

Une santé publique forte au cœur d'un système de santé efficace et efficient

Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux
dans le cadre de l'étude du projet de loi n°15

Mai 2023



 **ASPQ**

ASSOCIATION POUR LA SANTÉ
PUBLIQUE DU QUÉBEC

Auteur·e·s

Marianne Dessureault, avocate, responsable des affaires juridiques, ASPQ

Vincent Guérard, stagiaire en droit, ASPQ

Révision

Thomas Bastien, directeur général, ASPQ

Anne-Marie Morel, M. Sc., Directrice de projets et conseillère principale, ASPQ

Mentions légales

Les informations contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Les informations contenues dans ce rapport peuvent être de nature juridique, mais elles ne constituent pas un avis ou des conseils juridiques.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site web de l'Association pour la santé publique du Québec : www.aspq.org

© Association pour la santé publique du Québec (2023).

Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)

L'ASPQ est une association autonome regroupant citoyens et partenaires pour faire de la santé durable une priorité. La santé durable s'appuie sur une vision à long terme qui, tout en fournissant des soins à tous, s'assure aussi de garder la population québécoise en santé par la prévention.

Notre organisation conseille, enquête, sensibilise, mobilise des acteurs et émet des recommandations basées sur les données probantes, des consensus d'experts, l'expérience internationale et l'acceptabilité sociale.

5455 Avenue de Gaspé, bureau 200
Montréal (Québec) H2T 3B3

info@aspq.org | aspq.org



TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	6
UNE RECONNAISSANCE DE LA NOTION DE SANTÉ DURABLE.....	7
LA RECONNAISSANCE DU TRAVAIL DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ŒUVRANT EN PRÉVENTION ET EN PROMOTION DE LA SANTÉ.....	8
VALORISER L'EXPERTISE DE SANTÉ PUBLIQUE DANS L'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ QUÉBEC.....	9
UNE INDÉPENDANCE DÉCISIONNELLE RENFORCÉE ET UNE EXPERTISE ASSURÉE.....	10
Une hiérarchie à préciser pour assurer l'indépendance de la santé publique.....	10
Une nomination non-partisane.....	12
L'expertise de l'Institut national de santé publique (INSPQ).....	12
DES CONSIDÉRATIONS ENVIRONNEMENTALES À NE PAS NÉGLIGER.....	13
Carboneutralité et Loi sur le développement durable.....	13
UNE RÉVISION DE LA L.S.P. POUR UNE SANTÉ PUBLIQUE À LA HAUTEUR DES AMBITIONS DU QUÉBEC	13
CONCLUSION.....	14
ANNEXE 1 : SUGGESTIONS DE MODIFICATIONS AUX ARTICLES DE LA L.S.P.....	15

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

1. **Interpréter et rédiger le P.L. 15 en intégrant la notion de santé durable :**
 - L'ajout du terme « bien-être » à l'article 395 modifiant l'article 3 de la *Loi sur la santé publique* doit être compris et interpréter conformément au concept de santé durable.
 - Les objectifs de prévention et de promotion de la santé énoncés aux articles 1 et 2 de la *Loi sur les services de santé et services sociaux* devraient être intégrés aux objectifs du P.L. 15 (art. 1) dans une optique de santé durable.
2. **Clarifier les modalités et mécanismes d'octroi des subventions aux organismes communautaires (art. 431 P.L. 15) tout en préservant l'autonomie d'octroi de financement des directeurs régionaux (art. 76 P.L. 15).**
3. **Valoriser le rôle et l'expertise des services des directions régionales de santé publique dans l'ensemble du système de soins en :**
 - Créant un siège sur le conseil d'administration de Santé Québec destiné à la spécialité de santé publique ;
 - Créant un ensemble de services (art. 3 et 40 du P.L. 15) liés à la santé publique régionale (DRSP) et visant la prévention et à la promotion de la santé ;
 - Clarifiant la place accordée aux directions régionales dans la structure proposée.
4. **Garantir une indépendance décisionnelle et une expertise au DNSP et aux DRSP envers Santé Québec et valoriser leur rôle de conseiller scientifique :**
 - Clarifier la hiérarchie dont les rôles du DNSP et son influence envers les DRSP en assurant les pouvoirs régionaux et l'indépendance des DRSP ;
 - Rendre publics et accessibles les recommandations du DNSP et des DRSP dans leur intégralité, minimalement, aux députés de l'Assemblée nationale et, *a fortiori*, à la population afin d'assurer la crédibilité de la santé publique ;
 - Les pouvoirs de surveillance continue de l'état de santé de la population découlant du Programme national de santé publique pourraient être élargis tant au ministre, au DNSP et aux DRSP ;
 - Puisqu'il est actuellement possible pour un-e même DRSP d'être nommé-e pour plus d'une région (art. 74), il convient de normer cette situation afin d'éviter que la permanence d'une telle nomination puisse faire perdre à une région sa capacité d'action ou de faire valoir ses préoccupations et caractéristiques ;
 - Bien qu'il soit effectivement souhaitable que le ministre demeure responsable de la rédaction des orientations et du programme annuel, ce dernier devrait être rédigé **suivant les recommandations** du Directeur national de santé publique (art. 937) ;
 - Modifier la *Loi sur la santé publique* (art.34-36) afin de confier la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population aussi au Directeur national en plus du ministre et des directions régionales. Dans le cadre de cette fonction, le directeur national devrait aussi pouvoir mandater l'INSPQ ;
 - Modifier l'article 54 de la *Loi sur la santé publique* afin d'ajouter le Directeur national, en plus du ministre, comme conseiller du gouvernement et que chacun doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population.

