les règle pas non plus. Les parlementaires n'ont pas comblé cette lacune par un débat en profondeur sur l'un ou l'autre sujet.

Le manque d'intérêt pour la prévention de l'infertilité au niveau fédéral-provincial-territorial tient peut-être en partie au remplacement du Comité consultatif sur la santé communautaire par le Comité consultatif sur la santé de la population au moment du dépôt du rapport de la Commission, et du changement d'approche qui en est résulté⁽³⁷⁾. Alors que le premier avait étudié un groupe cible précis – les adolescents – sur le plan de la santé génésique et sexuelle, afin d'établir une stratégie nationale de promotion, le second a porté son attention sur les grands déterminants de la santé et des objectifs de santé plus larges pour l'ensemble de la population. La structure du comité, les sujets qu'il semblait falloir étudier et les intérêts sous-jacents ont tous changé, ce qui a fait disparaître un filon possible pour des discussions intergouvernementales. Les étapes subséquentes de l'élaboration d'une stratégie nationale en santé génésique ont eu lieu hors des tribunes intergouvernementales et au sein d'ONG provinciales, à l'intérieur desquelles l'intérêt pour la question est considérable mais les mesures cohérentes et claires d'action, de coordination et de promotion font défaut⁽³⁸⁾.

(37) *Ibid.*

(38) Planned Parenthood and the Pro-Choice Network, *Workshop on the Framework for Sexual and Reproductive Health*, Sydney (C.-B.), 2001
(<http://www.prochoiceactionnetwork-canada.org/workshop-report.html>).

Pour ce qui est des techniques de génétique, Santé Canada semble avoir produit des recherches de fond et dirigé un groupe consultatif d'experts externes sans parallèle fédéral-provincial-territorial⁽³⁹⁾. Même si la Commission royale voyait la génétique comme une question d'intérêt national, la discussion ministérielle de 2001 a indiqué qu'elle touchait avant tout à la prestation de soins, à la pratique clinique et au financement public, autant de domaines généralement considérés comme du ressort des provinces et des groupes professionnels.

C. Respect des compétences

Au cours des consultations sur les techniques de reproduction – et de façon plus générale en matière de santé depuis une dizaine d'années –, les provinces ont fait preuve de beaucoup de prudence avant d'accepter une approche pancanadienne. Le fédéralisme et les consultations intergouvernementales peuvent bien, en principe, être fondés sur la collaboration, mais les provinces peuvent décider de prendre part au processus en qualité d'observatrices et de ne pas être parties à son issue. Selon un analyste, les visions partagées, les ententes, les plans d'action, les objectifs, les consultations, les indicateurs de résultats et les rapports sur les progrès accomplis portent souvent une note indiquant que le Québec partage essentiellement les mêmes préoccupations que les autres provinces, mais qu'il n'entend pas adhérer à l'approche fédérale-provinciale-territoriale, et qu'il est donc exclu des analyses ou des positions déclarées⁽⁴⁰⁾.

Le phénomène s'avère aussi pour le projet de loi sur les techniques de reproduction, et pour les ententes de grande envergure, comme celle de l'Union sociale. Même si la consultation de Santé Canada sur les techniques de reproduction essaie de tenir compte des différences provinciales, la mesure législative, qui traite à la fois des actes interdits et des actes contrôlés de la procréation assistée, est vue par les provinces comme une forme d'ingérence. Le gouvernement fédéral peut s'appuyer sur l'assise solide que constitue sa compétence en droit criminel, mais l'aspect réglementaire du projet de loi est vu comme une atteinte au pouvoir

(39) Voir les documents de travail préparés par la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, et les références au travail du Groupe de travail expert sur les tests génétiques de détection des maladies à déclenchement tardif dans le Bulletin de recherche sur les politiques de santé, vol. 1, n° 2 (<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/français/publications/publicindex.html>).

(40) Alain Noël, « Without Quebec: Collaborative Federalism with a Footnote? », *Policy Matters*, vol. 1, n° 2, mars 2001, p. 4.

provincial de réglementer les aspects sociaux et médicaux de l'infertilité et des techniques d'intervention.

