



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 041 • 3^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 30 novembre 2010

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le mardi 30 novembre 2010

•(1100)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Bonjour à tous. Bienvenue au Comité permanent de la santé. Nous sommes très contents de vous accueillir aujourd'hui. Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, nous réalisons une étude sur la prévention des blessures au Canada.

Chaque organisme fera un exposé de 10 minutes.

Nous commencerons par Jane Billings.

En premier lieu, permettez-moi de présenter les témoins. De l'Agence de la santé publique du Canada, nous accueillons Sylvain Segard, directeur général du Centre pour la promotion de la santé, et Jane Billings, sous-ministre adjointe principale de la Direction générale de la planification et intégration de la santé publique.

Du ministère de la Santé, nous accueillons Athana Mentzelopoulos, directrice générale de la Direction de la sécurité des produits de consommation, et Denis Roy, agent de projet à la Division des instruments médicaux, gestion des risques et génie mécanique de la Direction de la sécurité des produits de consommation.

De SécuriJeunes Canada, nous accueillons Pamela Fuselli, directrice générale.

Bienvenue à tous.

Nous commencerons par Jane Billings, sous-ministre adjointe principale.

Mme Jane Billings (sous-ministre adjointe principale, Direction générale de la planification et intégration de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada): Bonjour. Merci, madame la présidente.

[Français]

Je remercie le comité de m'avoir donné l'occasion de prendre la parole et de prendre bonne note de l'important examen de la prévention des blessures.

Le travail que fait le comité constitue une étape essentielle à l'amélioration de notre capacité à réduire les taux de blessures et à l'amélioration de la santé de notre population.

[Traduction]

Je donnerai un aperçu de l'importance des blessures au Canada, je dresserai un portrait des principales parties concernées et je décrirai la contribution de l'Agence de la santé publique du Canada aux efforts de réduction des blessures au Canada.

La blessure a été définie comme une lésion corporelle résultant d'un transfert d'énergie qui ne peut être absorbé sans dommage par le corps humain. C'est une définition plutôt inutile, si je peux me permettre. Je pense que nous savons tous de quoi il est question ici. Les blessures peuvent être intentionnelles ou non intentionnelles.

Les blessures non intentionnelles surviennent, par exemple, lors d'une collision entre véhicules automobiles, d'une chute, d'une noyade ou d'un empoisonnement. Les blessures intentionnelles sont causées par la violence, comme la violence à l'égard des enfants et des femmes, et comprennent les blessures qu'on s'inflige soi-même, et qui entraînent parfois un suicide.

Les Canadiens se blessent n'importe où, que ce soit à la maison, à l'aréna ou au travail. Beaucoup de ces blessures sont évitables. Les blessures sont un important problème de santé au Canada. Elles sont la principale cause de décès chez les Canadiens de 1 à 44 ans, si on additionne les blessures intentionnelles et non intentionnelles. Pour chaque décès, on compte 16 admissions à l'hôpital, et un trop grand nombre des blessures entraînent des handicaps comme la cécité, des traumatismes à la colonne vertébrale et des déficits intellectuels causés par un traumatisme crânien. Les blessures non intentionnelles forment la majorité de ces blessures.

•(1105)

[Français]

Les collisions en véhicule motorisé sont la cause première des décès par blessures pour la majorité des groupes d'âge. Toutefois, pour les adolescents plus âgés et les jeunes, le suicide arrive en tête de liste. La violence familiale et entre personnes s'avère également préoccupante. Les chutes, quant à elles, sont les grandes responsables des blessures non mortelles et touchent particulièrement les aînés canadiens.

[Traduction]

Outre la souffrance humaine, les blessures représentent un lourd fardeau financier. Selon une étude récente de Sauve-Qui-Pense fondée sur des données de 2004, le fardeau financier associé aux blessures non intentionnelles au Canada, tous âges confondus, s'élève à 19,8 milliards de dollars par année, soit 10,7 milliards en coûts directs pour les soins de santé et 9,1 milliards en coûts indirects, notamment pour la perte de productivité causée par les handicaps et les décès prématurés.

Les blessures influent sur la prestation des soins de santé de diverses autres manières. Elles aggravent l'engorgement des urgences dans les hôpitaux. Les opérations urgentes pour les traumatismes graves prolongent les temps d'attente pour les interventions non urgentes. Les blessures entraînant une invalidité à long terme ont une incidence sur la participation de la main-d'œuvre et la productivité en général.

J'aimerais aller au-delà de ces statistiques pour discuter avec vous des personnes le plus à risque. Chez les nourrissons de moins de un an, la suffocation est la cause de décès par blessure la plus fréquente. Les blessures de nature diverse demeurent la principale cause de décès chez les enfants, les adolescents, les jeunes et les adultes jusqu'à 44 ans. En 2005, 3 enfants canadiens par jour sont morts d'une blessure, pour un total de plus de 1 081 décès, et plus de 34 000 enfants ont été admis à l'hôpital.

Les collisions entre véhicules automobiles, les chutes, la noyade et l'empoisonnement sont les causes premières des blessures non intentionnelles chez les enfants et les jeunes. La plupart des blessures subies par les nourrissons et les jeunes enfants surviennent à la maison. Chez les enfants plus vieux et les adolescents, de nombreuses blessures sont liées aux sports et aux activités récréatives. Les blessures en milieu de travail commencent à se produire chez les adolescents et les jeunes adultes lorsqu'ils entrent sur le marché du travail.

[Français]

Pour les adultes plus âgés, les chutes deviennent un risque de plus en plus important. En effet, un tiers des aînés chutent chaque année, et les chutes représentent plus de la moitié de toutes les blessures chez les Canadiens de 65 ans et plus. De nombreux facteurs contribuent à ces chutes: des facteurs biologiques, comme une déficience visuelle et des problèmes d'équilibre, et des facteurs environnementaux, comme la glace et la neige et les dangers à la maison.

[Traduction]

Les données montrent aussi que les Canadiens des collectivités nordiques, les Autochtones et les familles dont la situation socioéconomique est précaire sont plus susceptibles de se blesser. Le taux de blessure non intentionnelle est trois ou quatre fois plus élevé chez les enfants autochtones que chez les autres enfants canadiens. Le suicide chez les jeunes est très répandu dans les collectivités des Premières nations, qui affichent des taux de cinq à sept fois plus élevés comparativement aux jeunes non autochtones. Chez les jeunes Inuits, ce taux est 11 fois plus élevé que la moyenne nationale. Ces statistiques sont particulièrement troublantes compte tenu du fait que plus de la moitié des Autochtones ont moins de 25 ans.

Cependant, les blessures sont évitables, et je suis heureuse d'affirmer que, au cours des dernières décennies, le taux de décès par blessure a chuté, soit de près de 40 p. 100 depuis 1980. Une grande partie de ce déclin spectaculaire s'explique par la réduction du nombre de décès dans des collisions entre véhicules automobiles. C'est une bonne nouvelle. De plus, nous essayons de réduire les autres types de blessures au Canada en mettant en pratique les leçons tirées du succès des efforts déployés en matière de sécurité routière.

[Français]

Dans un rapport de l'UNICEF sur le Canada publié en 2001, le Canada se classait au 18^e rang sur 26 pays de l'OCDE signalant les taux de décès causés par des blessures chez les enfants. Nous devons nous tourner vers les chefs de file de la communauté internationale afin de connaître les pratiques exemplaires qui ont contribué aux faibles taux de blessures qu'ils ont obtenus.

[Traduction]

Nous en savons déjà beaucoup sur de nombreuses interventions qui se sont avérées efficaces et rentables. Par exemple, la réduction de la vitesse de la circulation dans certaines circonstances peut réduire la fréquence des collisions. Le port de la ceinture diminue le risque de blessure lors d'une collision. J'ajouterai deux autres exemples à tirer des États-Unis. Chaque dollar investi dans l'installation et l'entretien des détecteurs de fumée résidentiels permet de faire des économies globales de 65 \$. Chaque dollar dépensé pour les dispositifs de retenue pour enfants et les casques de vélo entraîne une économie de près de 30 \$.

Cela dit, nous devons prévoir les défis auxquels nous serons confrontés dans les prochaines années. Par exemple, les baby-

boomers vieillissent, et les adultes âgés formeront près du quart de la population en 2031. Les coûts directs en soins de santé pour des blessures associées aux chutes au sein de cette population devraient atteindre 4,4 milliards de dollars. C'est plus que le double des 2 milliards qu'ont coûté les chutes en 2004, alors que seulement 13 p. 100 de la population avait plus de 65 ans.

Que fait l'Agence de la santé publique à cet égard?

En premier lieu, nous devons reconnaître que la prévention des blessures n'est pas simplement une question de santé, qu'elle est la responsabilité de nombreuses parties, provenant de divers secteurs au sein de bien des ministères fédéraux et de tous les ordres de gouvernement. Je ne citerai que quelques acteurs fédéraux à l'extérieur du portefeuille de la Santé. Transports Canada joue un rôle clé dans la sécurité routière. Le Conseil national de recherches du Canada établit les normes et les codes de sécurité visant les bâtiments. Le ministère du Travail joue un rôle important dans la sécurité en milieu de travail. Les provinces et les territoires travaillent activement sur de nombreux fronts, et plusieurs gouvernements ont adopté des stratégies de réduction des blessures au cours des dernières années.

De nombreux organismes non gouvernementaux participent à la prévention des blessures. Certains, comme SécuriJeunes Canada, qui est représenté ici aujourd'hui, se consacrent entièrement à la question. D'autres, comme l'Association canadienne de sécurité agricole, se concentrent sur des aspects précis de la prévention des blessures. D'autres encore, comme la Croix-Rouge canadienne et la Société canadienne de pédiatrie, ont intégré la sécurité et la prévention des blessures à leur mandat.

Donc, où se situe l'Agence de la santé publique?

● (1110)

[Français]

Nous nous considérons comme un catalyseur et nous avons recours à une approche à multiples facettes envers la surveillance et la collecte de données, le développement et la diffusion des connaissances, de même que la collaboration et la coordination. J'expliquerai chacun de ces thèmes en détail.

[Traduction]

La surveillance est l'utilisation systématique et continue de données sur la santé recueillies couramment en vue d'éclairer et d'orienter la prise de mesures en matière de santé publique. L'Agence de la santé publique du Canada utilise des données provenant de diverses sources pour dresser un portrait des blessures. De plus, elle recueille des données provenant de deux de ses programmes, soit l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants et le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, un système informatique de saisie et d'analyse des données sur les blessures subies par des personnes (surtout des enfants) traitées dans les services d'urgence de 11 hôpitaux pédiatriques et de 4 hôpitaux généraux au Canada.

L'agence joue le rôle de centre d'expertise relativement à certaines questions et se charge du développement des connaissances de même que de leur diffusion à un vaste public canadien constitué de professionnels, de décideurs et de particuliers. Par exemple, la Division du vieillissement et des aînés offre des conseils et du soutien lors de l'élaboration des politiques, en plus de réaliser et de soutenir des activités d'information visant à réduire la fréquence et la gravité des chutes.

L'Agence soutient le réseau de santé publique et y participe. Je suis certaine que le Dr Butler-Jones vous en a déjà parlé. C'est un réseau mis sur pied par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à la suite de la crise du SRAS, un outil dont peuvent se servir les ordres de gouvernement et les experts pour contribuer à l'amélioration de la santé publique. Le réseau compte un groupe d'experts en contrôle et en prévention des maladies chroniques et des blessures qui déploie d'immenses efforts pour constituer une base de données, soutenir la prévention et renforcer les capacités, et aussi pour la surveillance et l'évaluation.

[Français]

En plus du travail qu'effectuent les organisations fédérales, provinciales et territoriales, l'Agence de la santé publique du Canada joue aussi un rôle dans le rassemblement des intervenants de l'extérieur du gouvernement.

En 2009, par exemple, l'Agence de la santé publique du Canada a coanimé un atelier d'intervenants sur la prévention des blessures, auquel ont assisté 50 dirigeants de premier ordre représentant divers paliers de gouvernement et d'autres secteurs. Cet atelier a permis de produire une série de recommandations sur la façon dont les parties pourraient collaborer aux efforts collectifs.

•(1115)

[Traduction]

Merci.

Nous répondrons à vos questions avec plaisir.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre Athana Mentzelopoulos, du ministère de la Santé.

Mme Athana Mentzelopoulos (directrice générale, Direction de la sécurité des produits de consommation, ministère de la Santé): Je vous remercie, madame la présidente, de me donner l'occasion de prendre la parole aujourd'hui pour parler des aspects liés à la sécurité des produits de consommation de l'Étude des blessures chez les enfants et les jeunes, publiée en 2009 par l'Agence de la santé publique du Canada.