5. Revoir le mode de nomination du Directeur national afin de mettre en place un processus le plus indépendant possible.
6. Préciser ou clarifier que les DRSP, à titre d'autorités de santé publique, pourront toujours requérir l'expertise de l'INSPQ.
7. Assurer l'exemplarité de Santé Québec en matière d'adaptation aux changements climatiques en adoptant certaines mesures comme :
 - La carboneutralité de son réseau ;
 - L'assujettissement à la *Loi sur le développement durable*.
8. Entamer une révision plus ambitieuse et rigoureuse de la *Loi sur la santé publique*.

INTRODUCTION

Qu'il s'agisse d'épidémies ou de maladies chroniques non-transmissibles, la force du réseau de santé publique et de ses partenaires influence directement l'efficacité et la rentabilité du réseau de soins. En effet, en exerçant [ses fonctions](#) de surveillance, de prévention, de protection et de promotion de la santé, la santé publique permet de réduire le nombre de personnes malades ou blessées : il ne s'agit donc pas d'un enjeu parallèle ou secondaire aux questions sur l'accès et l'efficacité des soins au Québec. Inversement, l'accès aux soins a un impact sur la santé de la population et le travail de la santé publique.

Dans ce contexte, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) voit d'un bon œil certains ajouts et clarifications apportés par le projet de loi n°15, *Loi visant à rendre le système de santé et les services sociaux plus efficaces* (ci-après P.L. 15). Il est louable que le projet de loi laisse transparaître une volonté claire du gouvernement de rendre plus efficaces le système de la santé et son accès.

Pour y arriver, il est néanmoins primordial de saisir l'opportunité d'assurer un rôle et une place nécessaires à la santé publique et à la santé durable, et ce, autant hors de l'hôpital qu'à l'intérieur du système de soins. La prévention des maladies et traumatismes ainsi que la promotion de la santé doivent être considérées prioritaires pour assurer l'efficacité et la rentabilité d'u système de soins actuellement surchargé. Comme le sont entre autres la planification de la main d'œuvre, les conditions de travail et l'organisation des services, la santé publique est un pilier essentiel, et sous-exploité depuis de nombreuses années au Québec, pour sortir de l'infinie spirale des listes d'attente et de la croissance incontrôlable des dépenses.

Le P.L. 15 tente bien de reconnaître l'influence de la santé publique en ajoutant notamment un pouvoir de gestion des mesures régionales de santé publique aux directeurs de santé publique (art. 76 (1°)) et la reconnaissance des spécialisations en santé publique (art. 74 et 855), mais cela ne peut suffire pour assurer le respect de ses rôles et en tirer tous les bénéfices.

C'est au cœur même du projet de loi que le bât blesse : la santé publique n'apparaît à aucun endroit dans la structure proposée de Santé Québec. Pourtant, les difficultés rencontrées durant la crise sanitaire de la Covid-19, l'explosion des coûts en matière de santé, le manque de main d'œuvre et la surcharge de notre système de soins ont mis en lumière toute l'importance d'une santé publique forte dans la communauté et la valorisation des soins préventifs dans le système curatif. L'esprit et le texte du P.L. 15 doivent refléter cette volonté.




