

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ
À LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
PAR L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC**

**PROJET DE LOI N^o 36,
LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE**

30 AOÛT 2001

INTRODUCTION

L'Institut national de santé publique du Québec salue la présentation, le 19 juin 2001, par monsieur le ministre Rémy Trudel, du Projet de loi n° 36, Loi sur la santé publique. Cette heureuse initiative du ministre répond au besoin, à peu près unanimement identifié par le monde de la santé publique, de dépoussiérer la Loi sur la protection de la santé publique et de l'encadrer par une loi sur la santé publique.

L'Institut veut donc appuyer fortement l'adoption de cette loi et c'est pourquoi certaines pistes pouvant améliorer le projet sont proposées dans le présent mémoire.

Dans la première partie plus générale, le projet de loi est examiné en fonction des approches modernes de santé publique dont il émane. Cet examen conduit à la proposition de retouches dans le ton et l'esprit du projet de loi, afin de le mieux polir ou peaufiner. De façon plus spécifique, dans la deuxième partie du mémoire, les commentaires généraux de la première partie sont appliqués à quatre points, soit le programme national de santé publique, le comité d'éthique, la surveillance épidémiologique et les pouvoirs en cas d'urgence. Il en résulte certaines propositions qui pourraient, semble-t-il, rendre le projet encore plus fidèle aux principes qui guident ses promoteurs.

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Dans son récent rapport sur le projet visant à renforcer la fonction de santé publique, *The Report of the Medical Officer's Project to Strengthen the Public Health Function*,⁽¹⁾ le Chief Medical Officer d'Angleterre reprend la définition de la santé publique développée en 1988 dans le rapport Acheson, soit « *la science et l'art de prévenir la maladie, de prolonger la vie et de promouvoir la santé par les efforts organisés de la société* ».

Cette définition largement acceptée de la santé publique rejoint certainement celle qui sous-tend le projet de loi proposé. Elle suppose donc une participation concertée d'une foule d'acteurs. En effet, dans le mot de présentation de son rapport, le Chief Medical Officer reprend la notion que « *la santé publique est l'affaire de tout le monde, une responsabilité commune et non une exclusivité de spécialistes* ». Cette notion est aussi renforcée par certaines propositions d'action de la Charte d'Ottawa, notamment celles « de développer des environnements facilitant et de renforcer les actions de la communauté ».

La mobilisation des différents acteurs par la concertation et les efforts d'habilitation des communautés ont caractérisé depuis plusieurs années les actions de santé publique au Québec et ont aussi permis au Québec de garder une place de chef de file dans le domaine. Il faut donc que transparaisse dans la loi ces deux notions fondamentales de la santé publique moderne, la responsabilisation communautaire et la concertation de l'ensemble des partenaires.

La nécessité de définir certaines fonctions dans la loi et de prévoir des mesures de contrôle, particulièrement dans les situations d'urgence, peut donner l'impression d'une loi qui va à l'encontre des principes d'actions de santé publique énoncés plus haut. Il faudrait donc que la lettre de la loi traduise bien son esprit et que les pouvoirs, contrôles et exclusivités nécessaires, qu'elle doit édicter pour les responsables de santé publique, soient contrebalancés par autant de devoirs pour les responsables et d'incitations à reconnaître et stimuler les initiatives des partenaires et de la communauté. Une loi dont la majeure est rayonnement, devoirs et responsabilité commune plutôt que centralisation, pouvoirs et contraintes.

L'histoire de la santé publique au Québec et certains de ses succès enviablés démontrent bien que les responsables au ministère ou dans le réseau n'ont pas été freinés dans leurs actions, même en situation d'urgence, ni par l'absence de pouvoir légal, ni par l'absence de menace de dispositions pénales. La presse a toutefois réagi, à quelques reprises, face à des mesures jugées trop contraignantes. Il faut éviter que pour des dispositions légales, qui ne changeront à peu près rien dans l'action, l'ensemble d'un beau projet puisse être perçu comme une recherche trop importante de pouvoirs.

COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES

Les commentaires spécifiques portent sur les quatre sections énoncées plus haut et sont construits en faisant référence aux deux principes d'action en santé publique, la responsabilité commune et les approches concertées.

◆ LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Le chapitre II de la loi édicte l'élaboration par le ministre d'un programme national de santé publique. Cette initiative est heureuse et l'Institut national de santé publique ne peut qu'y souscrire.

Dans l'approche de concertation et de responsabilisation collective qui caractérise la santé publique moderne, le caractère de prescription du programme national sur les programmes régionaux, dont il est fait mention à l'article 9, devrait être limité aux principes, orientations, objectifs et paramètres. Il faut éviter la déresponsabilisation que pourrait introduire la définition centrale d'un plan d'action régional ou local. Faut-il rappeler ici le problème qu'ont posé au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) les contrats types de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) par leur encadrement trop rigide.

Dans ce chapitre, l'article 16 surprend. En effet, l'Institut national de santé publique du Québec a été créé pour soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales dans leur mission de santé publique. Cet article est donc redondant à moins que l'on veuille ici proposer une concertation plus musclée, un euphémisme pour contrôle. Si tel était le cas, il faudrait ouvrir franchement le dossier du statut de l'Institut.

◆ LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Au chapitre III, le projet de loi prévoit la mise sur pied d'un « Comité d'éthique de santé publique » qui pourra être mis à contribution pour donner des avis au ministre « sur toute action de santé publique prévue par le programme national, les plans d'action régionaux ou les plans d'action locaux de santé publique » qui seront intégrés au programme national de santé publique.

Dans le contexte de l'« appel à l'éthique » et de la sensibilité croissante des sociétés contemporains aux enjeux éthiques des actions qui influencent les rapports entre le citoyen et l'appareil d'État, en particulier dans le domaine de la santé, un tel souci face aux enjeux

éthiques des interventions de santé publique ne peut qu'être soutenu et défendu. L'invocation de la finalité que constitue la prévention de la maladie et la promotion de la santé ne suffit plus, à elle seule, pour justifier des interventions de plus en plus envahissantes de la vie personnelle et sociale des citoyens. Le besoin se fait sentir d'un cadre d'analyse des enjeux éthiques soulevés par ces interventions, mais aussi d'un lieu de réflexion et de mécanismes d'arbitrage entre les différentes justifications des interventions. La mise sur pied d'un comité d'éthique spécifique pour la santé publique répond à ce besoin.

Ce comité innove en centrant son mandat sur les enjeux liés à la santé publique. Les comités nationaux d'éthique tels les Comités consultatifs nationaux en éthique en France⁽²⁾ et le Comité consultatif en bioéthique en Belgique⁽³⁾ sont d'abord des comités de bioéthique qui ne s'intéressent qu'accessoirement aux dossiers de santé publique. Considérant les particularités des dossiers de surveillance, de prévention, de promotion et de protection et l'importance de pouvoir compter sur une grille d'analyse éthique qui soit adaptée à leurs dimensions populationnelles et préventives, il est pertinent que le comité proposé dans le projet de loi soit spécifique aux dossiers de santé publique.

Tout en saluant cette initiative, il apparaît, toutefois, que la proposition formulée dans le projet de loi pourrait être bonifiée aux plans des rapports entre le comité d'un côté et le ministre et les directeurs de la santé publique de l'autre, de même qu'au plan de sa composition et de son mode de fonctionnement.