Comme vous l'avez mentionné, je m'appelle Athana Mentzelopoulos. Je suis directrice générale de la Direction de la sécurité des produits de consommation au ministère de la Santé, et je suis accompagnée aujourd'hui de Denis Roy, ingénieur mécanicien, qui travaille à la Division des dangers mécaniques et électriques.

L'Étude des blessures chez les enfants et les jeunes est une publication importante pour le milieu de la sécurité des produits. Elle contribue à sensibiliser la population aux risques que peuvent comporter les produits de consommation et nous aide à faire en sorte que les produits, particulièrement ceux destinés aux enfants, ne présentent aucun danger.

Tout produit présente un danger s'il est utilisé de façon inadéquate. Vous avez sans doute déjà entendu ce truisme sous différentes formes. Par exemple, l'eau est essentielle à la vie, mais la consommation d'une très grande quantité d'eau peut s'avérer mortelle. De même, aucun produit ne peut remplacer un parent ou un fournisseur de soins.

Dans mon domaine, informer les consommateurs de l'usage approprié des produits est une priorité. Par exemple, il est essentiel de suivre les instructions du fabricant. De plus, nous publions régulièrement des rappels sur l'usage sans danger des produits de consommation et sur les pratiques sécuritaires connexes à ces produits. Nous avertissons fréquemment les consommateurs des

risques posés par les produits de consommation, qu'ils surviennent au cours de l'usage normal du produit ou qu'il s'agisse de dangers imprévus ou accidentels.

Dernièrement, nous avons, par exemple, émis des avertissements sur la présence de plomb et, plus récemment, de cadmium dans les bijoux pour enfants. Nous rappelons aussi régulièrement aux Canadiens les pratiques sûres relatives au sommeil des nourrissons, y compris la nécessité de les coucher dans un lit assemblé correctement, sans bordure de protection, oreiller, jouet ni décoration.

Au sein de la Direction de la sécurité des produits de consommation, nous réglementons certains produits et certaines catégories de produits. Lorsque la réglementation ne nous permet pas d'atténuer ou d'éliminer un risque, nous imposons des interdictions. Nous avons notamment utilisé cette solution pour les jouets.

Au Canada, les exigences relatives à la sécurité des jouets sont énoncées dans la Loi sur les produits dangereux et dans ses règlements d'application. Aux termes de cette loi, certains jouets sont interdits et d'autres sont assortis de restrictions. Il existe notamment des exigences sur la taille des pièces des jouets et sur les matériaux de rembourrage ainsi que des limites quant à la présence de plomb et d'autres substances toxiques.

Les fabricants, les importateurs, les distributeurs et les détaillants ont la responsabilité de se conformer à la Loi sur les produits dangereux et aux règlements d'application. Des agents de la sécurité des produits surveillent régulièrement le marché et prennent les mesures d'application qui s'imposent lorsque des jouets ne respectent pas la réglementation en vigueur. De plus, notre laboratoire de la sécurité des produits examine les produits pouvant comporter un risque dans le but d'évaluer la nature et l'importance de ce risque.

Dans le cadre de notre travail en matière de sécurité des produits, nous tenons compte de leur usage normal et prévisible. Nous estimons que les dangers posés par les produits de consommation sont déraisonnables lorsqu'ils surviennent pendant leur usage normal et prévisible, ou qu'ils résultent de celui-ci, et qu'ils peuvent entraîner des blessures ou la mort. Il faut appliquer une norme raisonnable, qui oriente nos travaux.

Comme nombre d'entre vous le savent, Santé Canada a proposé de modifier le cadre législatif régissant la sécurité des produits de consommation. Un comité sénatorial se penche actuellement sur la question.

Comme je l'ai déjà précisé, notre travail est régi par la Loi sur les produits dangereux. Cette loi, adoptée il y a 40 ans, est un cadre législatif qui nous permet seulement de réagir aux risques et aux dangers avérés, au moyen de règlements et d'interdictions.

À partir de cette loi, nous avons élaboré des règlements précis et très normatifs sur les jouets, une interdiction visant les marchettes pour bébés, des règlements sur les berceaux et les lits d'enfant, des limites sur l'utilisation du plomb dans les produits destinés aux enfants, des exigences ciblant les jouets de dentition et les hochets ainsi qu'une interdiction visant les balles de type yo-yo, pour ne citer que quelques exemples. Ces règlements et ces interdictions seront intégrés à la Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation, si elle est adoptée, et le niveau de protection qu'ils assurent sera maintenu.

La Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation proposée, ou LCSPC, améliorera et changera grandement la façon d'envisager la sécurité des produits au Canada. Le projet de loi C-36, Loi concernant la sécurité des produits de consommation, comprend différents éléments qui nous aideront à améliorer la sécurité des consommateurs, notamment une interdiction générale relative aux produits de consommation constituant un danger pour la santé ou la sécurité. La loi exigera aussi que l'industrie déclare les incidents associés aux produits, en plus d'accorder au gouvernement le pouvoir de faire des rappels obligatoires. Je sais qu'il s'agit là d'un aspect bien connu des membres ici présents.

• (1120)

Ces pouvoirs contribuent tous à la mise en oeuvre d'une démarche relative à la sécurité des produits comportant trois composantes fondamentales, soit la prévention active, la surveillance ciblée et l'intervention rapide. Ce sont là trois composantes fondamentales de notre programme parce que nous avons, au Canada, un régime de réglementation post-commercialisation des produits de consommation. En effet, il n'existe aucune exigence visant la certification ou l'approbation des produits par le gouvernement avant leur commercialisation par l'industrie.

Nous avons besoin des outils décrits dans la LCSPC pour produire des données sur les produits et créer un système d'alerte rapide qui sera utilisé dès l'apparition de problèmes liés à un produit. À l'avenir, si la LCSPC est adoptée, nous serons en mesure d'agir de façon rapide et proactive dès les premiers signes révélant la présence d'un problème. Au lieu d'être contraints d'élaborer un règlement pour enrayer les dangers associés à un produit donné, nous pourrions nous servir de l'interdiction générale comme mesure graduelle d'application pour réagir rapidement après avoir déterminé la présence d'un danger pour la santé ou la sécurité.

Compte tenu de la nature post-commercialisation du marché des produits de consommation, des percées rapides dans ce domaine ainsi que du désir insatiable de nouveaux produits et de nouvelles conceptions, le travail en matière de sécurité des produits de consommation n'est jamais terminé. La LCSPC est une des composantes du plan d'action visant à assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation. Grâce à ce plan, nous avons obtenu des ressources accrues pour augmenter le nombre d'inspecteurs, faire davantage de travail de sensibilisation auprès des consommateurs et de l'industrie et élaborer davantage de normes. Les différentes composantes du plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation favorisent l'établissement d'un partenariat sur les produits de consommation qui fait en sorte que l'industrie connaît mieux ses obligations en matière de sécurité des produits, que les consommateurs en savent davantage sur les produits qu'ils achètent et que le gouvernement dispose de pouvoirs souples et modernes pour assurer la sécurité.

La Loi sur les produits dangereux nous a bien servis au cours des dernières décennies. Nous disposons d'un ensemble important de règlements et d'interdictions, et nous avons un plan de travail dynamique visant à moderniser les lois et les règlements, et à en créer de nouveaux.

Pas plus tard qu'hier, notre ministre a annoncé de nouvelles modifications aux règlements d'application qui limiteront la quantité de plomb dans différents produits de consommation, y compris dans les jouets pour enfants. Nous participons également, avec les États-Unis, l'Union européenne et, plus récemment, l'Australie, à un projet qui a pour but d'améliorer les normes en matière de sécurité touchant les couvre-fenêtres à cordon. Les exigences du Canada concernant ces produits sont déjà parmi les plus sévères du monde, mais nous

travaillons avec nos partenaires étrangers à réduire certains risques associés aux stores romains et aux stores à rouleau.

Nous avons aussi mis sur pied des initiatives destinées à améliorer la réglementation des jouets, y compris en ce qui concerne les petits aimants puissants; à étudier le dossier des sièges de bain pour bébés, dans le but de les réglementer; à améliorer les règlements visant les berceaux, les couchettes et les lits d'enfant, qui sont déjà parmi les meilleurs du monde; ainsi qu'à élaborer les normes futures sur les casques de ski. Par-dessus tout, nous attendons avec impatience l'adoption de la LCSPC et les changements que cette loi entraînera dans le domaine de la sécurité des produits au Canada, et nous espérons que nous pourrions bientôt nous consacrer à sa mise en oeuvre.

Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci.

Nous cédon maintenant la parole à Pamela Fuselli.

Mme Pamela Fuselli (directrice générale, SécuriJeunes Canada): Je vous remercie de me donner l'occasion de prendre la parole aujourd'hui et de présenter le point de vue de SécuriJeunes Canada sur la prévention des blessures, notamment dans son domaine de spécialité, soit les enfants et les jeunes. Nous sommes tout à fait ravis de voir le Comité permanent de la santé entreprendre une étude sur cette importante question d'intérêt public en matière de santé.

Voici notre vision: moins de blessures, des enfants en meilleure santé et un Canada plus sécuritaire. Notre mandat consiste à créer et à inspirer une mentalité sécuritaire par la mise en oeuvre de stratégies éprouvées, l'adoption de politiques pour une population en santé et la sensibilisation du public.

Au Canada, les blessures non intentionnelles demeurent la principale cause de décès chez les enfants de 1 à 14 ans, surpassant toute autre cause. Pourtant, on peut éliminer la plupart des causes de décès les plus fréquentes chez les enfants et les jeunes canadiens. On compte parmi ces causes les accidents de voiture, les arrêts respiratoires, la noyade, les blessures chez les piétons, l'empoisonnement, les chutes et diverses blessures pouvant survenir à la maison.

Les chiffres sont révélateurs. Selon les données les plus récentes, qui datent de 2004, les blessures non intentionnelles coûtent 19,8 milliards de dollars en coûts directs et indirects par année. De ce montant, environ 4 milliards sont associés aux blessures non intentionnelles chez les enfants et les jeunes.

En moyenne, au cours d'une année, l'équivalent d'une salle de classe remplie d'enfants de 14 ans et moins meurt chaque mois, tandis que 60 enfants sont hospitalisés chaque jour en raison d'une blessure grave et que, au total, des centaines de milliers d'enfants sont examinés dans des salles d'urgence chaque année.

Le nombre de blessures au Canada est alarmant. Les chiffres sont effrayants, pourtant, selon de nombreux experts, ils ne représentent qu'une fraction du nombre réel de blessures. Certains estiment que 5 à 10 fois plus d'enfants et de jeunes souffrent de traumatismes graves et de blessures non intentionnelles chaque année.

Les blessures ne sont pas le fait du destin et ne sont pas des accidents. Elles ne devraient pas se produire. La plupart sont prévisibles et évitables. Les ecchymoses et les égratignures font peut-être partie de l'enfance, mais aucun enfant ni parent ne devrait avoir à subir les conséquences de blessures graves entraînant la mort ou une invalidité permanente. Beaucoup de victimes d'une blessure grave souffrent par la suite d'un handicap, tant sur le plan physique qu'affectif. On ne doit pas sous-estimer le stress occasionné à un enfant, à sa famille et à sa collectivité. Le temps perdu, que ce soit à l'école pour les enfants ou au travail pour les parents, n'est que la pointe de l'iceberg.

En 2007, l'Organisation mondiale de la santé a fortement recommandé aux pays membres d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention des blessures. Le Canada peut devenir un chef de file mondial dans le domaine de la prévention des blessures. Dans le discours du Trône qu'elle a prononcé le 3 mars 2010, Michaëlle Jean, alors gouverneure générale, a lu la déclaration suivante:

De plus, afin de prévenir les accidents qui blessent nos enfants et nos jeunes, le gouvernement travaillera de concert avec des organismes non gouvernementaux dans le but de lancer une stratégie nationale pour la prévention des blessures chez les jeunes.

SécuriJeunes Canada a publié un communiqué dans le but de promouvoir cet engagement envers l'adoption de mesures stratégiques. C'était là une première étape importante pour le gouvernement du Canada, car on a jeté les bases nécessaires à l'avancement d'un enjeu urgent au Canada. Cependant, il reste beaucoup à faire.

Les professionnels de la santé, les chercheurs, les principaux représentants du secteur privé, les organismes sans but lucratif et les familles canadiennes attendent depuis longtemps une stratégie concertée qui puisse mettre leurs expériences et leurs connaissances collectives à profit pour prévenir les conséquences dévastatrices et permanentes des blessures subies par les enfants chaque jour au pays.