UNE RECONNAISSANCE DE LA NOTION DE SANTÉ DURABLE

La santé durable se doit d'être au cœur de nos préoccupations et de celles des générations futures. Au cœur de la vision de l'ASPQ¹, la santé durable s'appuie sur une vision à long terme qui, tout en fournissant des soins à l'ensemble de la population, s'assure aussi de la garder en santé par la prévention. Le concept de santé durable est inclusif. Il permet de réunir des actrices et des acteurs de la société provenant de différentes disciplines, pas seulement de la santé et des services sociaux. Ainsi, la santé doit être intégrée au sein de toute politique publique, de toute innovation, de tout plan stratégique du gouvernement et des entreprises.

C'est dans cet esprit que doit être interprété et rédigé le P.L. 15 : miser sur la prévention et la promotion de la santé est une façon incontournable d'améliorer l'efficacité du système de santé. La santé durable doit être un objectif du projet de loi et être ajoutée aux lois modifiées le cas échéant.

L'article 935 du P.L. 15 ajoute judicieusement la notion de « bien-être » à l'objet et les mesures de la *Loi sur la santé publique* (art. 3) (ci-après L.S.P.). Nous demandons que cette nouvelle notion soit comprise conformément au sens du concept de santé durable. Les mesures prises doivent donc considérer le bien-être global, actuel et futur de la population. De ce fait, les actions entreprises et les services offerts doivent considérer également les menaces à la santé, telles que décrites, mais pas limitativement en accordant aussi une attention aux risques à la santé émergents et potentiels.

Par ailleurs, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (R.L.R.Q. s-4.2) (ci-après L.S.S.S.S.) identifiait et assurait bien, à ses articles 1 et 2, les objectifs de prévention et de promotion de la santé comme partie intégrante de la santé durable. Ces objectifs ne sont toutefois pas repris dans le P.L. 15 et devraient l'être (art.1).



La santé durable,
c'est plus de santé, plus
longtemps, dans un
environnement plus
sain et plus sécuritaire,
pour toutes et tous et
pour les générations à
venir.

¹ ASPQ (2021). *Portrait de l'Association pour la santé publique du Québec* [en ligne, https://www.aspq.org/app/uploads/2021/01/aspq_enbref_03.pdf]

LA RECONNAISSANCE DU TRAVAIL DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ŒUVRANT EN PRÉVENTION ET EN PROMOTION DE LA SANTÉ

L'article 431 du P.L. 15 octroie le pouvoir à Santé Québec d'allouer des subventions aux organismes communautaires œuvrant sur le terrain, notamment en prévention et promotion de la santé et en amélioration des conditions de vie.

Tout en reconnaissant l'importance de financer les activités et le travail d'organismes du milieu communautaire, il y a lieu de clarifier les modalités et mécanismes d'octroi : est-ce une nouvelle source de financement, un remplacement des fonds et du pouvoir d'allocation des directeurs de santé publique (ci-après directeurs régionaux ou DRSP) ou un remplacement de ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux ? Des questions demeurent en suspens.

Cela dit, l'ASPQ encourage le législateur à maintenir, entre autres, l'autonomie d'octroi de financement des DRSP afin qu'ils puissent assurer la poursuite d'activités pertinentes et spécifiques dans leurs milieux et assurer ainsi la gestion et le déploiement de leurs plans d'actions régionaux. Les DRSP sont les plus au fait des enjeux de santé prioritaires dans leur région et ils doivent, conséquemment, être en mesure de financer des actions pouvant contribuer efficacement à leur résolution et prévention. En ce sens, nous souhaitons que l'article 76 (1°)(5°) du P.L. 15 inclut aussi l'allocation de ressources tant financières, humaines que matérielles.

L'ASPQ souligne aussi que le financement accordé à l'action communautaire doit suivre les ambitions de santé et de prospérité du Québec. À cet égard, nous réitérons son importance, tout comme les [investissements dans le réseau de santé publique](#). Santé Québec devra donc s'assurer que les priorités et habitudes de vie identifiées dans l'ensemble des politiques adoptées et liées à la santé, comme la *Politique gouvernementale de prévention en santé*, sont financées et répondues adéquatement.

