
Les comités en tant qu'agents de la politique publique : le Comité permanent de la santé

par Bonnie Brown, députée, en collaboration avec Nancy Miller Chenier et Sonya Norris

Bien avant que des expressions comme « le déficit démocratique » et « le renforcement des moyens d'action des députés » ne soient devenues à la mode, le rapport du Comité spécial sur la réforme de la Chambre des communes (rapport McGrath) réclamait déjà, en 1985, un renforcement du rôle des comités de la Chambre en matière d'élaboration des politiques publiques. Il recommandait de faire plus souvent appel aux comités parlementaires pour examiner les avant-projets de loi, pour effectuer des enquêtes générales lorsque la politique n'a pas encore été fermement établie et pour proposer des avant-projets de loi. D'une façon générale, le comité insistait sur le fait que les comités permanents devraient pouvoir davantage influencer les politiques par le biais du processus législatif. À la suite de ce rapport, le Règlement a été modifié pour permettre le renvoi en comité de certains projets de loi avant l'étape de la deuxième lecture, ce qui fut le cas à quelques reprises depuis lors. Ce n'est toutefois que très récemment que le gouvernement alla encore plus loin et, faisant sienne la recommandation du rapport McGrath, il demanda à un comité du Parlement d'examiner un avant-projet de loi avant même son dépôt à la Chambre et d'en faire rapport à celle-ci. Il s'agissait, en l'occurrence, de la question de la procréation humaine médicalement assistée. En 2001, le ministre de la Santé Allan Rock, demanda au Comité permanent de la santé d'étudier ce dossier et de formuler une politique à ce sujet. Le présent article est une réflexion sur l'utilisation de cette formule pour donner aux députés un rôle élargi dans le processus législatif et politique.



Lorsque le Comité de la santé a commencé ses consultations, le domaine de la procréation humaine médicalement assistée avait déjà, depuis plus de 10 ans, fait l'objet de nombreuses activités de la part du gouvernement et de la société. De 1989 à 1993, la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction

(CRNTR) avait étudié toutes les incidences de ce dossier pour la société, l'éthique, la santé, la recherche, le droit et l'économie. Dans un long rapport publié en 1993 sous le titre *Un virage à prendre en douceur*, la Commission formule 293 recommandations. Une des recommandations fondamentales de ce document affirme que le domaine des techniques de procréation appelle immédiatement un cadre législatif fédéral assorti de certaines interdictions, notamment en ce qui concerne la vente d'ovocytes, de sperme, de zygotes ou de tissu fœtal, la publicité, la rétribution ou l'intervention comme intermédiaire pour des contrats de maternité de substitution, et l'utilisation d'embryons pour des recherches reliées au clonage. Le rapport insiste également sur la création d'une commission nationale sur les techniques de reproduction

Bonnie Brown représente depuis 1993 la circonscription électorale d'Oakville à la Chambre des communes. Elle est présidente du Comité permanent de la santé. Nancy Miller Chenier et Sonya Norris travaillent pour la Direction de la recherche parlementaire et sont toutes les deux conseillères auprès du Comité de la santé.

qui contrôlerait l'attribution des permis et suivrait l'évolution des techniques de procréation et leur utilisation.

En 1995, la ministre de la Santé de l'époque, Diane Marleau, annonça un moratoire volontaire concernant certaines pratiques comme le clonage d'embryons humains, les contrats de maternité de substitution, l'achat et la vente d'ovocytes, de sperme et d'embryons, ainsi que d'autres activités qui avaient été jugées contraires à l'éthique et inacceptables pour la société. En 1996, le nouveau ministre de la Santé, David Dingwall, déposa le projet de loi C-47 ayant pour titre *Loi sur les techniques de reproduction humaine et de manipulation génétique*, afin d'imposer des balises à certaines techniques et d'interdire certaines pratiques. Ce projet de loi ajoutait de nouvelles interdictions concernant l'utilisation d'ovocytes, de sperme ou d'embryons sans le consentement donné en toute connaissance de cause par le donneur, ainsi que toute recherche menée sur des embryons humains plus de 14 jours après la conception ou la création d'embryons exclusivement à des fins de recherche. Après avoir été étudié par un sous-comité de la Chambre des communes, ce projet de loi allait mourir au *Feuilleton* lors du déclenchement des élections générales de 1997.