Pour réduire considérablement le nombre de blessures évitables et de décès occasionnés par une blessure chez les enfants et les jeunes au Canada, SécuriJeunes Canada demande la mise en place d'une stratégie nationale pour la prévention des blessures qui comprenne des mécanismes de supervision, de mesure et de leadership, qui prévoient l'adoption d'une politique pour une population en santé et des activités de sensibilisation, et qui tiennent compte des changements dans l'environnement.

Le groupe de travail sur la prévention et le contrôle des blessures du réseau de santé publique, dont nous faisons partie, a préparé un énoncé de vision pour orienter ses travaux, dans lequel on peut lire: Nous souhaitons vivre dans un pays où les blessures sont considérées comme prévisibles et évitables, où les gouvernements, les principaux acteurs du milieu des affaires et les universitaires travaillent de pair au maintien d'une politique pour une population en santé, à l'amélioration de la capacité des collectivités, au soutien des compétences individuelles et à l'adoption de toute mesure adéquate visant à prévenir les blessures et les décès; nous souhaitons vivre dans un pays où les causes de blessure ne sont pas perçues comme le fait du destin, mais plutôt comme une occasion importante d'apprendre, d'acquérir des connaissances cruciales et d'établir des pratiques exemplaires, pour ensuite adopter des mesures efficaces; nous souhaitons vivre dans un pays où les taux de blessure sont les plus bas du monde.

•(1125)

Au Canada, les enfants et les jeunes ne sont pas aussi en santé qu'ils devraient l'être dans un pays comme le nôtre. Nous devrions

compter les blessures parmi les indicateurs de santé, mais nous ne le faisons pas. Si on compare nos données avec celles d'autres pays, on constate que l'amélioration du marché n'est pas seulement une possibilité, mais une nécessité. Le Canada se classe au 18^e rang parmi 26 pays de l'OCDE pour le taux de blessure et de mortalité chez les enfants et les jeunes. Il faut absolument adopter une approche stratégique en matière de prévention des blessures au Canada.

Pour terminer, j'aimerais vous faire part d'un constat tiré d'un rapport publié récemment par les Instituts de recherche en santé du Canada. Au Canada, il y a plus de cinq millions de femmes en âge de procréer, et leur progéniture s'ajoutera aux huit millions d'enfants et de jeunes qui représentent l'avenir du pays. La mise en œuvre d'une stratégie nationale permettra de protéger cet avenir.

Merci.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à la première série de questions, pour une durée de sept minutes. Nous commencerons par Mme Duncan.

Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.): Merci, madame la présidente, et merci aux témoins pour leur présence.

Je suis très inquiète du taux de suicide chez les Premières nations et les jeunes Inuits. Connaissez-vous le pourcentage exact?

Mme Jane Billings: Nous avons apporté beaucoup de tableaux de statistiques. Nous allons vérifier.

•(1130)

Mme Kirsty Duncan: Dans ce cas, je crois que je vais poursuivre. De quand datent les données les plus récentes?

M. Sylvain Segard (directeur général, Centre pour la promotion de la santé, Agence de la santé publique du Canada): Elles datent de 2004.

Mme Kirsty Duncan: Donc, en 2004, pour le suivi du taux de suicide chez les Premières nations et les Inuits...?

Quels sont les taux ailleurs dans le monde? Je sais que l'Organisation mondiale de la santé s'est penchée sur le suicide dans nos collectivités.

Mme Jane Billings: Le taux de suicide chez les jeunes Autochtones, surtout dans les réserves, est considérablement plus élevé qu'ailleurs au Canada ou à l'étranger. C'est une situation dont nous ne sommes pas fiers.

Nous travaillons activement avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Nous élaborons avec eux, par l'intermédiaire de l'Agence de la santé publique, des mesures et des programmes prometteurs, pour faire baisser le taux de suicide. Nous avons connu de très belles réussites, surtout en donnant de l'espoir aux jeunes, en améliorant la gouvernance dans les collectivités ainsi qu'en leur offrant un avenir et des solutions. Mais c'est un processus laborieux.

Mme Kirsty Duncan: En effet. Vous pourriez peut-être communiquer le taux exact au comité.

Depuis combien de temps savons-nous que le taux de suicide est plus élevé dans ces collectivités? Quand l'avons-nous appris exactement? Et depuis quand recueillons-nous ces données?

Mme Jane Billings: Il faudra le demander à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Mais je peux dire que nous recueillons ces données depuis au moins 10 ans, et que nous savons depuis un certain nombre d'années que le taux est plus élevé. Cela dit, nous pouvons obtenir les dates exactes auprès de la DGSPNI.

Mme Kirsty Duncan: D'accord. Je trouve inquiétant que nos données datent de 2004 alors qu'il s'agit d'un problème grave.

Pourriez-vous communiquer au comité la liste complète des programmes mis sur pied précisément dans le but de réduire le taux de suicide dans les collectivités et, en comparaison, illustrer comment le suicide...? Le taux de suicide est-il à la hausse ou à la baisse? Comment fluctue-t-il? Ensuite, combien d'argent avons-nous dépensé, et où? En fait, ma vraie question est de savoir où nous devons investir dans l'avenir pour provoquer de réels changements.

Mme Jane Billings: La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits gère un programme d'une grande importance dans le domaine de la prévention du suicide chez les Autochtones et de la promotion de la santé auprès des jeunes Autochtones. Nous vous fournirons des renseignements sur ce programme.

Mme Kirsty Duncan: Merci.

J'aimerais demander à Mme Fuselli d'énumérer les principales causes de blessure non intentionnelle chez les jeunes adolescents au Canada et de les comparer à celles des autres pays.

Mme Pamela Fuselli: Les principales causes de décès chez les enfants et les jeunes au Canada... Pour cet ensemble de données, il est question des enfants de 14 ans et moins. La noyade est la cause principale, suivie par les accidents de voiture, puis par la suffocation. Ces causes se suivent de près. On parle respectivement de 15, de 14 et de 13 p. 100. En ce qui a trait aux hospitalisations, les chutes, qui comptent pour 37 p. 100, sont de loin la plus grande cause chez les enfants et les jeunes.

Mme Kirsty Duncan: Quelles sont vos trois principales recommandations pour réduire le nombre de noyades?

Mme Pamela Fuselli: Pour les noyades, il faut procéder par différents groupes d'âge. Dans le cas des nourrissons, les baignoires sont l'endroit où nous voyons beaucoup de noyades. C'est donc une question de supervision et de sensibilisation des parents aux dangers de quitter la salle de bain, ne serait-ce qu'un instant, pour répondre au téléphone ou aller chercher une serviette. L'utilisation de sièges de bain donne une fausse impression de sécurité. Il ne faut donc pas s'en servir comme dispositif de sécurité, voire ne pas s'en servir du tout. Les gens qui mettent leurs enfants dans des sièges de bain pensent qu'ils peuvent s'absenter brièvement, mais il n'en est rien.

Pour les enfants plus vieux, ce sont les piscines dans la cour qui posent problème, surtout dans les villes. Selon les recherches actuelles, la meilleure solution consiste à entourer la piscine d'une clôture sur les quatre côtés et à installer une porte munie d'un dispositif de fermeture et de verrouillage automatiques. Dans les faits, selon la plupart des règlements en vigueur, une maison peut constituer le quatrième côté de l'enceinte, ce qui signifie que les enfants qui vivent dans la maison ou qui s'y trouvent ont accès à la piscine, car il n'y a pas de clôture entre la piscine et la maison. La plupart du temps, les enfants se noient dans leur cour alors qu'ils ne sont pas en train de se baigner. Donc, en général, les noyades ne surviennent pas pendant la baignade. Les enfants accèdent à la piscine à partir de leur maison.

●(1135)

Mme Kirsty Duncan: Quelles mesures aimeriez-vous que le fédéral adopte pour réduire le nombre de noyades au pays?

Mme Pamela Fuselli: J'aimerais qu'un règlement détaillé exigeant de clôturer les piscines sur quatre côtés soit adopté et appliqué d'un bout à l'autre du pays. Des règlements existent déjà ici et là, à l'échelle municipale ou provinciale, mais j'aimerais qu'il y ait quelque chose de plus complet et de plus homogène qui puisse être appliqué partout au pays. Il faut aussi, bien sûr, sensibiliser les gens au fait que la noyade est une des principales causes de décès... Je crois que la plupart des gens ne le savent pas.

Mme Kirsty Duncan: L'éducation est du ressort des provinces, mais la natation a déjà été un élément important du programme de 3^e année, par exemple. Ça reste pour moi une habileté fondamentale. Que pensez-vous de l'enseignement de la natation comme habileté fondamentale?

Mme Pamela Fuselli: Je crois que ça doit faire partie de l'approche globale. Les parents comme les enfants devraient savoir nager. Les parents devraient aussi, de toute évidence, surveiller attentivement les clôtures; c'est une mesure importante qui est efficace. Il faut aussi savoir comment obtenir des soins d'urgence en cas de besoin... Ce sont ce qu'on appelle des « couches de protection », c'est-à-dire différentes mesures mises en place pour réduire le risque de noyade.

La présidente: Merci.

J'aimerais poser une question, si le comité le permet.

Madame Fuselli, vous parliez des clôtures autour des piscines. Si je ne me trompe pas, certaines provinces et municipalités — la plupart, en fait — ont adopté des règlements exigeant l'installation d'une clôture de six pieds autour des piscines. C'est le cas dans ma province, le Manitoba. C'est peut-être différent dans les autres provinces. C'est la première observation que je voulais faire.

Mme Pamela Fuselli: Dans la plupart des cas, les règlements municipaux n'exigent que trois côtés... Ils n'obligent pas à clôturer sur quatre côtés. Les règlements parlent bien d'une enceinte close, mais la maison peut tenir lieu de quatrième côté.

La présidente: Je vois. Merci.

La parole est maintenant à M. Dufour.

[Français]

M. Nicolas Dufour (Repentigny, BQ): Merci, madame la présidente.

Je tiens à remercier les témoins de leur présence aujourd'hui.

Madame Billings, au début de votre présentation, vous avez dit qu'étant donné les baby-boomers vieillissants, les coûts du système de santé pourraient atteindre 4,4 milliards de dollars.

Premièrement, pensez-vous que le gouvernement est prêt à faire face à ces dépenses et qu'il est en mesure de le faire?

Deuxièmement, a-t-on déjà pris des mesures non seulement pour se préparer au vieillissement de la population, mais également pour réduire le nombre de blessures chez les personnes âgées?

Mme Jane Billings: Merci de votre question.

Les coûts dont vous parlez concernent tous les gouvernements au Canada. Comme tout le monde le sait, les coûts d'hospitalisation et de santé sont les coûts gouvernementaux qui augmentent le plus rapidement.

[Traduction]

Je crois qu'on peut s'entendre pour dire qu'aucun gouvernement n'est prêt à assumer une telle hausse de coûts, et, donc, qu'il est essentiel pour nous de continuer à faire ce que nous pouvons pour préparer l'avenir, par la sensibilisation, la formation et la prévention des blessures.

Comme le disait Pamela, les blessures sont évitables. Elles ne sont pas des accidents, et plus nous pourrions éviter ces coûts et prévenir les blessures, par la sensibilisation et la formation, mieux se porterait la population, et le système.

Concernant ce que nous faisons en ce moment, je mentionnerai que le rapport de l'administrateur en chef de la santé de 2010, publié il y a tout juste un mois, traite du vieillissement. Le rapport s'attarde sur la prévention des chutes et des blessures chez les personnes âgées. Il prend aussi en considération le vieillissement de la population dans son ensemble, souligne que nous devrions développer une vision plus saine du vieillissement et travailler à améliorer sensiblement l'état de santé des personnes âgées. C'est un très bon rapport. Nous espérons qu'il recevra l'attention qu'il mérite. Je vous remercie pour la question.

● (1140)

[Français]

M. Nicolas Dufour: Merci beaucoup. Ce sujet va prendre de plus en plus d'importance. Prenons les gens de ma circonscription, par exemple. On observe un vieillissement certain. C'est la même chose à l'échelle canadienne.

Selon vous, y a-t-il des mesures concrètes qui pourraient être prises pour diminuer le taux de blessures chez les personnes âgées?

Mme Jane Billings: Absolument. Les mesures concrètes incluent, par exemple, les renseignements sur les mesures de prévention des chutes dans la maison et les mesures pour améliorer la vue chez les aînés.