À ce titre, nous rappelons le rôle essentiel que peuvent jouer les organismes communautaires sur les plans nationaux, régionaux et locaux. Le sous-financement du milieu communautaire a aussi des impacts sur les conditions de vie des personnes dévouées qui y travaillent. Il faut offrir un financement qui considère la possibilité, pour les OBNL, d'octroyer des revenus et salaires viables permettant de ne pas vivre dans la pauvreté, c'est-à-dire au-delà du seuil de salaire minimum.

VALORISER L'EXPERTISE DE SANTÉ PUBLIQUE DANS L'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ QUÉBEC

Dans une société où les défis de santé publique sont multiples et croissants, et où les coûts des soins explosent, mettre en valeur les façons de parvenir, individuellement et collectivement, à une véritable santé durable est crucial.

Au nom de la qualité de vie des Québécois-es et de la survie de leur réseau de soins public, il faut s'engager à réduire ensemble le nombre de malades et à propager plus de santé.

Si la santé publique et ses fonctions phares sont incluses dans le projet de loi à certains endroits, elle brille par son absence dans le fonctionnement et la structure du projet Santé Québec. Hormis la mention dans la direction clinique et pour des services spécialisés regroupés sous les services communautaires, les services de santé publique dispensés par les directions régionales de santé publique ne sont pas discutés. Pour l'ASPQ leur rôle et leur expertise ne sont ainsi pas suffisamment mis à profit dans un système de soins qui se veut plus efficace.

« Un corpus croissant de données montre que la santé d'un individu dépend aussi de facteurs autres que les soins médicaux dont il bénéficie. Certains de ces facteurs peuvent cependant être directement influencés par les systèmes de santé, au travers des mesures de santé publique et de prévention. »

- OCDE (2017)ⁱⁱ

Il est essentiel que nos hôpitaux et notre réseau puissent bénéficier de l'expertise et des conseils en matière de santé publique des Directions de santé publique de chaque région. Notre réseau aurait tout intérêt à valoriser les services de prévention tant primaires, secondaires que tertiaires. On doit pouvoir offrir et inclure des services de prévention et de promotion de la santé à tous les niveaux décisionnels.

La création de Santé Québec est le moment tout indiqué pour reconnaître l'atout et l'importance de la santé publique notamment en créant :

- un siège destiné à cette spécialité sur le conseil d'administration de Santé Québec ;
- un ensemble de services (art. 3 et 40 du P.L. 15) liés à la santé publique régionale (DRSP) et visant la prévention et à la promotion de la santé. Autrement, il serait utile de préciser la place accordée aux différentes directions régionales de santé publique dans la structure proposée.

ⁱⁱ OCDE (2017). *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, Chap. 2, [en ligne, https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr]

UNE INDÉPENDANCE DÉCISIONNELLE RENFORCÉE ET UNE EXPERTISE ASSURÉE

L'indépendance du directeur national et des directeurs régionaux de santé publique du politique a fait l'objet de plusieurs débats et l'idée semble faire consensus. Toutefois, la nature des liens à entretenir et la répartition des responsabilités demeurent à préciser. L'enjeu de la gouvernance de la santé publique est inévitable pour bâtir une santé publique forte, au bénéfice de la population et du réseau de soins.

Le projet de loi n° 15 touchant à la nomination du Directeur national de santé publique (ci-après le directeur national ou DNSP) et des directeurs de santé publique nommés, est l'occasion parfaite de procéder à cette révision. C'est également une opportunité pour clarifier les rôles tout en assurant la légitimité, l'indépendance et la transparence requises pour certaines fonctions et autorités.

Une hiérarchie à préciser pour assurer l'indépendance de la santé publique

Dans le projet de loi, le rôle et les fonctions du DNSP sont similaires à ce qui prévaut dans la loi actuelle. On prévoit tout de même une nouvelle hiérarchie entre Santé Québec, le ministère, le DNSP et les DRSP dont les rôles et les liens demeurent à préciser pour assurer une certaine crédibilité et indépendance des services de santé publique. La place exacte du DNSP dans la structure, son rôle et ses compétences doivent être précisés afin de garantir l'atteinte des objectifs de transparence et d'indépendance.

Rôle et compétences du DNSP et des DRSP

Le DNSP conserve, dans le P.L. 15, un certain pouvoir de surveillance et de contrôle sur les directions régionales (art. 77-79), mais dans un contexte où les orientations et les pratiques de Santé Québec sont données par le ministre de la Santé (art.25-26).