Indépendance du comité d'éthique

L'une des conditions fondamentales, pour asseoir la crédibilité du comité et des avis qu'il émettra, est son indépendance face aux pouvoirs politiques, tout comme son indépendance face aux corporations professionnelles, aux associations d'établissements ou à tout autre groupe d'intérêt. Or, la proposition actuelle :

- fait relever le comité d'éthique directement du ministre pour la nomination des membres et leur rémunération (art. 29);
- stipule que le ministre désigne le président et le vice-président du comité parmi les membres;
- stipule qu'une personne supplémentaire aux cinq membres sera désignée par le sous-ministre comme observateur et que cette personne agira comme secrétaire du comité (art. 25).

Ces conditions ne garantissent aucunement l'absence de conflits d'intérêt et l'indépendance du comité et de ses avis face au pouvoir politique et à l'administration du ministère. La crédibilité des avis émis risque d'être entachée d'une apparence de conflit d'intérêt alors que le ministre et les directeurs de la santé publique apparaîtront comme juge et parti, nommant les membres du comité, les rémunérant et déterminant, seuls, les dossiers sur lesquels le comité devra se pencher.

L'exemple de comités d'éthique nationaux, tels le Comité consultatif national sur l'éthique (CCNE) en France⁽²⁾, le Comité consultatif de bioéthique de Belgique⁽³⁾ et l'Alberta Provincial Health Ethics Network⁽⁴⁾, inspire les suggestions suivantes :

- 1) Au plan du rattachement, le Comité d'éthique en santé publique devrait :
 - soit être une instance administrative indépendante (ex : un conseil) sur le modèle du CCNE français;
 - soit relever d'une instance nationale, mais non ministérielle, tel l'Institut national de santé publique du Québec.
- 2) Au plan de la composition, le comité pourrait être composé d'un noyau dur, de cinq à huit membres, qui ferait office d'exécutif, auxquels seraient adjoints une quinzaine d'autres membres, venant de différents secteurs et champs d'intérêt. Le comité restreint serait responsable de mettre sur pied des groupes de travail ad hoc qui auraient à préparer des ébauches d'avis éthiques, ébauches qui devraient être débattues en assemblée plénière. Le comité élargi devrait pouvoir compter sur un réseau de spécialistes et consultants qui pourraient être sollicités en fonction des sujets et des enjeux.
- 3) Au plan de la rémunération, les membres des comités d'éthique nationaux ne sont généralement pas rémunérés. Au CCNE, même le président du comité officie tout en conservant son rattachement professionnel et n'est pas rémunéré. Au Québec, aucun des membres des comités d'éthique clinique ou d'éthique de la recherche n'est rémunéré. Considérant les limites d'un bénévolat radical face à une tâche qui risque d'être lourde, l'hypothèse de la rémunération pourrait être conservée. Toutefois, l'indépendance des membres face aux pressions politiques et autres serait plus aisément protégée si les honoraires provenaient d'un organisme national ou d'une instance administrative indépendante dont relèverait le comité.
- 4) Au plan des mandats, en plus de répondre aux demandes d'avis provenant du ministre ou des directeurs de la santé publique, le comité devrait pouvoir répondre aux demandes provenant de groupes de citoyens, de groupes sociaux ou d'intervenants directement impliqués par les actions de santé publique proposées. Le comité devrait aussi avoir le pouvoir de se donner lui-même, en assemblée plénière, des mandats d'avis sur des dossiers que les membres jugeront d'une forte pertinence éthique.

◆ SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Les dispositions générales du chapitre IV sur la surveillance épidémiologique de l'état de santé de la population procèdent certainement d'un désir de bien outiller le ministère et les régions pour la réalisation du programme national de santé publique. Toutefois, le besoin de camper, de façon exclusive, la responsabilité de la fonction de surveillance épidémiologique au ministère et aux directions de la santé publique surprend à plusieurs titres et ne correspond pas à la réalité actuelle.

La décision de s'approprier en exclusivité une fonction ne rejoint pas l'esprit véhiculé par les approches modernes de santé publique, qui reposent sur la concertation et la responsabilisation collective. Il est sûr que le but recherché n'est pas la déresponsabilisation mais le message pourrait être ainsi perçu.