[Traduction]

Les chutes, qu'elles surviennent dans la maison ou à l'extérieur, sont un problème grave chez les personnes âgées. Par malheur, notre vue baisse avec l'âge. Et c'est lorsqu'on voit mal qu'on tombe. On ne voit plus les obstacles, dans la maison comme à l'extérieur. Pour ce qui est des chutes dans la maison, nous collaborons avec des organismes sans but lucratif à faire connaître les façons de rendre un lieu sécuritaire pour les personnes âgées, par exemple en installant des aides: des rampes dans les couloirs et les escaliers, des barres d'appui pour sortir du bain ou des douches adaptées. Nous abordons aussi la prudence à l'extérieur — des trottoirs glacés comme ceux que nous avons en ce moment sont un danger pour les personnes âgées.

Je crois que bon nombre d'études montrent que lorsqu'une personne tombe et qu'elle se fracture une hanche, c'est, en gros, le début de la fin pour elle, surtout si elle a plus de 70 ans.

La prise de ces mesures et la diffusion de cette information sont cruciales. Le rapport annuel du Dr David Butler-Jones comprend d'ailleurs une section sur les mesures concrètes que nous devons prendre collectivement, que ce soit à l'échelle des gouvernements, des organismes ou des particuliers, ou encore dans les différents milieux où nous vivons et travaillons, pour améliorer la sécurité des personnes âgées.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Je vous remercie.

J'ai trouvé un élément de votre réponse extrêmement intéressant, soit la volonté de laisser ces personnes vieillissantes vivre dans leur maison. Il s'agit de s'assurer qu'il n'y a pas de problème dans leur résidence et de favoriser le maintien à domicile.

J'aborde maintenant les taux de décès causés par les blessures chez les enfants. À ce chapitre, le Canada se classe au 18^e rang parmi les 26 pays de l'OCDE.

Qui sont les chefs de file parmi ces 26 pays? Y a-t-il des voies de communication et d'échange avec ces chefs de file afin d'observer leurs bons coups et éventuellement les répéter?

Mme Jane Billings: C'est une honte qu'il y ait 17 pays meilleurs que nous dans la prévention des blessures. Par ailleurs, le taux de blessures au Canada a chuté de 40 p. 100 depuis 1980. Ça démontre que nous avons apporté des améliorations, mais il reste que les autres pays sont meilleurs.

À l'agence, nous étudions les interventions créées par les autres pays, dont la majorité sont européens. Les pays nordiques, par exemple, ont instauré des méthodes plus dynamiques. Notre territoire représente un problème qui nous est propre. Le taux de blessures dans le Nord est plus élevé. Si on ne tenait pas compte de ce taux, notre position serait meilleure.

● (1145)

M. Nicolas Dufour: Ainsi, les communautés du Nord viennent brouiller les cartes. Avez-vous des chiffres qui ne tiendraient pas compte des communautés du Nord?

[Traduction]

La présidente: Monsieur Dufour, veuillez garder un oeil sur la présidente. Votre temps de parole est écoulé.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Vous savez, madame la présidente, j'ai tellement de questions.

Pourrait-elle répondre rapidement?

[Traduction]

La présidente: Voilà. Je sais bien, monsieur Dufour, mais votre temps est écoulé.

La parole est maintenant à Mme Leslie.

Mme Megan Leslie (Halifax, NPD): Merci, madame la présidente.

Merci à tous de votre présence.

Ma première question rejoint un peu l'intervention de Mme Duncan, mais touche au suicide en général et non au seul suicide dans les communautés autochtones et inuites. Nous savons qu'au Canada, le suicide est une cause importante de blessures infligées volontairement, particulièrement chez les Premières nations et les Inuits, mais aussi chez les jeunes. Nous constatons aussi une augmentation du nombre de suicides chez les personnes âgées ainsi que chez les jeunes homosexuels et transgenres.

Que je sache, aucune stratégie nationale n'est en place pour contrer le suicide. On attend toujours. Je me demande donc si le gouvernement envisage d'agir. Si c'est le cas, pourriez-vous nous dire ce qui se prépare? Ça m'intéresse vraiment. Ou, dans la négative, nous expliquer pourquoi on ne fait rien? Je sais que bon nombre de groupes communautaires et d'organismes de la société civile croient que c'est ce qu'il nous faut. Nous avons besoin d'une approche concertée.

Mme Jane Billings: Je crois que nous sommes entièrement d'accord avec vous sur ce point. La Commission de la santé mentale est en train d'élaborer une stratégie globale. Je crois savoir que cette stratégie comportera un important volet sur le suicide. Nous collaborons donc avec elle.

Mme Megan Leslie: Est-ce que je peux vous poser une question à ce sujet? Je connais la Commission de la santé mentale... Le suicide est à peine mentionné dans son mandat. Elle ne semble pas y consacrer beaucoup d'efforts. J'aimerais donc en savoir plus sur le fait qu'elle envisage de s'attaquer au suicide.

Mme Jane Billings: D'après ce que je sais, nous soutenons leurs efforts. Nous consacrons bien sûr beaucoup d'énergie à la surveillance... comme nous l'avons mentionné, nos données sur le sujet — la surveillance, l'analyse, les données probantes, les interventions — datent un peu, mais, globalement, nous comptons surtout sur la Commission de la santé mentale à cet égard.

Mme Megan Leslie: Pourriez-vous me dire si leur approche est générale ou s'ils visent certains groupes en particulier, par exemple les jeunes des Premières nations? Avez-vous cette information?

Mme Jane Billings: Je ne saurais dire.

Sylvain, peux-tu répondre?

M. Sylvain Segard: Nous communiquons régulièrement avec la commission, et nous l'avons encouragée à examiner l'enjeu de la prévention du suicide dans son ensemble, en tenant compte de tous les facteurs de protection et de prévention pertinents. Au lieu de se concentrer sur les causes du suicide et la réaction au suicide, elle doit considérer ce problème comme un membre de l'équation et envisager tout un éventail d'outils et d'initiatives. La commission prépare un plan plus global qui permettra d'aborder la santé mentale dans son ensemble, d'offrir des services d'assistance téléphonique et des conseils en prévention du suicide et d'établir les structures appropriées, en milieu scolaire et ailleurs, afin que nos enfants puissent grandir en santé et comprendre ce que sont la santé mentale, le bien-être mental, etc.

Je ne pourrais dire si la commission étudie un aspect particulier ou un autre du suicide, ni un groupe particulier. Vous devrez probablement poser directement la question aux responsables lorsque vous en aurez l'occasion.

Mme Megan Leslie: Nous sommes impatients de le faire. Merci. De nombreux Canadiens seront heureux d'en savoir plus à ce sujet.

Vous avez mentionné que grâce au système de surveillance, vous recueillez couramment des données sur la santé en vue d'éclairer et d'orienter la prise de mesures en matière de santé publique. J'aimerais en savoir plus sur le fonctionnement de ce système et le type de données que vous recueillez, et savoir plus particulièrement si vous recueillez des données distinctes ou — je ne suis pas certaine du terme — découpées sur certains groupes particuliers. Comme il a été dit, le risque de blessure est, par exemple, beaucoup plus important chez les personnes qui vivent dans la pauvreté. Il l'est aussi chez les habitants des réserves. Je me demande donc de quelle façon les données sont organisées.

Mme Jane Billings: Le comité nous a souvent questionnés sur notre système de surveillance, qui tire des données de nombreuses sources. Nous recueillons certaines données nous-mêmes, et d'autres proviennent de divers organismes ou de Statistique Canada, qui les recueille indépendamment ou à notre demande.

Nous avons recours à des cartes pour certaines données sur la prévention des blessures. Nous disposons de beaucoup d'information sur diverses causes de décès, classée par sexe, groupe d'âge et type

de blessure. Nous recueillons aussi des données sur les classes de revenu, qui proviennent en grande partie de Statistique Canada.

Nous utilisons et nous analysons des données sur la mortalité fournies par Statistique Canada. D'autres, concernant l'hospitalisation, nous proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé. Nous utilisons aussi des données recueillies par la Croix-Rouge canadienne, sur la noyade, par exemple.

Nous disposons aussi d'un système, le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, qui nous permet de rassembler d'autres données. Nous soutenons ce programme. Du côté de la famille, nous disposons aussi de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants.

Nous collaborons donc avec Statistique Canada et l'ICIS, mais aussi avec les coroners et les médecins légistes canadiens. Tous nous soutiennent en contribuant à la Base canadienne de données des coroners et des médecins légistes, dont nous nous servons.

Nous recueillons ainsi des données d'à peu près toutes les sources possibles et, dans certains cas, nous en soutenons directement la collecte initiale.

• (1150)

Mme Megan Leslie: À votre avis, ces sources sont-elles complètes, ou existe-t-il des lacunes que vous aimeriez combler?

Mme Jane Billings: Chaque fois que nous procédons à des analyses ou que nous tentons de répondre à des questions comme celles qui nous sont posées aujourd'hui, nous découvrons des lacunes dans certaines strates ou dans certaines répartitions géographiques, ou encore des lacunes touchant l'actualité des données. Dans un monde idéal, nous serions en mesure de recueillir des données uniformes et comparables d'un endroit à l'autre du pays.

La surveillance et la pertinence des données sont essentielles à la capacité du réseau de santé publique, et du groupe d'experts qui le soutient, de produire des analyses, de comparer la situation canadienne à celle d'autres pays, de concevoir des solutions pratiques et de recueillir des données permettant d'évaluer notre travail. La surveillance constitue un défi pour l'ensemble de l'organisme et nous essayons chaque jour de l'améliorer.

La présidente: Merci, madame Billings.

Madame McLeod, la parole est à vous.

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

J'aimerais poursuivre sur la voie ouverte par ma collègue en ce qui a trait à la surveillance. Dans le monde informatisé d'aujourd'hui, sachant qu'il existe déjà un système hospitalier de déclaration des blessures utilisé par 11 hôpitaux pédiatriques et 4 hôpitaux généraux, je crois que certains des petits hôpitaux ruraux qui servent les collectivités du Nord pourraient fournir des données qui donneraient un tout autre portrait de la situation.

Est-ce que les provinces versent leurs données dans une base nationale? Est-ce que nos services de santé publique fournissent des données au système provincial, de façon à ce que les provinces aient une bonne idée de ce qui se passe? Pourriez-vous nous donner des précisions à ce sujet?

Mme Jane Billings: Avec plaisir.

La collecte de données uniformes d'un bout à l'autre du pays en est encore au stade du développement. Le gouvernement du Canada, conjointement avec les provinces, a investi d'importantes sommes dans l'élaboration des dossiers médicaux électroniques. Les provinces et les territoires développent, en collaboration avec notre organisme, un système appelé Panorama, qui a jusqu'ici reçu 100 millions de dollars de l'ICIS. Ce système est prêt à être lancé dans certaines provinces. Il simplifiera la collecte uniforme de données sur la santé, ce qui, à son tour, facilitera grandement le transfert des données et permettra une bien meilleure gestion des dossiers des patients. Il donnera aussi aux provinces, aux territoires et au gouvernement fédéral un accès direct à ces données. Mais il faudra attendre encore quelques années.

Je crois que la Colombie-Britannique est prête à mener un projet pilote et à mettre à l'essai de nouveaux modules. Nous faisons partie du comité de direction, qui étudie la question de la normalisation — pour déterminer les besoins et les modules nécessaires —, mais il reste encore du chemin à faire.

Chaque province et territoire a ses particularités, et chaque administration recueille, avec plus ou moins de succès, des données différentes.

• (1155)

Mme Cathy McLeod: Donc, si nous adoptons comme prévu les dossiers médicaux électroniques, est-ce que les données recueillies dans les hôpitaux seront versées dans Panorama? Est-ce que ça fait partie du plan?

Mme Jane Billings: Oui, ça en fait partie.

Mme Cathy McLeod: Et les données sur les blessures, les données selon l'âge...

Mme Jane Billings: Elles aussi.

Mme Cathy McLeod: On envisage donc, en fin de compte, d'assurer la surveillance par des moyens électroniques.

Mme Jane Billings: Tout à fait. Mais les difficultés entourant la mise en oeuvre sont énormes, parce que chaque bureau de médecin, chaque hôpital devra modifier radicalement sa façon de tenir les dossiers.

Ça ne paraît pas difficile à première vue, surtout que beaucoup de médecins sont à l'aise avec l'informatique, mais, en réalité, la transformation et le changement de culture exigent beaucoup d'effort.