Il demeure essentiel de valoriser le rôle du DNSP afin de renforcer la crédibilité et la valeur de conseiller scientifique de son rôle. Sa fonction de conseiller doit être mise en valeur tout en assurant aussi l'autonomie et l'expertise des DRSP.

Ainsi, le DNSP, qui occupe également les fonctions de sous-ministre adjoint travaillant en étroite collaboration avec le ministre de la Santé, peut demander des comptes aux directions régionales ou requérir leurs avis, à sa guise. Encore plus, les directions régionales doivent informer le DNSP de leurs travaux et justifier les décisions prises. Or, aucune obligation de publication des avis des DRSP ou du DNSP n'est exigée.

Dans ce contexte de subordination, les directions régionales seront-elles soucieuses voire obligées de suivre les directives plus « politiques » du DNSP ou de Santé Québec qui pourraient être contraires au bien-être des populations régionales ? Dans une absence de clarification des rôles et compétences, les DRSP perdent-elles une autonomie décisionnelle et un pouvoir d'action et d'adaptation à des situations locales ?

Afin de rassurer quant à l'indépendance et la crédibilité des DRSP et du DNSP et de valoriser leur rôle de conseiller scientifique, voici certains points à considérer :

- Il est important de clarifier les rôles du DNSP, son rôle envers les DRSP, de même qu'assurer les pouvoirs régionaux et l'indépendance des DRSP ;
- Les recommandations du DNSP et des DRSP devraient être accessibles dans leur intégralité, minimalement, aux députés de l'Assemblée nationale et, *a fortiori*, à la population afin d'assurer la crédibilité de la santé publique ;
- Puisqu'il est actuellement possible pour un-e même DRSP d'être nommé-e pour plus d'une région (art. 74), il convient de normer cette situation afin d'éviter que la permanence d'une telle nomination puisse faire perdre à une région sa capacité d'action ou de faire valoir ses préoccupations et caractéristiques.

Le programme national de santé publique (PNSP)

Le programme national de santé publique (PNSP) est l'outil de prédilection pour la priorisation des objectifs et des activités du milieu de la santé publique (art.937 modifiant l'art. 7 L.S.P.). Les orientations décidées influencent les financements octroyés et les activités élaborées. Les sujets devant être abordés dans ce programme nécessitent d'ailleurs une connaissance du domaine de la santé publique que possède bien le DNSP.

Bien qu'il soit effectivement souhaitable que le ministre soit responsable de la rédaction des orientations et du programme annuel, ce dernier devrait être rédigé **suivant les recommandations** du Directeur national de santé publique.

La surveillance continue de l'état de santé de la population

La *Loi sur la santé publique* (LSP) confie la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population exclusivement au ministre et aux directeurs régionaux (art.34-36) sans passer par le Directeur national.

Puisque nous demandons que le DNSP fasse part de ses recommandations dans le cadre du PNSP, il serait incohérent qu'il ne possède pas aussi cette compétence, et ce, même si les DRSP ont l'obligation de l'informer des situations urgentes.

Dans le cadre de ses fonctions, vraisemblablement, le DNSP aurait aussi besoin d'assurer la surveillance de certains indicateurs ou d'en confier la tâche à l'INSPQ selon ses intentions et directives. Le DNSP, comme les DRSP, devraient ensuite pouvoir aviser Santé Québec et le ministre de toute situation susceptible de mettre en danger la santé de la population ou menace.

Le rôle de conseiller du DNSP sur les questions de santé publique

Il est étonnant de constater que la L.S.P. ne reconnaît pas le rôle conseil et donc l'expertise du Directeur national auprès du ministre et du gouvernement sur les questions touchant la santé publique. Il est pourtant de l'expertise du DNSP de pouvoir conseiller en matière de santé publique.

Il est donc proposé que le rôle conseil ou le pouvoir de recommandation du DNSP notamment dans le cadre d'évaluations d'impacts à la santé requises par l'article 54 L.S.P. soit valorisé en requérant les recommandations du DNSP.