L'appropriation exclusive par le ministère et les directions de la santé publique de la responsabilité de la surveillance ne cadre pas non plus avec les politiques novatrices observées dans certains États.

En France, l'État a confié une partie de cette fonction à l'Institut de Veille Sanitaire, créé par loi en 1999, et qui est chargé de⁽⁵⁾ :

- *détecter toute menace pour la santé publique et d'en alerter les pouvoirs publiques,*
- *rassembler, analyser et valoriser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution,*
- *participer au recueil et au traitement des données sur l'état de santé de la population,*
- *réaliser ou appuyer toute action (enquête, étude, expertise...) nécessaire à l'exercice de ses missions.*

En Angleterre, le parlement établissait, le 15 février 2000, les observatoires de santé et leurs tâches principales sont ainsi décrites⁽⁶⁾ :

- *Monitoring health and disease trends and highlighting areas for actions;*
- *Identifying gaps in health information;*
- *Advising on methods for health and health inequality impact assessments;*
- *Drawing together information from different sources in new ways to improve health;*
- *Carrying out projects to highlight particular health issues;*
- *Evaluating progress by local agencies in improving health and cutting inequality;*
- *Looking ahead to give early warning of future public health problems.*

Au Québec, en 1998, l'État a créé, par loi, l'Institut national de santé publique du Québec, en spécifiant qu'une partie de sa mission consiste⁽⁷⁾ :

- *à contribuer au développement, à la mise à jour, à la diffusion et à la mise en application des connaissances dans le domaine de la santé publique;*
- *à informer la population sur son état de santé et de bien-être, sur les problèmes en émergence, leurs déterminants et les moyens efficaces de prévenir ou de résoudre ces problèmes.*

L'idée de confier exclusivement au ministre et aux directeurs de la santé publique la fonction de surveillance épidémiologique semblerait donc anachronique par rapport à l'évolution actuelle en santé publique et un recul par rapport à des décisions antérieures du gouvernement du Québec. La définition très large que le projet de loi veut donner à la surveillance épidémiologique entraîne cette position du tout ou rien, qui, sans justification apparente, rejette la situation actuelle.

◆ **POUVOIRS DES AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE EN CAS DE MENACE À LA SANTÉ DE LA POPULATION**

Le chapitre XI du projet de loi est assez explicite sur l'ensemble des mesures et actions à prendre lorsque il y a menace sérieuse à la santé de la population. Il est important et rassurant que soient ainsi définies, avec clairvoyance, les responsabilités des intervenants de santé publique dans les situations graves de menace à la santé.

S'il est habituel et souhaitable de voir le ministre investi de pouvoirs extraordinaires dans des situations exceptionnelles, il faut se questionner sur l'opportunité, la pertinence et l'acceptabilité de donner à tous les directeurs de la santé publique, les pouvoirs quasi judiciaires que veut leur attribuer le projet de loi. Toujours au nom des deux grands principes de santé publique retenus plus haut, il semble important d'éviter le plus possible les situations où la concertation pourrait, par décision d'un individu, devenir conscription.

De longue date, la concertation et la collaboration, particulièrement dans les situations graves, sont reconnues comme des comportements dont sont fiers les Québécois. Ces nouveaux pouvoirs sont-ils vraiment nécessaires ? Peut-on documenter, dans toute l'histoire assez glorieuse de la santé publique au Québec, des situations où un responsable a été limité dans ses actions par le refus de collaborer de partenaires impliqués ? Il serait dommage que pour régler un problème virtuel de non-concertation, l'on crée un problème réel d'acceptabilité de la loi.

Peut-on faire le pari que la population est vraiment prête à troquer une éventuelle amélioration de la protection de sa santé en cas d'urgence contre l'apparition d'un nouveau pouvoir quasi judiciaire appuyé sur un éventail de dispositions pénales ?