Mme Cathy McLeod: Je crois que nous avons fait un travail exceptionnel dans des dossiers comme celui des sièges d'auto, des lits de bébé et du sommeil des bébés. Je crois que nous avons réalisé de grandes choses. Je crois aussi que nous sommes sur la bonne voie pour ce qui est des chutes chez les personnes âgées.

Bien sûr, j'habite dans les montagnes, et je fréquente aussi les communautés plus rurales du Nord. Nous avons fait des progrès appréciables dans certains domaines où il était facile d'intervenir. Je vois par contre des jeunes de 14 ans, sur leur vélo de montagne, se lancer à flanc de montagne et dans les parcs. Nous avons dit que les blessures étaient évitables, mais je me le demande. Certains sports comportent des risques inhérents, et, selon moi, le vélo de montagne est probablement un de ceux où ils sont les plus sérieux.

Nous concentrons-nous sur certains aspects, sachant que nos efforts auront probablement une influence limitée sur l'incidence de certains types de blessures?

Je ne sais pas qui pourrait répondre à ça... Pamela, peut-être?

Mme Pamela Fuselli: Effectivement, certaines personnes s'adonnent à des activités plus risquées que d'autres.

Il y a des façons d'atténuer le risque de blessure grave. Je parlais de bosses, d'ecchymoses, d'écorchures et d'autres blessures du genre, mais ce n'est pas le risque de subir ces blessures que nous souhaitons atténuer. C'est le risque de blessures qui mettent la vie en danger ou qui entraînent une invalidité permanente qui nous intéresse.

Donc, même si les adeptes de vélo de montagne descendent les montagnes en étant protégés par l'équipement approprié, en connaissant le terrain et en sachant ce qui se cache derrière la prochaine colline, par exemple, certaines mesures peuvent tout de même être prises pour qu'ils puissent s'adonner à cette activité de façon sécuritaire, et, s'ils tombent...

Mme Cathy McLeod: Plus sécuritaire.

Mme Pamela Fuselli: Plus sécuritaire. Pour que lorsqu'ils tombent, donc, ils soient protégés par un casque ou par tout équipement approprié au sport qu'ils pratiquent.

Nous avons accompli des progrès dans le dossier des sièges d'auto, mais les accidents impliquant des voitures où se trouvent des enfants demeurent une des trois principales causes de décès au Canada. Nous avons encore beaucoup de pain sur la planche pour ancrer les mesures connues, et efficaces, dans la culture canadienne.

Ce que nous souhaiterions faire davantage en ce qui a trait aux populations à risque, comme celles des communautés nordiques, est d'apprendre... Parce que, de toute évidence, installer un siège d'auto sur une motoneige n'est pas indiqué. Ce que nous ignorons, c'est ce qui fonctionne bien là-bas.

Nous cherchons donc à établir ce qui marche, à connaître les mesures de protection que ces communautés appliquent déjà et les pratiques que nous pourrions évaluer et recommander aux communautés. Nous savons qu'elles ont probablement mis au point des moyens d'assurer la sécurité de leurs enfants. Nous ne savons simplement pas lesquels, ou nous ne les avons pas encore évalués. Il reste beaucoup à faire.

Mme Cathy McLeod: Bien. S'il me reste un peu de temps, j'aimerais revenir sur le terme « dynamique » qui a été employé, je crois, pour décrire les stratégies dont nous avons parlé en comparant le Canada à d'autres pays.

Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur les stratégies dynamiques adoptées par ces pays, et expliquer comment nous pourrions les adapter à la situation dans le Nord canadien et dans le reste du pays?

M. Sylvain Segard: J'imagine que ce qui peut sembler dynamique à l'un peut paraître modeste à l'autre. Mais ce qu'il faut comprendre, c'est que dans le contexte canadien, avec la fédération et le partage des pouvoirs, notre capacité à mettre en place une approche globale — disons, dynamique — ou efficace dépend de la collaboration entre de nombreux secteurs. Au cours d'un atelier parrainé par l'ASPC qui réunissait dernièrement des représentants des provinces et de tous les secteurs du milieu de la prévention des blessures, il a été établi qu'il faudra, pour que cette approche soit pleinement efficace dans le contexte canadien, assurer la coordination des messages, coordonner avec souplesse la mise en oeuvre de mesures cohérentes et poursuivre des objectifs et des priorités semblables, pour être en mesure de fournir un effort concerté dans certains domaines précis et d'avancer patiemment vers notre but.

Cela dit, je crois comme Mme Billings que tous les efforts accomplis par le Canada ces 30 dernières années ont entraîné une réduction spectaculaire de l'incidence globale des blessures. Sommes-nous les meilleurs? Pas encore, et il nous reste beaucoup, beaucoup de chemin à parcourir, mais nous sommes sur la bonne voie dans le cas de bien des types de blessures.

Je pense donc qu'on peut y arriver... Grâce à des initiatives comme le rapport du RSP et la collaboration avec les provinces, le groupe sur la prévention des blessures a étudié les mesures prises dans d'autres pays et tente maintenant de discerner les pratiques exemplaires, et de déterminer comment elles pourraient être adaptées au contexte canadien.

• (1200)

La présidente: Je vous remercie, monsieur Segard.

Nous allons maintenant passer au deuxième tour.

Cinq minutes par intervention, en commençant par la Dr Dhalla.

Mme Ruby Dhalla (Brampton—Springdale, Lib.): Merci beaucoup pour cet exposé fort intéressant.

J'aimerais parler d'un sujet que ma collègue, Megan, a abordé, une situation qui a touché le cœur des gens de notre circonscription. Il s'agit de l'histoire de Nadia Kajouji, dont mes collègues ici présents ont peut-être déjà entendu parler — peut-être en avez-vous entendu parler vous-mêmes —, qui s'est suicidée. Nadia étudiait à l'Université d'Ottawa. Son frère Marc, en souvenir d'elle, s'est joint à un organisme remarquable, fondé par Rory Butler, appelé Your Life Counts. Cet organisme ne ménage aucun effort pour offrir du soutien aux jeunes Canadiens et les aider à modifier leurs comportements qui mènent à l'autodestruction ou à la dépendance.

Nous avons eu l'occasion de les rencontrer à de nombreuses reprises. Ils nous ont approchés et ont fait un exposé devant un comité composé de représentants de tous les partis. Certaines de leurs statistiques sont très inquiétantes. Des jeunes de 15 à 24 ans meurent chaque jour. Leurs recherches montrent qu'un jeune meurt toutes les 90 minutes, et qu'en Amérique du Nord, près de un million de jeunes se suicident chaque année.

Une fois qu'on a pris connaissance de ces statistiques, et qu'on réalise que le suicide est devenu la seconde cause de décès chez les jeunes, on est très étonné par l'absence d'une stratégie nationale de prévention du suicide. En parlant avec les représentants d'organismes comme Your Life Counts, et en constatant le travail extraordinaire que ces gens accomplissent, on est découragé d'apprendre qu'ils ne reçoivent pas de fonds, et qu'on ne leur offre aucun soutien ni aucune ressource.

Donc, pour revenir à la question de ma collègue, vous disiez que la Commission de la santé mentale est en train de développer... doit-on parler d'un mécanisme de soutien? D'une stratégie nationale de prévention? Pourriez-vous me dire quel sera le rôle de votre organisme et de l'Agence de la santé publique du Canada? Est-ce que la Commission de la santé mentale travaille à l'établissement d'une stratégie nationale? Un mécanisme de financement est-il prévu? Le soutien et les ressources seront-ils disponibles? Enfin, les organismes comme Your Life Counts peuvent-ils s'attendre à un certain degré de coordination ou de collaboration avec le gouvernement pour poursuivre leur important travail?

Mme Jane Billings: Merci. Je vais commencer par la fin, si vous le permettez.

Pour le moment, je ne crois pas que nous ayons de rapports avec Your Life Counts. Nous avons de nombreux programmes de contribution et nous finançons des organismes, non pour assurer,

en règle générale, leur financement de base, mais bien pour qu'ils mènent des recherches sur des sujets d'intérêt commun.

Nous avons tout dernièrement demandé des propositions visant certains secteurs où il y a des lacunes à des ONG comme SécuriJeunes Canada, Pensez d'Abord Canada, SMARTRISK et l'Association canadienne de sécurité agricole. Nous avons par exemple demandé à SécuriJeunes Canada s'il était intéressé à adapter certaines consignes européennes en matière de sécurité des enfants pour qu'elles puissent être appliquées au pays. Nous avons eu des discussions avec eux à ce sujet. Par ailleurs, à l'occasion de notre atelier de décembre dernier, nous avons réuni une cinquantaine de personnes représentant des territoires, des provinces, des organismes et des organisations à vocation éducative de partout au pays, afin de donner le vrai coup d'envoi aux discussions sur les mesures à prendre pour prévenir les blessures, y compris le suicide.

Il est trop tôt pour que nous puissions vraiment savoir comment la Commission de la santé mentale prévoit intégrer le suicide à sa stratégie globale en santé mentale. Comme le disait Sylvain, nous communiquons et nous collaborons avec la commission. Nous avons bon espoir que lorsque sa stratégie verra le jour, elle comprendra un volet national clair portant sur la prévention du suicide et sera présentée au gouvernement pour déterminer les besoins financiers. Il est toutefois trop tôt pour donner une réponse en leur nom.

• (1205)

Mme Ruby Dhalla: Alors vers qui, au gouvernement, des organismes comme ceux-là peuvent-ils se tourner pour obtenir les fonds, les ressources et le soutien nécessaires à la prestation des services? Vous nous dites que vous vous concentrez sur la recherche — et c'est très bien —, mais toutes les statistiques et les études du monde ne changeront rien au fait qu'un jeune qui envisage de se suicider a besoin d'outils pour retrouver confiance en lui, se prendre en main ou faire tout autre changement qui l'aidera à ne pas prendre la mauvaise décision.

Mme Jane Billings: Au fédéral, nous nous concentrons sur la surveillance, le développement et le transfert des connaissances, le soutien à la recherche, la correction des lacunes et la détermination du leadership que doivent exercer les provinces et les territoires.

La prestation des services eux-mêmes a lieu à l'échelle provinciale, ou même souvent municipale, et nous encourageons les organismes à frapper à toutes les portes et à nous faire signe s'ils souhaitent mettre au point des pratiques exemplaires dans des domaines d'intérêt. Mais, pour le financement des services, par exemple s'ils souhaitent obtenir du soutien pour une ligne d'aide aux jeunes ou toute autre activité de ce genre, ils doivent généralement adresser leur demande aux autres ordres de gouvernement. Il est possible qu'un jour nous nous intéressions aux outils, pour voir ce qui fonctionne dans les autres pays, prendre connaissance des mesures envisagées par ceux-ci et vous communiquer les résultats.

La présidente: Merci beaucoup.

Madame Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Je remercie tous nos témoins de leur présence aujourd'hui. Le sujet que nous étudions ce matin est certainement d'une grande importance, en plus d'être fort intéressant. Je suis heureuse que vous soyez venus exposer votre point de vue.

J'ai trouvé intéressante la mention faite pendant les exposés, et je crois que d'autres l'ont ensuite reprise, que, parmi l'ensemble des pays de l'OCDE, 17 s'en tirent mieux que nous. Je suis entièrement d'accord avec vous pour dire que nous n'avons pas de quoi être fiers de ce résultat, et que nous devons certainement faire en sorte que la situation s'améliore.

Nous avons aussi appris ce matin que nous nous fions à des données qui remontent à 2004, si je ne m'abuse. Ces données ont maintenant six ans. J'aurais donc quelques questions à ce sujet. Est-ce que les pays auxquels nous sommes comparés utilisent aussi des données de 2004? Quelles statistiques utilisent-ils? Croyez-vous que ces données reflètent la réalité d'aujourd'hui? La situation actuelle est-elle meilleure ou pire qu'en 2004?

Mme Jane Billings: Nos données datent de 2004-2005. La plupart proviennent du recensement, alors nous dépendons de ce type de renseignements cycliques. Si je vous disais dans quelle direction vont les chiffres, ce ne serait qu'une supposition, mais elle serait fondée sur les indices dont nous disposons. Nous espérons que les chiffres sont à la baisse.

Les organismes comme celui de Pamela et d'autres ont travaillé d'arrache-pied — et les provinces et les territoires ont coordonné leurs efforts dans une certaine mesure — pour faire baisser les chiffres. Presque partout au pays, la réglementation touchant les sièges d'auto et les rehausseurs a été resserrée. Ainsi, les grands enfants doivent maintenant être assis sur des rehausseurs. On a beaucoup insisté sur la sécurité offerte par les sièges d'auto. Dans de nombreux cas d'accidents de voiture, les enfants étaient assis dans des sièges d'auto, mais ceux-ci n'étaient pas installés correctement. Il y a eu beaucoup de travail d'information là-dessus.