La LSP ne reconnaît pas le rôle conseil et donc l'expertise du Directeur national auprès du gouvernement sur les questions touchant la santé publique minant son rôle et sa crédibilité

Une nomination non-partisane

Le conseil d'administration de Santé Québec est composé notamment du président du conseil, du président et chef de la direction, du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux et de dix autres membres issus entre autres du comité des usagers. Ce conseil d'administration recommande, au ministre, le choix des directions régionaux de santé publique (art. 74 du P.L. 15). Il s'agit d'un processus intéressant.

Cependant, le P.L. 15 ne révisé pas le processus de nomination du Directeur national de santé publique. Ce dernier demeure donc sous-ministre adjoint (art. 5.1 al. 1 de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*) et est donc nommé par le ministre. Le P.L. 15 devrait revoir le mode de nomination du DNSP afin d'appliquer le processus de nomination le plus indépendant possible.

L'expertise de l'Institut national de santé publique (INSPQ)

L'art. 76 du P.L. 15 confère des rôles et compétences larges et importantes aux DRSP dont la gestion du plan d'action régional, l'identification des situations susceptibles de mettre en danger la population et l'identification d'interventions efficaces. Afin de remplir adéquatement leurs fonctions, les directeurs de santé publique devront nécessairement bénéficier aussi des ressources et expertise reconnues de l'INSPQ en matière de santé publique comme c'est actuellement le cas.

Il est important, dans le cadre du P.L. 15, de clarifier que les DRSP, à titre d'autorités de santé publique, pourront toujours requérir l'expertise de l'INSPQ de manière générale et non seulement, par exemple, lors de la rédaction des rapports régionaux (art. 10 L.S.P. non modifié par P.L.15).

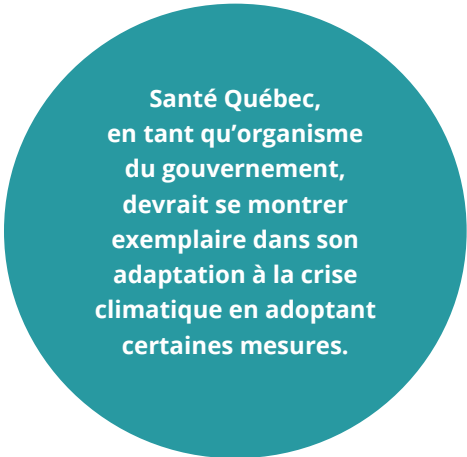
DES CONSIDÉRATIONS ENVIRONNEMENTALES À NE PAS NÉGLIGER

Carboneutralité et Loi sur le développement durable

En considérant l'objectif de la santé durable, le P.L. 15 devra s'ajuster pour considérer aussi les risques émergents et potentiels tels que les conséquences des changements climatiques et la préservation d'environnements sains.

Comme mentionné dans la *Charte pour la santé durable du Québec* du Réseau d'action pour la santé durable du Québec, parmi les ajustements possibles, Santé Québec, en tant qu'organisme du gouvernement, devrait se montrer exemplaire dans son adaptation à la crise climatique en adoptant certaines mesures comme :

- La carboneutralité de son réseau ;
- L'assujettissement à la *Loi sur le développement durable*.



**Santé Québec,
en tant qu'organisme
du gouvernement,
devrait se montrer
exemplaire dans son
adaptation à la crise
climatique en adoptant
certaines mesures.**

UNE RÉVISION DE LA L.S.P. POUR UNE SANTÉ PUBLIQUE À LA HAUTEUR DES AMBITIONS DU QUÉBEC

Le P.L. 15 modifie superficiellement la L.S.P. alors qu'une réforme plus approfondie de la gouvernance, du financement et du rôle de la santé publique est souhaitable. Comme mentionné au préalable, certains ajustements additionnels de la L.S.P. pourraient être ajoutés tant au P.L. 15 (voir annexe 1) ou dans une révision au fond de la L.S.P. pour intégrer la notion de durabilité et renforcer le rôle et l'indépendance du DNSP et es DRSP.

« Il n'y a que deux erreurs que l'on peut faire sur le chemin de la vérité; ne pas aller jusqu'au bout, et ne pas commencer. » - Bouddha

L'ASPQ invite le gouvernement à entamer une révision plus ambitieuse et rigoureuse de la L.S.P. notamment en ce qui concerne les mesures d'urgence.

CONCLUSION

Afin d'assurer que la santé publique, comme partie prenante et pilier du système de soins de Santé Québec, puisse répondre aux enjeux et aux ambitions en matière de santé durable du Québec de demain, il est essentiel de lui accorder une place et des compétences de choix.