Pendant la même période, mais en coulisse cette fois-ci, les fonctionnaires examinaient également toutes les questions soulevées par la Commission royale. De 1993 à 1996, Santé Canada coordonna un groupe de travail fédéral-provincial-territorial qui avait pour mandat de conseiller les sous-ministres de la Santé. En 1996, les fonctionnaires du ministère de la Santé travaillèrent avec un comité consultatif composé de Canadiens bien au fait de la question qui avait été créé pour vérifier si le moratoire était bien respecté et pour suivre l'évolution des nouvelles techniques de procréation assistée¹. En 1999, Santé Canada publia un aperçu² et, l'année suivante, un document de travail et un compte rendu³.

Dans la foulée de ces initiatives incessantes mais incomplètes destinées à réglementer la procréation humaine médicalement assistée, le ministre Roch fit appel au Comité de la santé de la Chambre des communes et, en mai 2001, il déposa au Parlement un document intitulé *Propositions relatives au projet de loi régissant l'assistance à la procréation*. Cet avant-projet de loi s'accompagnait implicitement de la promesse de présenter un texte de loi selon les constats que le Comité aurait tirés.

Le ministre de la Santé fit savoir que le gouvernement fédéral était prêt à privilégier la formule globale préconisée par la Commission royale⁴. Il avait de bonnes raisons de solliciter l'avis d'un comité au sein duquel toute une palette d'opinions politiques et personnelles variées seraient représentées. Comme il le signalait, « les questions soulevées par la reproduction humaine médicalement assistée ne laissent personne indifférent. Elles sont complexes et elles sont également importantes pour beaucoup de Canadiens ainsi que

pour notre société dans son ensemble. Le gouvernement juge important qu'à ce moment-ci, les Canadiens et leurs représentants élus au Parlement aient la possibilité de discuter de l'avant-projet de loi ».

En acceptant d'étudier ainsi ces propositions de loi, le Comité de la santé souscrivait à un processus considéré comme un des éléments d'une réforme essentielle pour les parlementaires. À ce moment précis, le Comité permanent de la santé allait devenir une tribune pour la consultation publique, un filtre pour la discussion de questions litigieuses et un agent d'élaboration de politique dans un dossier qui avait déjà donné lieu à plus de 10 années de débats.

Le Comité en tant que tribune de consultation publique

Lorsque le ministre de la Santé s'était adressé au Comité permanent de la santé, il voulait un mécanisme public libre pour l'examen d'un avant-projet de loi sur la procréation humaine médicalement assistée, des conseils quant à la forme que pourrait revêtir un organisme réglementaire chargé de contrôler la mise en œuvre de la loi et de suivre l'évolution des choses, ainsi qu'un examen de la structure et des responsabilités des organismes réglementaires ayant un mandat semblable dans d'autres pays. Outre les témoignages, facilement consultables, rendus par les témoins entendus, le Comité formulerait une série de conseils généraux dans son rapport et dans ses recommandations.

Les comités du Parlement jouent un rôle essentiel d'organismes de consultations publiques grâce à leurs enquêtes dans des domaines bien précis.

