

MIEUX COMPRENDRE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

**Une synthèse des principales questions soulevées
lors de sa présentation,
de janvier à juin 2002**

Novembre 2002

Crédits et remerciements

Le présent document a été rédigé par France Filiatrault. Il a été révisé et édité par Sylvie Brassard et Diane Brazeau. La révision linguistique a été réalisée par mesdames Jocelyne Côté et Yvette Gagnon. Les judicieux commentaires des personnes suivantes ont permis d'en améliorer le contenu : Irma Clapperton, Richard Grignon, Marthe Hamel, Odette Laplante, Geneviève Lapointe et Louise St-Pierre.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont participé à l'une ou l'autre des présentations de la Loi sur la santé publique. Les questions, qu'elles aient été posées par écrit ou oralement pendant les diverses séances d'information, et les échanges auxquels elles ont donné lieu nous ont permis d'élaborer le présent document. Toutes ces personnes ont ainsi aidé à rendre dynamique ce nouvel outil législatif en contribuant à sa meilleure compréhension.

Note

Dans le texte, les termes institutions de santé publique réfèrent aux institutions suivantes : le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec, les régies régionales de la santé et des services sociaux et leur direction de santé publique et les centres locaux de services communautaires.

Les autorités de santé publique sont, quant à elles, le ministre, le directeur national de santé publique et les directeurs de santé publique.

Ce document est disponible à la section documentation, sous la rubrique publications du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2002

Bibliothèque nationale du Canada, 2002

ISBN 2-550-40279-0

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Introduction	1
Chapitre I Objet de la Loi sur la santé publique	3
La notion de <i>menace</i> à la <i>santé</i>	3
La notion de <i>santé</i> et le <i>bien-être</i>	5
Responsabilités de santé publique en promotion de la santé et en prévention	5
Le directeur national de santé publique	6
Chapitre II Programme national et plans d'action régionaux et locaux de santé publique	9
Le programme national et les plans d'action, la planification stratégique triennale et les mécanismes de concertation	9
La reddition de comptes.....	11
Le plan de mobilisation	11
La concertation avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail et avec l'Institut national de santé publique du Québec	12
Le rapport sur l'état de santé de la population	13
Le contenu du Programme national de santé publique.....	14
Les fonctions de santé publique comme base du programme.....	14
Les activités de santé publique	15
L'élaboration du programme national.....	17
L'application du programme, les ressources financières et la portée du programme pour les partenaires	18
Chapitre III Comité d'éthique de santé publique	21
Chapitre IV Surveillance continue de l'état de santé de la population	23
Les objectifs et les productions de la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population	25
Les productions résultant de l'exercice de la fonction de surveillance et le rapport périodique sur l'état de santé de la population.....	26
Le contenu et la durée des plans de surveillance	27
L'accès aux données nécessaires à la réalisation d'un plan de surveillance	28
L'accès aux renseignements obtenus dans le cadre de l'exercice de la surveillance continue de l'état de santé de la population.....	29
Les plans de surveillance et les plans d'action régionaux	30
L'application des mesures législatives qui concernent la surveillance.....	31

La surveillance continue de l'état de santé de la population et la recherche	33
Chapitre V Collecte de renseignements et registres	35
Chapitre VI Promotion de la santé et prévention	37
Dispositions générales	37
Les stratégies de promotion de la santé et de prévention	37
L'analyse des effets sur la santé des mesures prévues par les lois et règlements (l'article 54).....	38
La demande d'aide formelle (l'article 55)	40
Fluoration de l'eau potable.....	41
Chapitre VII Vaccination	43
Registre de vaccination.....	43
Déclaration des manifestations cliniques inhabituelles	45
Chapitre VIII Intoxications, infections et maladies à déclaration obligatoire.....	47
Chapitre IX Traitement obligatoire et mesures de prophylaxie à respecter pour certaines maladies ou infections contagieuses.....	49
Chapitre X Signalement	51
Chapitre XI Pouvoir d'enquête (enquête du DSP, pouvoirs du ministre, déclaration d'urgence sanitaire).....	55
Chapitre XII Protection des renseignements.....	61
Chapitre XIII Réglementation	65
Chapitre XIV Dispositions pénales	65
Chapitre XV Dispositions modificatives, transitoires et finales.....	65
Conclusion.....	67