Annexe 1 : Suggestions de modifications aux articles de la L.S.P.

Les modifications suggérées par l'ASPQ sont en rouge et les modifications proposées par le P.L. 15 sont identifiées en bleu.

1. La présente loi a pour objet **d'assurer la santé durable de la population par** la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être **actuels et futurs** de la population en général.

3. D'autres mesures édictées par la présente loi visent à prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé **durable** de la population et à influencer de façon positive les principaux facteurs déterminants de la santé, notamment par une action intersectorielle concertée.

Elles visent le maintien et l'amélioration **sur le long terme** de la santé physique **et mentale, du bien-être ainsi que de la capacité** des personnes d'agir dans leur milieu.

4. Certaines mesures édictées par la présente loi visent enfin à ce que soit effectuée une surveillance continue de l'état de santé de la population en général et de ses facteurs déterminants afin d'en connaître l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services **actuels et futurs** appropriés.

Les dispositions de la présente loi qui concernent la surveillance continue de l'état de santé ne s'appliquent pas aux activités de recherche ou de développement des connaissances effectuées, notamment par l'Institut national de santé publique du Québec, dans le domaine de la santé ou des services sociaux.

2001, c. 60, a. 4.

5. Les actions de santé publique doivent être faites dans le but de protéger, de maintenir ou d'améliorer **la santé durable de la population ainsi que** l'état de santé et de bien-être de la population en général et elles ne peuvent viser des individus que dans la mesure où elles sont prises au bénéfice de la collectivité ou d'un groupe d'individus.

2001, c. 60, a. 5.

7. Le ministre, **sur l'avis de Directeur national de santé publique**, élabore un programme national de santé publique qui encadre les activités de santé publique aux niveaux national et régional et il établit les normes et les standards de qualité en santé publique.

Le ministre doit évaluer les résultats de son programme et le mettre à jour régulièrement. Il en assure la coordination nationale et interrégionale.

8. Le programme national de santé publique doit comporter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne:

- 1° la surveillance continue de l'état de santé de la population de même que de ses facteurs déterminants;
- 2° la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé durable de la population;
- 3° la promotion de mesures systémiques aptes à favoriser une amélioration de la santé durable de la population et l'état de santé et de bien-être de la population;
- 4° la protection de la santé de la population et les activités de vigie sanitaire inhérentes à cette fonction.

Le ministre, sur l'avis du **Directeur national de santé publique** peut ajouter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne tout autre aspect de santé publique qu'il estime nécessaire ou utile d'inclure au programme.

Dans l'élaboration de tous les volets du programme, le ministre sur l'avis du **Directeur national de santé publique** doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé sociales de santé et le bien-être au sein de la population et celles qui peuvent contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population.

34. La fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population est confiée exclusivement au ministre, sur l'avis du **directeur national de santé publique**, et aux directeurs de santé publique.

Toutefois, le ministre peut confier à l'Institut national de santé publique du Québec le mandat d'exercer, en tout ou en partie, sa fonction de surveillance ou certaines activités de surveillance, aux conditions et dans la mesure qu'il juge appropriées. Il peut aussi confier un tel mandat à un tiers, mais dans ce cas le mandat doit être préalablement soumis pour avis à la Commission d'accès à l'information.

40. Le ministre sur l'avis du **Directeur national de santé publique** peut veiller lui-même à la tenue de ces enquêtes ou s'assurer que les informations recueillies lors d'enquêtes par d'autres intervenants lui soient transmises ou soient mises à la disposition des directeurs de santé publique.

41. Lorsque le ministre décide de tenir une enquête nationale pour les fins de surveillance continue de l'état de santé de la population, il en établit les objectifs après consultation du **Directeur national de santé publique** et des directeurs de santé publique.

49. Le ministre, sur avis du **Directeur national de santé publique**, peut, à des fins de soins préventifs cliniques ou de protection de la santé de la population, instituer par règlement des registres où sont inscrits des renseignements personnels sur certains services ou soins de santé reçus par la population.

Le règlement doit indiquer quels services ou soins y seront inscrits, les renseignements personnels à fournir, dans quelles circonstances, par quels professionnels de la santé et qui aura accès à ces renseignements personnels et pour quelles fins.