Les séances publiques sont particulièrement propices à l'interaction du public et à sa participation à l'élaboration des politiques. C'est là où les Canadiens, parfois à titre individuel, mais plus souvent en tant que représentants d'un groupe, peuvent se rencontrer, faire valoir publiquement leur opinion, puis prendre connaissance d'autres opinions et y réagir. Ainsi, les membres du Comité peuvent-ils prendre conscience de certains des choix qui doivent être faits entre les idées qui s'affrontent et de certains des intérêts qui militent pour un choix plutôt qu'un autre. En même temps, les fonctionnaires des ministères et les conseillers des ministres peuvent utiliser ces tribunes publiques pour rester au fait d'un éventuel changement d'orientation du débat.

Au moment où le Comité préparait une série de séances publiques destinées à lui permettre de mieux comprendre les dimensions de la procréation humaine médicalement assistée, ses membres prenaient conscience des sollicitations multiples auxquelles les décideurs politiques font face. Après leur

première rencontre avec le ministre de la Santé, ils ont reçu de fonctionnaires du Ministère une série de renseignements et d'explications lors de trois réunions. Pour subvenir à ses besoins en matière d'information et inciter les groupes intéressés à participer à ses travaux, le Comité tint des réunions avec, notamment, l'ancienne présidente de la Commission royale d'enquête sur les techniques de reproduction et les membres du Comité consultatif de Santé Canada sur le moratoire provisoire visant les techniques de reproduction. Dans un deuxième temps, de petits groupes de témoins vinrent parler au Comité d'une série de questions concernant les techniques et les pratiques médicales, des considérations d'ordre éthique et religieux, les maternités de substitution, les travaux de recherche sur les cellules souches embryonnaires et adultes, les dons anonymes de gamètes et d'embryons, les questions d'exécution et d'inspection, le clonage à des fins thérapeutiques, les banques de données, les registres et la protection de la vie privée, le consentement donné en connaissance de cause, les organismes de réglementation, ainsi que les champs de compétence fédéraux et provinciaux.

Privé de budget de voyage, le Comité invita à Ottawa des représentants des gouvernements provinciaux ainsi que de nombreux directeurs de cliniques spécialisées dans le traitement de l'infertilité. Toutefois, ce souci d'entendre des témoignages ou de recevoir des mémoires de la part du public eut peu de suites de la part des représentants provinciaux, alors que les directeurs de cliniques spécialisées semblèrent, pour leur part, préférer que les diverses associations médicales se chargent de présenter leurs points de vue. Outre les mémoires écrits transmis par des particuliers victimes de problèmes d'infertilité, les préoccupations collectives de cette composante de la population furent représentées par les associations intéressées lors d'un grand nombre de réunion d'experts axées sur des thèmes précis.

Pour savoir ce qui se passait à l'étranger, le Comité demanda au personnel de recherche d'obtenir de l'information et de la documentation au Royaume-Uni, en Australie, en Allemagne, aux États-Unis et dans tout autre pays ayant déjà une expérience pertinente en matière réglementaire. Après l'avoir analysée pour en dégager les structures et les mandats qui pourraient s'appliquer dans le contexte particulier du Canada, toute cette information permit au Comité d'interroger des témoins étrangers par téléconférence.

Les audiences du Comité furent à l'origine d'un grand nombre d'idées et de suggestions nouvelles avancées dans le but de modifier les propositions initiales. Les enfants nés par l'utilisation d'une technique de procréation assistée et d'autres témoins vinrent relater aux membres du Comité les effets négatifs produits par un système dans lequel tout don de sperme, d'ovocytes et d'embryons est fait de façon secrète et anonyme. Un groupes d'experts composé de catholiques, de musulmans, de juifs, de bouddhistes et de chrétiens évangéliques leur permit de découvrir les opinions fort

divergentes des différentes églises au sujet des embryons. Des éthiciens leur firent part des profondes divergences de vue dans le milieu, mais également de l'évolution de celles-ci. Des scientifiques et d'autres spécialistes leur révélèrent les nouvelles découvertes scientifiques et médicales ainsi que la rapidité des progrès effectués dans ce domaine. Les membres du Comité comprirent de façon plus claire le rôle des cliniques spécialisées dans le traitement de l'infertilité et les rapports précis qui existent entre ces cliniques et le monde de la recherche.