Introduction

La mise en œuvre de la Loi sur la santé publique, en décembre 2001, ainsi que celle du Programme national de santé publique, en 2003, constituent un tournant dans la pratique de la santé publique au Québec. La Loi vient confirmer les fonctions et le partage des responsabilités en santé publique en même temps qu'elle donne aux divers responsables des moyens pour exercer leurs fonctions et qu'elle leur attribue des obligations. Elle établit, par ces moyens et ces obligations, des passerelles avec d'autres secteurs. Ce nouveau cadre légal dépasse la mise à jour de la Loi sur la protection de la santé publique ; il se présente davantage comme une réforme profonde de l'encadrement législatif en matière de santé publique. Au-delà des implications propres aux différentes mesures législatives, il apparaît important que la Loi soit comprise selon la vision de la santé publique sur laquelle elle repose, vision qui sera aussi traduite par le programme de santé publique.

C'est dans ce contexte et cet esprit qu'une série de réunions ont été organisées, dès janvier 2002, afin de présenter la Loi sur la santé publique. Le cœur de ces réunions a été la tournée que le directeur national de santé publique a effectuée, de mars à mai, dans quinze régions du Québec pour y rejoindre le personnel des directions de santé publique, les équipes de direction des régies régionales et les directeurs généraux des centres locaux de services communautaires (CLSC). Dans certaines régions, la tournée a été l'occasion aussi de rejoindre les directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux ainsi que les directeurs de programme concernés par la santé publique dans les CLSC. D'autres réunions ont eu lieu, par exemple avec les membres de la Table de coordination et de concertation nationale de santé publique (TCNSP) et de ses cinq tables de concertation thématiques, les membres des comités provinciaux relatifs à des dossiers de santé publique et ceux d'autres ministères ou organismes. Elles visaient à présenter la vision de la santé publique ayant inspiré le nouveau cadre législatif et le futur Programme national de santé publique, à préciser la portée de ces travaux et, enfin, à répondre aux questions des participants.

Le présent document rassemble les principales questions qui ont été posées au cours de ces différentes rencontres ou qui nous ont été adressées par écrit ainsi que les réponses qui leur ont été apportées. Il permettra, nous l'espérons, d'en arriver à une meilleure compréhension de ce nouvel outil. **Il ne s'agit pas d'un document d'interprétation juridique de la Loi** mais d'un document d'accompagnement permettant d'en préciser certains éléments et, parfois, d'éclairer les intentions sous-jacentes à certaines mesures en donnant des exemples de leur application. Le document est bâti autour des différents chapitres de la Loi sur la santé publique. Au début de chaque section, une synthèse des principales questions ou observations est présentée, suivie des questions générales ou particulières se rapportant aux mesures visées par le chapitre de la Loi. Certaines questions débordent les mesures législatives et concernent les travaux qui en découleront, le meilleur exemple étant les questions qui touchent certains aspects du Programme national de santé publique (PNSP). L'application pratique des mesures législatives et du programme contribuera à préciser la portée de ces nouveaux éléments structurant la pratique de la santé publique. Faut-il préciser que ce document ne saurait remplacer la lecture et la relecture de la Loi ?

Chapitre I **Objet de la Loi sur la santé publique**

La plupart des questions ou commentaires concernant le premier chapitre de la Loi ont porté sur la notion de *menace* à la *santé*, plus particulièrement sur la définition de menace « réelle ou appréhendée » et d'« agent biologique, physique ou chimique » pouvant causer une « épidémie » ainsi que sur le rôle du directeur national de santé publique (DNSP). La notion de *bien-être* et les responsabilités qui incombent aux institutions de santé publique dans les cas où les problèmes touchent d'autres secteurs d'activité ont aussi été abordées à travers les mesures mentionnées dans le premier chapitre de la Loi sur la santé publique. Comme il s'agit d'un chapitre d'introduction, certaines questions sont reprises dans les chapitres où sont traités précisément les points auxquels elles se rapportent.

La notion de *menace* à la *santé*

- Qu'est-ce qu'une « menace à la santé de la population » ? (Un intérêt particulier a été accordé à la définition d'« agent physique »).