Le règlement doit prévoir que le consentement de la personne qui reçoit les services ou les soins est requis, tant pour l'inscription au registre que pour l'accès par des tiers aux renseignements qu'il contient et il doit permettre à une personne de retirer d'un registre tous les renseignements qui la concernent ou une partie d'entre eux.

Toutefois, le règlement peut prévoir l'inscription à un registre de certains renseignements ou prévoir l'accès à certains renseignements, sans le consentement de la personne que ces renseignements concernent, lorsque le refus de cette personne pourrait mettre en danger la santé d'autres personnes. En pareil cas, la personne concernée ne peut non plus exiger que l'on retire du registre les renseignements qui la concernent.

51.1. Le ministre, **sur avis du Directeur national de santé publique**, peut, afin d'être en mesure d'identifier les menaces réelles ou appréhendées à la santé de la population de plus d'une région, prendre un règlement pour déterminer les renseignements que les directeurs de santé publique doivent lui transmettre ainsi que les conditions suivant lesquelles ils doivent le faire.

Les renseignements ainsi transmis doivent l'être sous une forme anonyme.

53. Pour prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population, le ministre, **le Directeur national de santé publique**, les directeurs de santé publique et les établissements exploitant un centre local de services communautaires, chacun au niveau d'intervention qui le concerne, peuvent notamment:

- 1° tenir des campagnes d'information et de sensibilisation auprès de la population;
- 2° favoriser et soutenir auprès des professionnels de la santé la pratique de soins préventifs;
- 3° identifier au sein de la population les situations comportant des risques pour la santé et les évaluer;
- 4° mettre en place des mécanismes de concertation entre divers intervenants aptes à agir sur les situations pouvant présenter des problèmes de morbidité, d'incapacité et de mortalité évitables;
- 5° promouvoir la santé et l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population auprès des divers intervenants dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population en général ou de certains groupes;
- 6° soutenir les actions qui favorisent, au sein d'une communauté, la création d'un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être.

54. Le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.

Dans l'accomplissement de cette fonction, le ministre peut solliciter l'expertise du directeur national de santé publique, des directeurs de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec.

À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population.

58. Le ministre, **sur l'avis du Directeur national de santé publique**, peut, par règlement, fixer des normes sur la façon de surveiller la qualité de la fluoration de l'eau potable.

79. Le ministre, **suivant l'avis du Directeur national de santé publique**, dresse, par règlement, une liste des intoxications, des infections et des maladies qui doivent faire l'objet d'une déclaration au directeur de santé publique du territoire et, dans certains cas prévus au règlement, au directeur national de santé publique ou à l'un et l'autre.

83. Le ministre, **suivant l'avis du Directeur national de santé publique**, peut dresser, par règlement, une liste de maladies ou d'infections contagieuses pour lesquelles toute personne qui en est atteinte doit obligatoirement se soumettre aux traitements médicaux requis pour éviter toute contagion.

Ne peuvent être inscrites à cette liste que les maladies ou infections contagieuses médicalement reconnues comme pouvant constituer une grave menace à la santé d'une population et pour lesquelles un traitement efficace pour mettre un terme à la contagion est disponible.

***Il est à noter que la bonne application de cet article, un ajout des exceptions découlant de cette liste doit être ajouté à l'article 10 du P.L. 15.**

89. Le ministre, **suivant l'avis du Directeur national de santé publique**, peut, pour certaines maladies ou infections contagieuses médicalement reconnues comme pouvant constituer une grave menace à la santé d'une population, adopter un règlement prévoyant des mesures de prophylaxie qu'une personne atteinte ou vraisemblablement atteinte d'une telle maladie ou infection doit respecter, de même que toute personne qui a été en contact avec elle.

L'isolement, d'une durée d'au plus 30 jours, peut faire partie des mesures de prophylaxie prescrites par le règlement du ministre.

Le règlement prévoit les circonstances et conditions dans lesquelles des mesures de prophylaxie précises doivent être respectées pour éviter la contagion. Il peut également prévoir l'obligation pour certains établissements de santé et de services sociaux d'admettre d'urgence une personne atteinte ou vraisemblablement atteinte par l'une des maladies ou infections contagieuses visées au présent article, de même que toute personne qui a été en contact avec elle.

***Il est à noter que la bonne application de cet article, un ajout des exceptions découlant de cette liste doit être ajouté à l'article 10 du P.L. 15.**