Certains témoins vinrent exprimer leur mécontentement à l'endroit des propositions et du processus en dépêchant de multiples représentants afin d'élargir les groupes d'experts et en venant en grand nombre aux réunions les plus importantes. D'autres témoins représentant l'opinion de gens qui avaient déjà eu recours à des techniques de reproduction ou qui voulaient pouvoir le faire sont intervenus directement auprès des membres du Comité pour qu'ils les entendent.

Pendant toutes les audiences, les fonctionnaires du ministère de la Santé étaient toujours prêts à venir témoigner, souvent à bref préavis, afin d'éclairer certains points de politique, de droit ou de science découlant des « propositions de loi ». Ils étaient d'ailleurs souvent présents lors des audiences publiques du Comité, tout comme d'ailleurs les conseillers du ministre. Ils furent d'excellent conseil pour le Comité, tout en informant constamment le ministre de l'orientation que prenait le débat au sein du Comité et en lui faisant part des éléments nouveaux apportés par les témoins.

Étudier la procréation humaine médicalement assistée dans toute sa complexité

Lors des audiences publiques et d'autres rencontres, les membres du Comité entendirent une très large palette de groupes et de particuliers. Ils apprirent ainsi tout ce que ceux-ci attendaient et espéraient d'une loi qui régirait la procréation humaine médicalement assistée. Pour certains, le plus important était le bien-être des enfants ainsi nés, alors que, pour d'autres, il s'agissait de la santé et de la sécurité des femmes subissant ces interventions. Certains souscrivaient aux avantages potentiels des travaux en cours pour la recherche scientifique et médicale, alors que leurs adversaires réclamaient l'arrêt immédiat de toute recherche dans ce domaine.

Dans le monde de la recherche scientifique, un grand nombre de témoins exprimèrent le désir de pouvoir poursuivre des travaux de recherche sur les cellules souches embryonnaires. Même si ce genre de recherche se poursuit dans des domaines comme l'infertilité, les fausses couches et les maladies congénitales, les chercheurs ont exprimé le sentiment que leur liberté de recherche sur les cellules souches embryonnaires était entravée. Les milieux scientifiques sont conscients de la controverse qui entoure ce genre de recherche

et, dans l'attente d'une loi, ils se sont déclarés favorables à un arrêt des travaux de recherche sur les cellules souches embryonnaires tant qu'une loi ne serait pas adoptée. Cette position a reçu l'appui des Instituts de recherche en santé du Canada et de différentes associations représentant les malades pour qui la recherche sur les cellules souches embryonnaires, qu'ils espèrent voir entreprise bientôt, est le meilleur espoir de trouver un remède. Dans l'ensemble, le milieu de la recherche scientifique a souscrit au texte de loi, y compris aux limites imposées aux chercheurs.

Nombre de personnes appartenant à la communauté des victimes de l'infertilité et des cliniques spécialisées dans le traitement de celle-ci ont, pour leur part, laissé entendre qu'elles avaient continué à militer librement pour leurs objectifs depuis le dépôt du rapport de la Commission royale. Diverses activités commerciales faisant intervenir des méthodes de procréation assistée ont pris naissance et se sont développées. Des couples stériles ont réussi à fonder une famille grâce aux services monnayés par des médecins, des avocats et d'autres intervenants. Même si ces intéressés ont prétendu se réjouir de voir ce domaine réglementé, ils se sont toutefois déclarés pour l'essentiel en désaccord avec les éléments du projet de loi qui limitent leurs activités. Dans certains cas, les victimes de stérilité et d'autres parties intéressées ont eu recours à des pratiques contraires au moratoire. Ainsi y a-t-il eu certains cas de donneurs de sperme et d'ovocytes et de mères porteuses qui ont été rétribués.