Au cours des dernières années, on a beaucoup insisté sur la sécurité nautique, sur le port du casque à vélo et sur d'autres aspects de la sécurité dans le cadre d'activités du genre. Nous voyons toujours des trampolines dans la cour de nos voisins, et ça m'inquiète. Je ne crois pas que je permettrais ça en tant que parent. Cela dit, j'ai le sentiment que les choses s'améliorent parce que nous avons pris de nombreuses mesures. De plus, Athana a parlé de l'amélioration imminente de la réglementation sur la sécurité des produits et la sécurité des consommateurs.

• (1210)

Mme Patricia Davidson: Avez-vous une idée de quand datent les données des autres pays utilisées pour faire les comparaisons?

Mme Jane Billings: La plupart des pays utilisent eux aussi les données de recensement.

Mme Patricia Davidson: Vous avez beaucoup parlé de certaines initiatives positives. Nous avons parlé des sièges d'auto, des casques de vélo, de ce genre de choses et des lois sur la sécurité des produits.

Y a-t-il autre chose, ou voulez-vous préciser davantage certains aspects? Madame Fuselli, selon vous, quelles initiatives se sont avérées positives?

Mme Pamela Fuselli: Je crois que certaines initiatives visant les principales causes de décès ont connu du succès. Mais il y a encore du chemin à faire. Dans le cas des rehausseurs, trois provinces n'ont toujours pas de loi à cet effet. Les provinces ayant une loi là-dessus depuis quelques années disposent maintenant de données qui permettent de comparer le taux de blessure au sein de la population.

Lorsque nous adoptons des initiatives stratégiques visant l'environnement, la sensibilisation et l'application — que ce soit au moyen de lois ou de normes —, nous savons que le nombre de blessures va commencer à diminuer. Lorsqu'on attire l'attention sur

une cause, qu'on y accorde la priorité, les fonds et les ressources nécessaires, on commence à voir baisser les chiffres.

Nous devons aussi porter attention aux blessures subies par les piétons. Les chiffres sont à la baisse, mais nous savons que cette situation s'explique peut-être par une différence dans l'exposition. Si les gens marchent moins, les blessures subies par les piétons diminuent, mais pas pour les bonnes raisons. C'est pourquoi les blessures doivent être étudiées en parallèle avec différentes questions de santé. Elles doivent être étudiées dans le contexte de la santé globale des enfants, comme un indicateur de santé. Les liens entre les blessures et l'environnement, la santé mentale, l'obésité et l'alimentation sont très étroits. SécuritéJeunes Canada s'est associé à des organismes comme Aller-retour actif et sécuritaire pour l'école et ParticipACTION pour transmettre son message sur l'importance de pratiquer des activités saines de manière sécuritaire. Par exemple, il faut s'attaquer aux chutes. Les chutes sont la principale cause d'hospitalisation.

Les chutes à la maison et sur le terrain de jeu provoquent un grand nombre de blessures. C'est un peu moins concret, alors nous devons tourner notre attention vers...

La présidente: Je suis désolée, madame Davidson.

Nous passons maintenant à M. Dufour.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Merci, madame la présidente.

Avant tout, permettez-moi de remercier M. Segard d'avoir rappelé le rôle de Québec et des provinces en la matière. Parfois, cela peut être oublié par certains de nos collègues.

Madame Billings, je voudrais poursuivre la discussion sur les communautés du Nord. Si on ne tenait pas compte des communautés du Nord dans les calculs, où se positionnerait le Canada à l'échelle internationale? Avez-vous les chiffres qui indiqueraient cela?

M. Sylvain Segard: Nous n'avons pas ces données avec nous présentement. Il est sûrement possible d'essayer de distinguer la différence.

Une des distinctions importantes du Grand Nord est la nature des activités qui y sont pratiquées. Beaucoup d'activités sont liées au travail d'extraction des ressources primaires. Les incidents sont liés à ce genre d'activités plutôt qu'à des activités en milieu urbain. Il va y avoir une différence marquée à cet égard.

Si le comité est intéressé, on peut essayer de revenir plus tard avec ce renseignement.

M. Nicolas Dufour: Oui, en effet.

Je comprends de la discussion qu'on a depuis tout à l'heure que la problématique se trouve principalement dans le Grand Nord. Donc, si on a à agir, si le comité a un rapport à produire, il serait vraiment important d'indiquer que les prochains gestes doivent cibler le Nord canadien.

[Traduction]

Mme Jane Billings: Je crois que nous avons précisé que le taux de blessure était plus élevé dans le Nord, en particulier le taux de suicide. Évidemment, la population est beaucoup moins nombreuse dans le Nord, ce qui fait que le nombre absolu de blessures est plus élevé dans le Sud que dans le Nord.

C'est le taux qui diffère. Si nous faisons abstraction de ça, nous ne pourrions pas arriver en tête de liste, mais nous occuperions certainement un meilleur rang.

•(1215)

[Français]

M. Nicolas Dufour: Ma prochaine question s'adresse aux représentants de Santé Canada.

Madame Mentzelopoulos, vous avez mentionné plus tôt avoir des agents de sécurité pour la surveillance des produits. Combien d'agents de sécurité avez-vous en tout?

[Traduction]

Mme Athana Mentzelopoulos: Je crois que j'ai parlé de ça quand nous nous sommes présentés devant vous pour discuter du plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation de la Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation.

[Français]

En ce moment, nous avons 46 inspecteurs auxquels s'ajoutent 26 nouveaux inspecteurs grâce aux fonds de la

[Traduction]

La mise en oeuvre est à moitié faite. Quand elle sera terminée, nous aurons doublé le nombre d'inspecteurs au pays, qui atteindra 90.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Je me rappelle très bien qu'on en avait discuté dans les dernières séances de comité. Cela dit, vous comprendrez que, pour moi, c'est important. Si on fait une loi pour s'assurer que les produits respectent les normes, encore faut-il qu'il y ait des agents sur le terrain pour pouvoir faire respecter cette loi. Je pense que ça va de soi.

Croyez-vous que le nombre d'agents qu'on vous donne est suffisant?

[Traduction]

Mme Athana Mentzelopoulos: Oui.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Pour nous donner une idée, combien de visites ou d'inspections pouvez-vous faire dans une année? Vous pouvez nous donner un ordre de grandeur.

[Traduction]

Mme Athana Mentzelopoulos: J'aimerais pouvoir fournir cette information au comité ultérieurement. Je ne l'ai pas en main. Toutes mes excuses.

[Français]

M. Nicolas Dufour: Merci beaucoup.

Comme ma collègue Mme McLeod un peu plus tôt, je reparlerai de votre plan « agressif ».

Vous nous disiez tout à l'heure que vous disposiez « d'un ensemble important de règlements et d'interdictions », et vous ajoutiez que vous aviez « un plan de travail agressif visant à moderniser certains règlements et à en créer de nouveaux ».

Pouvez-vous nous donner un aperçu des nouveaux règlements que vous voulez créer?

[Traduction]

Mme Athana Mentzelopoulos: Est-ce que je peux clarifier un point? Voulez-vous dire dans le contexte du plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation du Canada?

[Français]

M. Nicolas Dufour: Oui.

[Traduction]

Mme Athana Mentzelopoulos: Quand la loi sera adoptée, nous disposerons d'une gamme d'outils que nous n'avons pas actuellement aux termes de la Loi sur les produits dangereux. Ça comprend le rappel obligatoire, que nous n'avons pas pour l'instant. Ça comprend aussi la possibilité, pour nous, d'exiger des tests et des études de l'industrie aux échelons les plus élevés. Il y aura une interdiction générale pour les entreprises de vendre des produits qui représentent un danger. Personnellement, je crois que l'élément qui présente le plus de possibilités dans ce contexte est la déclaration obligatoire des incidents relatifs aux produits de consommation. Nous obtiendrons ainsi plus tôt des renseignements sur les problèmes, les blessures et les incidents causés par des produits, avant qu'il y ait un nombre important d'incidents. Nous aurons les renseignements dont nous avons besoin pour réagir rapidement.

Nous sommes en train d'élaborer un plan de mise en oeuvre de la loi. Une des choses auxquelles nous devons penser est l'équilibre entre le recours à l'interdiction générale et l'élaboration de nouveaux règlements et interdictions, à laquelle nous consacrons beaucoup d'énergie actuellement. Le secteur des produits de consommation change rapidement et nous voyons souvent apparaître de nouveaux dangers que nous n'aurions même pas pu imaginer dans nos rêves les plus fous. À mon avis, c'est l'avantage de l'interdiction générale, et c'est là que nous concentrerons la plupart de nos efforts.

Nous prévoyons quand même élaborer des règlements. Hier, nous avons terminé la première tranche d'un règlement sur le plomb, et il ne s'agit que d'une partie d'une stratégie de réduction du plomb en quatre phases.

La présidente: Merci.

C'est le tour de M. Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je trouve ça très intéressant. Avant de devenir politicien, j'étais chiropraticien, alors j'ai vu de nombreux cas de blessure. Chaque année, il y avait des cas de blessure en planche à neige ou en ski. Et le trampoline... J'ai vu toutes sortes de cas de chute sur la glace. J'en suis arrivé à la conclusion que la vie peut être incroyablement dangereuse pour la santé.

Je me demandais ce que vous avez constaté. Vous présentez des chiffres. La noyade est à 15 p. 100. Les accidents entre véhicules automobiles sont à 14 p. 100. J'ai été surpris de vous entendre dire que trois provinces n'ont toujours pas de règlement sur les sièges d'auto. La suffocation est à 13 p. 100.

Quels sont les programmes et les initiatives de prévention des blessures qui fonctionnent très bien, tant au Canada qu'à l'étranger?

•(1220)

Mme Pamela Fuselli: Il y a un certain nombre de réussites, et je crois que le point de départ est une stratégie. Lorsque nous observons les pays de l'UE, ceux qui ont réussi à abaisser le plus leurs taux de blessure sont ceux qui ont un plan, un plan avec des priorités, des ressources et des outils de mesure. En général, c'est ce que je dirais.

Lorsqu'on prend le cas de la noyade, un des chefs de file à l'échelle mondiale est la Nouvelle-Zélande, qui a rendu obligatoire l'installation d'une clôture des quatre côtés des piscines et qui a vu le taux de décès attribuables à la noyade chez les jeunes enfants tomber pratiquement à zéro. Il existe différentes stratégies pour différents types de blessures, et c'est pourquoi nous nous appuyons sur des données de surveillance.

Nous nous appuyons aussi sur les systèmes de collecte de données, comme le SCHIRPT et le rapport sur les blessures liées au milieu agricole au Canada, qui nous donnent des renseignements contextuels. En tant que personnes travaillant à la prévention des blessures, nous devons avoir plus de renseignements que les chiffres absolus. Nous devons connaître le contexte. Si on prend la noyade, nous devons savoir qu'elle se produisait lorsque les enfants accédaient aux piscines alors qu'ils n'étaient pas censés se baigner pour déterminer quelles stratégies seraient efficaces.

Il n'existe pas de solution universelle. Ça dépend du type de blessures en cause.

Mme Billings a parlé du guide des pratiques exemplaires auquel nous nous intéressons, celui de la European Child Safety Alliance, que nous voulons adapter pour le Canada. Essentiellement, il passe en revue les principales causes de décès et énumère les mesures de prévention qui seraient efficaces d'après les recherches, puis fournit des études de cas. Selon moi, le Canada devrait avoir un document semblable pour que les personnes qui travaillent à la prévention des blessures, à la santé publique et à l'élaboration des politiques disposent d'information normalisée pour prendre de bonnes décisions, que ce soit en matière de sensibilisation, de politiques ou de changements dans l'environnement.

M. Colin Carrie: Il semble vraiment s'agir d'un effort concerté.

J'ai une question pour l'Agence de la santé publique. Nous avons parlé des piscines. Je me souviens, lorsque j'ai installé une piscine chez moi, que j'ai fait clôturer les quatre côtés... C'était la chose sensée à faire selon moi. Pourquoi les municipalités n'en feraient-elles pas une obligation? Manifestement, vous coopérez avec SécuritéJeunes Canada. Avec qui travaillez-vous aussi en partenariat? Collaborez-vous avec les provinces, les territoires et les municipalités pour diffuser de l'information à ce sujet? Certains renseignements élémentaires semblent ne pas être diffusés.