Au cours des consultations entre fonctionnaires, le Québec n'était pas la seule province à faire remarquer que la mesure législative était lourde de conséquences pour les lois et les politiques provinciales régissant la confidentialité, l'activité médicale ou la recherche, et à soutenir que la réglementation fédérale devait faire clairement la distinction entre la sécurité et la prestation de services. Au Parlement, les députés du Bloc Québécois ont annoncé qu'ils appuyaient la position du ministre de la Santé du Québec, selon lequel l'aspect réglementaire de la mesure législative va trop loin, empiétant sur le *Code civil*, les pouvoirs ministériels et la pratique professionnelle. Le coût de l'agence de réglementation projetée a été mentionné, mais la question du retrait avec dédommagement fédéral pour établir un programme équivalent avec les mêmes objectifs et la même obligation de rendre compte n'a pas été soulevée en public.

D. Ouverture des délibérations

On a noté que le processus de prise de décisions intergouvernemental devient souvent une foire d'empoigne constitutionnelle au cours de laquelle le problème examiné est relégué au second plan⁽⁴¹⁾. Dans le dossier des techniques de reproduction, le gouvernement fédéral n'a pas cessé d'affirmer publiquement que les provinces et les territoires avaient été consultées régulièrement, mais sans vraiment parler de la nature ou de la portée des délibérations. Les commentateurs ont noté que les consultations fédérales-provinciales-territoriales actuelles sont très politisées, marquées par l'absence de transparence et centralisées, et qu'elles sont dominées par les fonctionnaires plutôt que par les politiciens⁽⁴²⁾.

Les communiqués publiés après les diverses rencontres entre les ministres et les sous-ministres du fédéral, des provinces et des territoires mentionnent peu ou ne mentionnent pas les techniques de reproduction. Les déclarations et les annonces ministérielles indiquent que les ministres de la Santé participaient davantage aux débats sur des questions comme la *Loi canadienne sur la santé* et sur la viabilité du système canadien de soins de santé, que les

(41) D. Angus et M. Bégin, « Governance in Health Care: Dysfunction and Challenges », dans *Governance in the 21st Century*, actes d'un symposium tenu en novembre 1999 sous les auspices de la Société royale du Canada, Ottawa, 2000, p. 182.

(42) Alain Noël, Christopher Dunn *et al.*, « Assessing the Social Union Framework Agreement, Redux », *Policy Options*, vol. 21, mai 2000, p. 42-51.

ministres de la Justice parlaient davantage du crime organisé et des jeunes contrevenants et que les ministres de la Condition féminine considéraient davantage les indicateurs économiques. Au niveau des ministères, la plupart des documents indiquent que des consultations détaillées ont eu lieu entre fonctionnaires – le plus souvent de rang intermédiaire plutôt que supérieur – dans les ministères de la Santé, de la Justice et de la Condition féminine.

On a suggéré que la participation des parlementaires pourrait ouvrir les consultations entre les gouvernements en ménageant des tribunes pour la négociation et le débat partisan qui comprendraient non seulement les conférences intergouvernementales officielles, mais également le Parlement canadien, les enquêtes nationales ou provinciales et d'autres tribunes « ouvertes »⁽⁴³⁾. Plus récemment, on a parlé de cette proposition au sujet d'un besoin de trouver de meilleures façons d'inclure dans le processus la consultation des groupes touchés et d'amener les assemblées législatives à suivre de plus près les enjeux intergouvernementaux et à prendre part au débat sur ces enjeux⁽⁴⁴⁾. À ce jour, le rôle du Parlement fédéral dans l'aspect intergouvernemental de techniques de reproduction a été limité par des facteurs tels que le temps à sa disposition et la disponibilité de témoins compétents. Même si les représentants provinciaux comparaissent rarement comme témoins devant les comités, des partis comme l'Alliance et le Bloc Québécois, qui ont de toute évidence une base plus solide dans certaines provinces, continuent de soulever les questions relatives à la compétence des provinces. Il est peu probable que survienne une amélioration des méthodes de participation parlementaire avant l'adoption du projet de loi sur les techniques de reproduction, mais elle peut être possible, moyennant un effort concerté de la part des parlementaires, avant l'examen triennal prévu par le projet de loi.

(43) Martin Painter, « Intergovernmental Relations in Canada: An Institutional Analysis », *Canadian Journal of Political Science*, vol. 24, n° 2, juin 1991, p. 285.

(44) Richard Simeon, « Recent Trends in Federalism and Intergovernmental Relations in Canada: Lessons for the UK? », *The Round Table*, vol. 354, avril 2000, p. 242.