À partir de toute cette palette d'opinions variées, les membres du Comité de la santé ont tenté de cerner la voie qui pourrait recevoir la faveur d'une large couche de la population n'ayant aucun intérêt impérieux, personnel ou autre, envers la question qui fait l'objet du projet de loi.

D'autres particuliers et d'autres groupes se sont déclarés catégoriquement opposés à l'utilisation d'embryons humains pour la recherche et ont souscrit aux restrictions imposées aux activités commerciales qui ont cours dans le monde du traitement de l'infertilité. Un grand nombre d'intervenants se sont déclarés tout à fait en faveur des dispositions qui interdisaient toute rétribution pour un donneur ou une mère porteuse. Des intervenants qui devaient eux-mêmes la vie à l'utilisation de l'une ou l'autre technique de reproduction ont condamné le caractère anonyme des dons de sperme et d'ovocytes. Certains témoins ont critiqué l'insuffisance des sanctions prévues par le *Code criminel* en matière de procréation.

Pour plus d'uniformité, les membres du Comité ont élaboré une série de principes qu'ils ont utilisés pour évaluer chaque option. Arriver à trouver un consensus pour toute la gamme des questions (éthique, science, santé, économie, droit, politique) s'est révélé extrêmement difficile, mais, au bout du compte, le rapport a été le reflet du processus collectif auquel ils se sont livrés pour clarifier les multiples facettes d'une politique publique sujette à de multiples problèmes et formuler de nouvelles options.

Le Comité en tant qu'agent de la politique publique

Au sens le plus large du terme, la politique est ce que l'État choisit de faire ou de ne pas faire, et le Parlement n'intervient pas nécessairement toujours dans ce choix. Dans bien des cas, c'est à d'autres institutions qu'il échoit de déterminer les résultats escomptés et de choisir les mécanismes nécessaires pour les atteindre dans tel ou tel contexte. Or, en 2001, le Comité de la santé a accepté de participer à l'élaboration du cadre de politique globale qui permettrait de prendre les décisions nécessaires au sujet de la procréation humaine médicalement assistée. Ce dossier réclamait une action, et on a demandé au Parlement d'intervenir en examinant de façon critique les idées et les valeurs multiples qui y sont associées.

Même si le Comité avait accepté, à l'invitation du ministre, d'entreprendre ce projet, il a été prompt à faire valoir qu'il ne se sentait nullement limité dans son examen. À mesure que l'étude se déroulait, les membres du Comité ont clairement laissé entendre qu'ils n'acceptaient pas toutes les orientations politiques qui se dégageaient des propositions avancées. Plus important encore, ils ont signalé une discordance entre les différents axes porteurs de l'avant-projet de loi. Ils n'ont pas non plus réussi à dégager un quelconque principe philosophique qui aurait sous-tendu les différentes propositions.

Dans l'ensemble, ils ont souscrit à la liste des activités interdites ainsi qu'aux grands domaines devant faire l'objet d'un contrôle. Ils ont constaté un grand nombre d'éléments de la procréation humaine médicalement assistée qui nécessitaient un contrôle au niveau national. Ils ont été particulièrement heureux de voir que des données seraient compilées, ce qui pourrait servir à évaluer les effets à court et à long termes des médicaments contre l'infertilité et des différents traitements pour la mère et les enfants ainsi nés.

En revanche, les membres du Comité ont également posé des questions aussi nombreuses que variées qui faisaient bien ressortir l'immense complexité du sujet traité dans les propositions avancées. La recherche est-elle une façon convenable d'utiliser des embryons créés à l'origine à des fins de reproduction médicalement assistée mais devenus superflus? L'équivalence interprovinciale est-elle la bonne façon d'encourager les provinces à légiférer de façon uniforme en matière de procréation assistée? Les arrangements

concernant les maternités de substitution sont-elles suffisamment bien balisés? Les donneurs de sperme, d'ovocytes et d'embryons devraient-ils être rétribués? Devraient-ils rester anonymes? L'existence de services conseil objectifs et indépendants permettrait-elle de renforcer les dispositions concernant le consentement en connaissance de cause? Les propositions concernant la procréation assistée devraient-elles relever du ministre ou encore de fonctionnaires dans le cadre d'un organisme de réglementation autonome? La loi devrait-elle faire la différence entre les traitements cliniques et la recherche?