Mme Jane Billings: Nous avons des partenariats à de nombreux échelons. Un élément de partenariat crucial pour nous dans le cas de différentes questions de santé publique est le groupe d'experts du réseau de santé publique. C'est une occasion de rassembler des experts de différentes associations, du milieu universitaire, des provinces et des territoires pour travailler à la prévention des blessures et des maladies chroniques de façon très méthodique, c'est-à-dire en établissant un plan de travail et un échéancier, en rassemblant des éléments de preuve, en recommandant des actions et en se familiarisant avec les pratiques exemplaires. Ainsi, les administrations sont sur la même longueur d'onde et partagent de l'information sur un grand nombre de stratégies auxquelles nous travaillons beaucoup mieux de pair avec les provinces et les territoires. Par conséquent, l'automne dernier, quand les ministres de la Santé ont fait leur déclaration sur la promotion de la santé, la prévention des blessures, la prévention en général mais en insistant sur l'obésité... Les plans d'action qui sont en cours d'élaboration seront les mêmes pour beaucoup de provinces et de territoires, et ils s'appuieront en grande partie sur le travail de ce groupe d'experts.

De plus, au gouvernement fédéral, nous avons des initiatives interministérielles sur la violence familiale, par exemple. Nous

travaillons avec des ministères à l'initiative fédérale concernant la violence familiale. Nous collaborons aussi avec Transports Canada pour promouvoir le port du casque et la sécurité routière. Par exemple, nous utilisons les données du ministère pour obtenir de l'information sur les accidents de la route. Nous avons des réseaux partout au sein de la famille fédérale, si je peux m'exprimer ainsi, pour tenter de réunir les partenaires.

Nous travaillons de plus en plus avec la Fédération canadienne des municipalités à la prévention de l'obésité, à la santé urbaine et, évidemment, à la prévention des blessures, ainsi qu'à l'établissement de normes par cet organisme.

La présidente: Merci, madame Billings.

Je passe maintenant la parole à Mme Duncan.

Mme Kirsty Duncan: Merci à tous.

J'ai des statistiques en main, mais je ne sais pas si elles sont bonnes. Ce sont des données de 2007. Depuis la création du Nunavut en 1999, 233 personnes s'y sont suicidées, sur une population de 30 000 personnes. Si ces données sont exactes, c'est absolument désastreux. C'est à peu près 0,8 p. 100. Je pense que nous devons vraiment concentrer nos efforts pour faire bouger les choses.

J'aimerais poser une question sur les lésions cérébrales. À l'échelle nationale, quelque 34 000 cas de lésion cérébrale ont mené à une hospitalisation au Canada, et 6 000 personnes seront handicapées à vie à cause de ça. Nous savons que chez les enfants plus vieux et les adolescents, de nombreux cas de lésion découlent d'activités récréatives et sportives. Nous savons que les jeunes cerveaux sont plus fragiles.

Je vais commencer par Mme Fuselli. Quelles recommandations aimeriez-vous faire au comité? Quelle mesure pourrions-nous adopter à l'échelle fédérale pour diminuer le nombre de commotions chez les jeunes compte tenu de cette fragilité et des nouvelles données sur les commotions et leurs conséquences éventuelles à long terme?

• (1225)

Mme Pamela Fuselli: Grâce à mes collègues de Pensez d'Abord Canada et de l'Association canadienne des lésés cérébraux, nous disposons d'une multitude de nouveaux renseignements sur les commotions, en particulier sur les blessures sportives.

À mon avis — mais je ne suis pas experte en lésions cérébrales —, la collaboration intersectorielle est essentielle, entre les chercheurs, les médecins qui soignent les patients, les spécialistes en réadaptation et les lésés cérébraux. Toutefois, comme c'est le cas pour tous les types de blessures, la recherche est l'aspect le plus important, et les données aussi, car c'est ce qui nous indique si ce que nous faisons fonctionne, et ce qu'il faut faire à l'avenir.

Donc, mettre l'accent sur les blessures comme les lésions cérébrales, qui ont des conséquences à vie, a une incidence énorme. Nous ne saisissons même pas encore toute l'ampleur de ce type de blessures. Nous continuons à soutenir le travail des experts dans ce domaine à l'échelle nationale pour en apprendre davantage sur ce qui est le plus efficace.

Mme Kirsty Duncan: Où sont les lacunes dans la collecte de données? Par exemple, si vous n'allez pas à l'urgence et que vous allez chez le médecin le lendemain, les données ne sont pas recueillies. Pourriez-vous nous dire où se situent les lacunes, s'il vous plaît?

Mme Jane Billings: Certaines lacunes sont liées aux dossiers de santé électronique, alors nous savons que nous ne recueillons pas...

Mme Kirsty Duncan: Pourriez-vous préciser quelles sont ces lacunes, s'il vous plaît?

Mme Jane Billings: Eh bien, nous savons que les blessures moins graves ne sont pas toutes signalées, donc notées. Comme nos réseaux se rendent jusqu'à certains hôpitaux et à certaines salles d'urgence, nous savons que des données nous échappent. Nous savons que nos données sont incomplètes pour certaines catégories de blessures.

Mme Kirsty Duncan: Est-ce que nous pourrions sensibiliser davantage les citoyens, les informer davantage? Les gens pensent au football, au hockey; ils ne pensent peut-être pas à la gymnastique ni au plongeon.

Mme Jane Billings: Il y a beaucoup de facteurs en cause. Une partie du problème par rapport à certaines blessures est le groupe formé de... je dirais de garçons à l'adolescence et au début de la vingtaine, qui croient que ça ne peut pas leur arriver. Ils se croient invincibles, trouvent que les casques sont pour les poules mouillées et sont convaincus qu'ils se remettront très vite. Évidemment, ce n'est pas le cas.

Divers organismes et associations, en particulier ceux qui étudient le cerveau, s'efforcent d'améliorer les outils dont nous disposons pour la sensibilisation, d'offrir de meilleurs modèles de pratique sécuritaire des sports, particulièrement pour ce groupe.

Mme Kirsty Duncan: Est-ce que ça pourrait être accompli au moyen d'un programme fédéral de communication? Par exemple, si vous prenez les enfants qui pratiquent des sports, les parents ne savent pas toujours... Ils n'ont peut-être jamais pratiqué ce sport et n'en connaissent pas les risques. Je pense qu'il est important de donner cette information.

Mme Jane Billings: Des recommandations ont été formulées au cours de l'atelier que nous avons tenu l'an dernier en décembre.

• (1230)

Mme Kirsty Duncan: Pourriez-vous nous les faire connaître?

Mme Jane Billings: La nécessité d'exercer un grand leadership en matière de prévention des blessures dans certains cas précis a fait l'unanimité. Une des recommandations du groupe était de mettre en oeuvre un plan commun de prévention des blessures sous toutes leurs formes, et d'augmenter la recherche appliquée pour trouver des solutions efficaces. Nous sommes en train d'élaborer avec ces organismes le contenu du plan et les priorités. Nous devrions pouvoir mieux expliquer tout ceci dans quelque temps.

La présidente: Merci, madame Billings.

M. Brown est le suivant.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente. J'ai quelques questions à poser.

Ma curiosité a été piquée quand nous avons parlé de campagnes de sensibilisation auprès des personnes âgées en particulier. D'après ce que j'ai compris, vous avez publié de l'information sur le site Web de Santé Canada. Je pense à mon propre grand-père, qui a 93 ans et qui n'aurait aucune idée de la façon de consulter le site Web de Santé Canada. Il n'a pas d'ordinateur.

Nous avons parlé de blessures à la hanche. Il a un stationnement. Il a sauté en bas d'une voiture il y a une dizaine d'années et s'est cassé les deux hanches. Quand on y songe, je crois qu'on ne devrait pas sauter d'une voiture à 83 ans. Maintenant, il se rend à son stationnement en marchette et continue à travailler. Manifestement, il serait très utile de donner aux personnes âgées des conseils sur les façons d'éviter les blessures. Je pense aux coûts de santé associés aux

blessures chez les personnes âgées. Évidemment, le système de soins de santé doit essayer des coûts importants en raison des blessures simples qui entraînent des complications.

Quelle est la manière la plus efficace de mettre en place des campagnes de sensibilisation ciblant les personnes âgées? Qu'est-ce qui fonctionne étant donné que nous ne pouvons pas compter sur la technologie numérique?

Mme Jane Billings: Quand nous concevons une campagne, nous déterminons le public visé et la manière dont il s'informe, qui varie d'un groupe d'âge à l'autre. La Division du vieillissement et des aînés cible plusieurs groupes à qui elle veut faire connaître les meilleurs moyens d'intervention. Un de ces groupes est celui des fournisseurs de soins de santé, soit les médecins et les personnes qui dispensent des soins dans les résidences et à domicile. C'est une partie du public visé. Nous voulons aussi fournir de l'information aux personnes âgées elles-mêmes et à leurs familles, pour que les familles sachent quoi surveiller et qu'elles puissent s'occuper efficacement des aînés.

Quand nous faisons ça, nous prenons différentes directions. Nous travaillons avec beaucoup d'associations des provinces et des territoires pour nous assurer qu'elles ont de l'information et des lignes directrices efficaces. Par exemple, nous allons voir les associations d'aînés et les collèges de médecins et leur présentons de l'information pouvant être distribuée à leurs membres. Nous produisons des imprimés pour les cabinets de médecin et les endroits où les gens magasinent, comme les pharmacies et les magasins qui vendent du matériel pour les personnes âgées.

De plus, nous utilisons le Web parce que les parents et les enfants l'utilisent pour se renseigner. Puis, évidemment, nous utilisons des documents comme le rapport annuel de l'administrateur en chef de la santé publique.

Nous utilisons les exposés. Nous faisons de plus en plus d'exposés, que nous adaptions chaque fois, devant des groupes comme les associations de fournisseurs de soins et les associations d'infirmiers et d'infirmières. Nous offrons des programmes différents chaque année, en fonction des publics visés et des stratégies à mettre en oeuvre.

M. Patrick Brown: Faites-vous également de la publicité?

Mme Jane Billings: Oui, mais pas beaucoup. À titre d'exemple, pour la H1N1, nous avons un budget de publicité pour la radio, la télévision et les journaux. En ce moment, nous avons une campagne sur le vaccin contre la grippe, qui est coordonnée avec les provinces, mais c'est très cher. Cette campagne passe à la radio également. Nous avons aussi en cours la campagne sur la sécurité des enfants.

M. Patrick Brown: Comment le Canada se compare-t-il aux autres pays en ce qui a trait aux campagnes de sensibilisation portant sur la prévention des blessures chez les aînés? Est-ce que vous nous fournirez des données sur...?

Mme Jane Billings: Nous n'avons pas ces données. Je suis désolée.

M. Patrick Brown: D'accord.

Existe-t-il des mécanismes pour comparer ou noter les pratiques exemplaires? Prévoyons-nous faire ça à l'avenir?

Mme Jane Billings: Lorsque nous préparons une campagne, nous étudions les interventions d'autres pays et ce qui fonctionne chez eux. Cela comporte plusieurs aspects. Qu'il s'agisse de former les responsables de la formation, d'obtenir les données de recherche appliquée disponibles ou de nous assurer de cibler les bons groupes, nous regardons ce que les autres pays ont fait. Par contre, je ne crois pas qu'à l'heure actuelle nous ayons l'intention de faire une étude régulière des campagnes de marketing, par exemple, d'autres organisations.

Toutefois, nous prenons part à un bon nombre de conférences internationales. Par exemple, l'an dernier, à la conférence triennale de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, nous en avons beaucoup appris sur ce que font les autres pays dans différents domaines, y compris concernant le vieillissement de la population. Nous rapportons toute cette information avec nous, et nous communiquons nos propres pratiques exemplaires à d'autres gouvernements. Nous tentons également d'obtenir de telles données par l'entremise de l'OMS et de l'OPS.

• (1235)

La présidente: Merci.

Merci, monsieur Brown.

Passons maintenant à Mme Leslie.

Mme Megan Leslie: Merci.

Nous entendons beaucoup parler de partenariats, d'échange d'information, de collecte de données et de plans d'action, mais Mme Fuselli nous a dit que nous avions besoin d'une stratégie nationale de prévention des blessures. Beaucoup d'organismes sans but lucratif, d'administrations gouvernementales et de membres de la collectivité souhaitent ça. Dans le discours du Trône, le gouvernement s'est engagé à mettre sur pied une stratégie de prévention des blessures. Pouvez-vous nous dire où nous en sommes? Quand pourrions-nous fêter son lancement?