CONCLUSION

L'Institut national de santé publique du Québec se réjouit de la présentation du Projet de loi sur la santé publique et en souhaite l'adoption.

Des commentaires et modifications sont proposés dans les chapitres concernant le programme national de santé publique, le Comité d'éthique, la surveillance épidémiologique et les pouvoirs en cas d'urgence. Ils visent à renforcer l'image d'une loi qui appelle à la mobilisation, à la responsabilisation et à la concertation, principes d'action en santé publique qui ont déjà bien fait la preuve de leur efficacité au Québec.

RÉFÉRENCES

1. The Report of the Chief Medical Officer's Project to Strengthen the Public Health Function,
The Chief Medical Officer's Website at : <http://www.doh.gov.uk/cmo/phfunction.htm>
2. Comité consultatif national d'éthique (France)
Disponible à <http://www.ccne-ethique.org/francais/htm/liens.htm>
3. Comité consultatif de Bioéthique de Belgique
Disponible à <http://www.health.fgov.be/bioeth/fr/presentation/composition-mission-fonctionnement.htm>
4. Provincial Health Ethics Network (Alberta)
Disponible à : <http://www.pheb.ab.ca>
5. L'Institut de Veille Sanitaire (France)
Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/presentations/index>
6. The Associations of Public Health – Observatories
Disponible à : http://www.2314476.org.uk/pages/site_background.htm
7. Loi sur l'Institut national de santé publique (L.R.Q., chapitre I-13.1.1)
Disponible à : <http://www.inspq.qc.ca>

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

L'Institut national de santé publique du Québec est une personne morale, mandataire de l'État. Il est constitué en vertu de la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (L.R.Q., chapitre I-13.1.1) sanctionnée le 20 juin 1998 et mise en vigueur le 8 octobre de cette même année. L'Institut national de santé publique du Québec a pour mission de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales instituées en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), dans l'exercice de leur mission de santé publique.

Plus particulièrement sa mission consiste :

- « 1- à contribuer au développement, à la mise à jour, à la diffusion et à la mise en application des connaissances dans le domaine de la santé publique;
- 2- à informer le ministre des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population du Québec;
- 3- à informer la population sur son état de santé et de bien-être, sur les problèmes en émergence, leurs déterminants et les moyens efficaces de prévenir ou de résoudre ces problèmes;
- 4- à collaborer avec les universités à l'élaboration et à la mise à jour des programmes de formation de premier, deuxième et troisième cycles dans le domaine de la santé publique;
- 5- à élaborer et mettre en œuvre, en collaboration avec les universités et les ordres professionnels concernés, des programmes de formation continue en santé publique;
- 6- en collaboration avec les différents organismes de recherche et organismes offrant des subventions, à développer et favoriser la recherche en santé publique;
- 7- à établir les liens avec différentes organisations, à l'échelle canadienne et internationale, de manière à favoriser la coopération et l'échange de connaissances;
- 8- à exécuter tout autre mandat d'expertise en santé publique que lui confie le ministre. »

L'Institut a également pour fonctions :

- « 1- d'administrer le Laboratoire de santé publique du Québec, lequel a pour principale mission de fournir des services de laboratoire spécialisés en microbiologie;
- 2- d'administrer le Centre de toxicologie du Québec, lequel a pour principale mission de fournir des services de laboratoire spécialisés en toxicologie;
- 3- d'administrer le Service provincial de dépistage par laboratoire, lequel a pour principale mission de fournir des services de dépistage audiolinguistiques et radiologiques;
- 4- d'administrer le Centre antipoison, lequel a pour principale mission de fournir une expertise dans le domaine des intoxications;
- 5- d'administrer tout autre laboratoire ayant une mission de santé publique de portée nationale, dont le ministre lui confie la gestion;
- 6- l'Institut a aussi pour fonction de réaliser les activités et d'effectuer toutes les tâches qui lui sont confiées par le ministre dans le programme de santé publique établi en vertu de l'article 431 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). ».