À mesure que l'étude avançait, les membres du Comité ont commencé à voir les différentes composantes des propositions sous un angle plus personnel et ainsi à acquérir un entendement précieux des problèmes sous-jacents. En tant qu'agents de politique, ils ont pu constater l'antagonisme entre les points de vue médicaux, scientifiques, sociaux et éthiques. Ce constat les a ainsi amenés à élaborer des options différentes de celles que le ministère avait présentées dans l'avant-projet de loi.

À l'instar des autres agents de politique publique, les membres du Comité ont tenté de ranger par ordre d'importance les différentes options en s'employant à établir un juste milieu entre les idées souvent contradictoires qui sous-tendaient chaque proposition. Ainsi ont-ils pu cerner certains domaines dans lesquels le ministère de la Santé semblait vouloir prendre l'initiative et d'autres dans lesquels il paraissait préférer l'attentisme ou, à tout le moins, un rôle plus passif.

Conclusions

Au début du processus, les députés faisant partie du Comité ont relevé le défi qui leur était lancé avec enthousiasme. En décembre 2001, lorsqu'ils ont déposé leur rapport intitulé *Assistance à la procréation : Bâtir la famille*, ils avaient le sentiment d'avoir bien fait leur travail. Ils ont montré qu'ils étaient devenus de plus en plus conscients de l'existence de certaines pratiques et de certains problèmes législatifs particuliers. Ils étaient également beaucoup plus conscients de ce que les citoyens et les groupes exigeaient, souvent de façon contradictoire, d'une politique et d'une loi.

En janvier 2002, le ministre de la Santé qui les avait chargés de l'étude, Allan Rock, fut remplacé par Anne McLellan qui, en mai de la même année, déposa un projet de loi aux communes⁵. Tout en étant déçus de voir que des volets essentiels du projet de loi n'avaient pas suivi leurs recommandations, les membres du Comité entreprirent néanmoins d'entendre des témoins et d'étudier le projet de loi article par article. Ce travail était toutefois rendu plus difficile par le fait que la composition du Comité avait changé et que celui-ci comptait désormais des membres qui n'avaient pas eu le bénéfice de pouvoir participer au processus d'examen antérieur et qui n'étaient donc pas là lorsque le consensus s'était établi suite à cet éclairage.

Avant qu'il ne fasse rapport à la Chambre, le Comité réussit néanmoins à modifier le projet de loi pour qu'il reflète davantage les nombreux travaux antérieurs. Ses membres continuèrent d'exprimer leur profond désaccord avec plusieurs dispositions législatives. Par exemple, ils prônèrent un contrôle accru de la maternité de substitution et l'obligation de suivre des séances de counselling professionnel indépendant avant le recours à l'une ou l'autre des techniques de procréation assistée. Après avoir examiné la forme et la composition de l'organisme de réglementation et ses rapports avec le ministre de la Santé et le Parlement, les membres ont réclamé des protections contre les conflits d'intérêts et au moins 50 p. 100 de femmes au sein du conseil de cet organisme.

Pendant le débat à la Chambre des communes, les membres du Comité ont continué à essayer de modifier le projet de loi et, pendant l'étape du rapport, entre janvier et mars 2003, 17 nouveaux amendements furent apportés au texte, 10 émanant du gouvernement et sept des députés ministériels. Par contre, ces amendements ne reflétaient pas tous le raisonnement à l'origine du rapport du Comité. Deux des amendements du gouvernement allaient même à contre-pied de certains changements apportés par le Comité pendant l'examen article par article, en l'occurrence l'obligation, pour le conseil de l'organisme de réglementation, d'être composé pour moitié de femmes et les dispositions destinées à empêcher les conflits d'intérêt.