Mme Jane Billings: Nous espérons pouvoir présenter cette stratégie rapidement. Elle a été annoncée dans le discours du Trône, et nous collaborons avec les divers acteurs pour que ça prenne forme. Comme Mme Fuselli l'a souligné, il doit s'agir d'un travail de collaboration, donc nous devons faire de notre mieux pour réunir les gens et préparer les interventions. Ça prend du temps.

Mme Megan Leslie: Ai-je raison de tenir pour acquis que l'ASPC serait chargée de la surveillance de la stratégie?

Mme Jane Billings: C'est exact.

Mme Megan Leslie: Donc, elle sera lancée bientôt?

Mme Jane Billings: Nous l'espérons.

Mme Megan Leslie: Avez-vous des données sur les coûts directs pour le système de soins de santé qui découlent de visites à l'urgence et d'hospitalisations en raison de blessures?

Mme Jane Billings: Nous avons le rapport auquel j'ai fait référence, qui a chiffré les coûts à près de 20 milliards de dollars par année. Nous pouvons vous le fournir.

Mme Megan Leslie: J'aimerais des données plus précises. Comment cette information est-elle recueillie?

M. Sylvain Segard: Je n'en suis pas certain. Quant à la ventilation des données dans le rapport, nous devons y jeter un coup d'oeil. Ça fait un bout de temps que je ne l'ai pas consulté.

Mme Megan Leslie: J'aimerais en avoir un exemplaire. Merci.

Hier, Santé Canada a annoncé de nouvelles restrictions sur la quantité de plomb dans certains produits, sans mentionner de

mesures d'application. On n'a pas parlé de ressources de surveillance ou d'application de ces nouveaux règlements. Je me demande comment le gouvernement va veiller à l'application de ces règlements.

Mme Athana Mentzelopoulos: Les nouveaux règlements s'intégreront à l'ensemble de règlements dont nous surveillons l'application de façon cyclique. Nous sommes en train de doubler le nombre d'inspecteurs. C'est un secteur auquel le gouvernement a consacré des ressources. Nous veillons cycliquement à l'application par un processus de collecte de données, et nous révisons nos règlements régulièrement.

Une partie des données vise à évaluer où nous nous attendons à voir un manque de conformité. C'est ce que nous cherchons. Parfois, nous devons expliquer pourquoi nous avons noté de graves cas de non-conformité. C'est parce que c'est ce que nous cherchons, et que c'est la base de nos efforts cycliques d'application. Donc, ces règlements s'inscrivent dans le plan d'application cyclique, et nous continuons de sensibiliser les représentants de l'industrie. Nous nous attendons à ce qu'ils respectent les règlements. Nous veillerons à ce que l'industrie les connaisse. Je pense que c'est déjà le cas dans une bonne mesure.

Nous informerons également les consommateurs. Il y a des milliers d'établissements de détail au Canada, et nous ne pouvons pas avoir un inspecteur dans chacun d'eux. Nous tentons de veiller à ce que les consommateurs aient l'information dont ils ont besoin. Lorsqu'ils voient quelque chose d'étrange, nous voulons qu'ils posent des questions et qu'ils nous en fassent part. Ce sont des données importantes pour nous.

• (1240)

Mme Megan Leslie: C'était une bonne annonce, mais j'imagine que ça va augmenter votre charge de travail. Nous lisons des rapports au sujet du plomb dans les tétines de biberon et dans d'autres objets où je n'aurais pas cru qu'il y aurait du plomb. Donc, j'imagine que ça vous occasionne du travail supplémentaire. Pensez-vous que le système cyclique sera suffisant?

Mme Athana Mentzelopoulos: Avec le suivi des plaintes, oui. Nous n'envoyons pas nos inspecteurs vérifier la conformité à un seul règlement. Le fait d'avoir ces deux nouveaux règlements sur le plomb ne vient pas ajouter une couche d'application.

Nos inspecteurs reçoivent de la formation sur l'ensemble des règlements. Donc, par exemple, s'ils se rendent dans un établissement de détail où il pourrait y avoir une vaste gamme de produits, et c'est souvent le cas, nos inspecteurs sont à l'affût de tout manque de conformité. Ils vont examiner les produits pour voir quels sont les codes en surface. Ils vont également se pencher sur les règlements qui concernent les jouets, par exemple pour vérifier si les petites pièces sont conformes.

J'ai moi-même fait une inspection avec des agents à Edmonton. Nous sommes allés dans un genre d'entrepôt de liquidation et ils ont tout examiné. Nous sommes passés dans chaque rangée. J'ai découvert la non-conformité. J'étais très fière de moi.

Mme Megan Leslie: Bravo.

Mme Athana Mentzelopoulos: De petites pièces.

La présidente: Passons maintenant à M. Uppal.

M. Tim Uppal (Edmonton—Sherwood Park, PCC): Merci, madame la présidente.

Merci à vous, mesdames et messieurs les témoins.

Je vais commencer par une petite remarque. Dans ma jeunesse, je jouais au hockey. On était conscient qu'il était dangereux de frapper quelqu'un par derrière, mais pas autant qu'aujourd'hui. De nos jours, beaucoup de jeunes joueurs ont un panneau d'arrêt plaqué dans le dos de leur chandail, en guise de rappel, car de graves blessures peuvent survenir, de toute évidence.

Que faut-il pour passer d'une conscience générale et d'un bon esprit sportif à quelque chose comme ça, puis, peut-être, à l'étape suivante? Il y a des centaines de ligues au Canada et plusieurs organisations. Elles ne sont pas toutes chapeautées par une seule organisation. Comment procédez-vous face à une telle situation?

Mme Jane Billings: Nous procédons de différentes façons. D'abord, nous devons obtenir de l'information quant au fait que des blessures sérieuses se produisent par suite de ce genre de pratiques dans un sport, auprès de différentes sources, y compris des associations sportives. Puis, il faut travailler avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec les associations pour les sensibiliser aux conséquences des blessures en question. En même temps, nous ferions en sorte de cibler ces interventions pour mettre fin à ce genre de pratiques.

Dans le cas des coups par derrière, si les associations de hockey du pays l'interdisaient et que leurs arbitres punissaient sévèrement les joueurs, ça cesserait rapidement. Certaines des associations juniors prennent des mesures pour y mettre fin. Il faut que ça passe à l'échelle nationale parce que, encore une fois, il faut des exemples à la télévision d'organisations qui l'interdisent et qui punissent sévèrement les joueurs. En fin de semaine, dans un match de hockey professionnel, il y a eu un gros coup donné par derrière, sans punition. Quel genre de message pensez-vous que ça envoie?

Voulez-vous ajouter quelque chose?

Mme Pamela Fuselli: La culture de la sécurité représente également un défi. Ça prend beaucoup de temps. Le tabac est une autre question de santé publique que la société dans son ensemble a mis beaucoup de temps à aborder et à envisager comme quelque chose à ne pas faire. Il y a encore des gens qui fument, mais...

Je crois que ce que nous avons devant nous, c'est... SécuriJeunes existe depuis près de 20 ans, donc nous travaillons là-dessus depuis un moment, et ça prend beaucoup de temps pour faire entrer les enjeux dans la société. C'est pourquoi un de nos mandats est d'essayer de mener et d'inspirer cette culture. Pour ce faire, comme Mme Billings l'a dit, nous avons besoin de leadership, nous avons besoin de meneurs, nous avons besoin d'un mécanisme de communication pour diffuser le message, mais aussi les solutions. Il ne faut pas parler uniquement du problème. Nous devons leur dire ce qui fonctionne et nous devons tenter de faire participer ceux qui ont la capacité d'influencer les intervenants dans le domaine.

• (1245)

M. Tim Uppal: La trampoline est un autre exemple qui me vient à l'esprit. Je pense qu'il est maintenant obligatoire d'acheter les murs qui vont autour. Ça doit être vendu ensemble. Avant, il n'y avait que des trampolines et des enfants qui en tombaient.

J'aimerais renchérir sur le commentaire de mon collègue au sujet des personnes âgées qui ne sont pas en mesure de consulter le site Web où vous dressez la liste des initiatives de sensibilisation à leur intention. Avez-vous fait la même chose avec les différentes communautés culturelles, dans plusieurs langues?

Mme Jane Billings: Nous avons fait des efforts de sensibilisation auprès de différentes cultures, dans plusieurs langues, et ce, à de nombreux égards.

Pour les personnes âgées, je ne crois pas que nous l'ayons fait. Nous devons améliorer les choses à ce chapitre. J'espère que Sylvain pourra me contredire. Mais à ma connaissance, nous ne l'avons pas fait.

Nous l'avons fait à certains égards. Si je prends l'exemple du cancer, nos données nous montrent des risques considérablement différents selon les groupes culturels. Nous leur avons donc fourni de l'information et nous avons fait des efforts de sensibilisation auprès de ces communautés et de ces associations. Je pense que c'est là que nous trouverions certaines lacunes sur le plan des données, sur le plan de l'analyse, pour montrer où il y a des différences.

M. Tim Uppal: Je pense aux récentes campagnes de sensibilisation concernant la date d'expiration des sièges de voiture. J'ai moi-même deux jeunes enfants et je ne savais pas ça. Il va sans dire que je vais aller vérifier la date d'expiration.

Est-il prévu de fournir cette information dans d'autres langues, ou de tenter de rejoindre le plus grand nombre de personnes possible?

Mme Pamela Fuselli: SécuriJeunes a fait un peu de sensibilisation auprès des communautés ethnoculturelles. Vu la façon dont nous sommes financés, nous dépendons des commandites pour financer nos activités. Nous avons tout de même fait de la sensibilisation sur les questions de sécurité du domicile et des sièges de voiture auprès de certaines communautés ethnoculturelles, seulement dans la région de Toronto dans le cadre d'un projet pilote. Nous avons également tenu des groupes de discussion avec ces communautés pour comprendre qu'il ne s'agit pas de traduire l'information mot à mot. Il faut comprendre le contexte culturel et la façon de présenter l'information. Ça peut être le même message que nous présentons sur notre site anglais, mais c'est sous forme d'histoire ou c'est diffusé sur les chaînes de télévision et de radio que les communautés regardent et écoutent, auxquelles elles se fient pour obtenir de l'information. Cependant, nous ne touchons que la pointe de l'iceberg à l'heure actuelle.

La présidente: Au tour de M. Segard.

[Français]

M. Sylvain Segard: Merci de me donner plus de temps.

[Traduction]

Je pense qu'il est évident que la portée de l'information n'est pas la même auprès des communautés ayant des besoins spéciaux ou des communautés culturelles, et ainsi de suite. Lorsque l'agence a des programmes en place, comme ceux pour les enfants, où nous avons des programmes pour les enfants issus de différentes communautés et le programme de nutrition, les programmes qui comportent des aspects de prévention des blessures tentent de faire traduire leur matériel lorsque c'est possible et lorsque la demande l'exige.

Pour les aînés, nous n'avons pas de sources de financement établies. Nous établissons nos programmes en fonction de ce que nous pouvons financer grâce à nos budgets, et nous saisissons les occasions qui s'offrent à nous pour collaborer avec différentes organisations au pays afin de faire des progrès dans certains dossiers. Nous avons parfois fait traduire du matériel dans plusieurs langues, mais ce n'est pas systématique.

La présidente: Monsieur Uppal, allez-y avec votre dernière question, rapidement.

M. Tim Uppal: Je veux parler de contraventions et de sensibilisation. Prenons l'exemple des sièges de voiture pour les enfants. La sensibilisation fonctionne. À quel point devons-nous nous en remettre à donner des contraventions aux gens qui n'assoient pas leurs enfants dans des sièges de voiture appropriés?

Mme Pamela Fuselli: D'après notre expérience, les lois en elles-mêmes, sans mesures d'application, ont un effet positif. Avec des mesures d'application, l'effet se fait sentir davantage.

Nous avons un numéro de téléphone où les gens peuvent appeler et poser leurs questions, et une certaine importance est accordée aux situations visées par la loi. Ce n'est pas une question de l'un ou l'autre. La sensibilisation est absolument nécessaire, mais elle ne suffit pas. Les lois sont importantes pour indiquer l'importance d'une

question et sont efficaces en elles-mêmes, mais l'application pousse les choses encore plus loin.

La présidente: Merci beaucoup.

Je veux remercier nos témoins. Nous avons fait deux rondes de questions, et nous n'avons pas le temps pour une troisième. Toutefois, je crois que nous avons pu poser aujourd'hui bon nombre des questions que le comité avait sur ce sujet très, très important. Je veux remercier chacun d'entre vous de votre présence ici. Vous nous avez fourni de l'information précieuse.

Sur ce, je déclare que la séance est levée pour aujourd'hui.

Le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

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

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

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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