Du point de vue de la réforme parlementaire, l'expérience de ce comité appelle plusieurs constats fondamentaux. Il importe de signaler que ce comité, dont les membres étaient issus de cinq partis politiques différents et représentaient des milieux professionnels et des situations personnelles très variées, a fait la preuve qu'il pouvait et qu'il voulait travailler de façon collégiale et souvent consensuelle dans un dossier fort difficile.

En suivant un processus qui leur était alors tout nouveau, les membres du Comité ont étudié de façon très ouverte et compréhensive une vaste palette d'options de politique, qui allaient devenir des options législatives, fort disparates. Ils ont examiné minutieusement la nature de différents compromis qu'il fallait accepter pour arriver à une décision finale dans chacun des cas. Pendant leurs audiences avec les représentants du public et ceux du Ministère, ils ont enrichi leurs propres connaissances, mais également celles du public pendant leurs discussions. Après les audiences publiques, ils ont consacré énormément de temps à la composition de leur rapport. Ils ont déployé des efforts considérables pour régler leurs différends grâce à la discussion, mais aussi à des compromis dans le texte même du rapport.

En entreprenant d'étudier publiquement un avant-projet de loi, le Comité de la santé a prouvé l'utilité qu'il y a de faire participer des parlementaires bien informés à l'examen d'une politique. Ce processus leur a permis de se livrer à un sérieux apprentissage dans un dossier à la fois complexe et controversé et, par contre-coup, il a rendu possible un dialogue franc et

accessible entre le grand public, les représentants d'intérêts particuliers, les fonctionnaires du Ministère et les parlementaires eux-mêmes, un dialogue qui a produit, au bout du compte, un texte de loi amélioré.

Alors que beaucoup parlent avec insouciance de réforme parlementaire et de renforcement des moyens d'action des députés, l'étude de la procréation médicalement assistée démontre qu'il y a loin de la coupe aux lèvres. Pour qu'il y ait réussite dans ce domaine, les ministres et leurs fonctionnaires doivent s'engager vraiment à partager leur pouvoir de prise de décision.

Une fois lancée une initiative de partage des pouvoirs, il importe qu'un ministre demeure à son poste jusqu'à la fin du projet. Si un nouveau ministre est nommé, il devrait respecter l'engagement de son prédécesseur en la matière. Quand le pouvoir est partagé avec un comité permanent, la composition de ce dernier devrait rester inchangée jusqu'à la conclusion des travaux.

Le gouvernement bénéficie du fait qu'un groupe de députés représentant tous les partis politiques et toutes les régions du pays a le temps de dégager un consensus. Quand celui-ci est reflété dans la législation qui s'ensuit, il est plus probable que les Canadiens puissent appuyer le texte de loi et qu'ils le fassent réellement.

Notes

1. Santé Canada, *Communiqué de presse*, « Projet de politique nationale globale sur la gestion des nouvelles techniques de reproduction et de manipulation génétique », 14 juin 1996.
2. Santé Canada, *Document pour fins de discussions seulement – enjeux et questions connexes*, Ottawa, février 2000.
3. Santé Canada, *Compte-rendu – Discussions et commentaires écrits sur la législation fédérale proposée en matière de TRG*, Ottawa, juin 2000.
4. Santé Canada, *Communiqué de presse*, Ottawa, 3 mai 2001.
5. Le projet de loi C-56, *Loi concernant la procréation assistée*, fut déposé en mai 2002 puis représenté en l'état sous le numéro C-13 en septembre 2002, après la prorogation.

Note de la rédaction : Lors de la rédaction du présent article, avant que les travaux de la Chambre reprennent en septembre 2003, le projet de loi était en attente de la troisième lecture.