Pour comprendre la notion de *menace*, il faut considérer les pouvoirs confiés au ministre et aux directeurs de santé publique pour faire face à cette menace. Au sens de l'article 2 de la Loi sur la santé publique (LSP), la santé de la population est menacée lorsqu'il y a présence d'un agent biologique, chimique ou physique (tel que des radiations ou des ondes électromagnétiques) « susceptible de causer une épidémie et que la présence de cet agent n'est pas contrôlée ». Cependant, les agents physiques mécaniques (par exemple dans le cas des traumatismes dus aux accidents de la route) et les épidémies de phénomènes sociaux (par exemple le suicide) ne représentent pas des menaces au sens de l'article 2 ; aucune intervention des autorités de santé publique n'y est donc associée (les pouvoirs des autorités de santé publique sont définis au chapitre XI de la Loi). Ces cas sont visés plutôt par les mesures de prévention, entre autres la demande d'aide formelle (voir l'article 55).

L'exemple suivant permet de **distinguer la notion de *risque* pour la *santé* et celle de *menace***. Sur plan de la langue française, nous dirions d'un conducteur en état d'ébriété qu'il est une menace pour la santé puisqu'il pourrait causer un accident dans lequel d'autres personnes seraient blessées ou tuées. Cependant, au sens de la LSP, il représente un risque pour la santé, non une menace, et la responsabilité de l'intervention dans le cas de la conduite en état d'ébriété ne revient pas aux autorités de santé publique mais plutôt à celles de la sécurité publique.

- Que faisons-nous dans les cas où la situation ne correspond pas à la définition de menace retenue dans la Loi?

La demande d'aide formelle (voir l'article 55) permet aux directeurs de santé publique d'appeler la participation de partenaires à la recherche de solutions pour des situations potentiellement dangereuses qui relèvent de la prévention des risques pour la santé et non de la protection de la santé au sens de la Loi (des situations pouvant être sources de traumatismes, par exemple). L'article 53 précise les stratégies d'intervention relatives à la promotion de la santé et à la prévention, dont celle qui permet d'agir sur les politiques publiques. L'article 54 fait explicitement référence au rôle de conseiller du gouvernement dévolu au ministre de la Santé et des Services sociaux quand il est question de promouvoir la santé. Ce même article oblige les personnes qui proposent des lois et règlements à consulter le ministre lorsque leurs projets de lois

ou de règlements peuvent avoir un « impact significatif sur la santé de la population » (par exemple, le ministre donnera son avis sur les lois et règlements pouvant contribuer à prévenir les traumatismes associés à la conduite en état d'ébriété).

- Dans la Loi, qu'entend-on par « épidémie » ? La notion d'*épidémie* doit-elle être comprise dans un sens large et inclut-elle la notion d'*éclosion* ?

Le sens classique de la définition du mot *épidémie* a été retenu dans la Loi. Ainsi, il y a épidémie lorsque le nombre de cas observés dépasse le nombre de cas normalement attendus. Le nombre absolu n'est donc pas forcément élevé, un seul cas pouvant être suffisant pour constituer une menace. La notion d'*épidémie* est associée à la démonstration d'un risque de transmission ou d'extension de la menace. La transmission peut se faire de personne à personne, comme dans le cas des maladies infectieuses, mais elle peut aussi dépendre de l'exposition à une source commune de contamination. Par ailleurs, la notion d'*épidémie* inclut la notion d'*éclosion*.

- **La menace appréhendée :** Les autorités de santé publique interviennent-elles seulement lorsqu'elles jugent la menace réelle ou peuvent-elles également intervenir lorsqu'une menace n'est qu'appréhendue ? Quel sens donne-t-on à « menace appréhendée » dans la Loi ?

La Loi permet d'agir en cas de menace appréhendée. L'article 2 le précise dans la définition de la menace par l'expression « susceptible de causer une épidémie » et l'article 96, par le libellé suivant : « dans toute situation où un directeur de santé publique a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être ». La Loi permet alors d'agir soit pour caractériser un événement ou pour appliquer des mesures visant à maîtriser la situation (les mesures prévues aux paragraphes 1 et 2 de l'article 106 et 103 par exemple).

L'exemple suivant a été utilisé pour mieux faire comprendre la notion de *menace appréhendée*. Le fait qu'il y ait un réservoir contenant un agent chimique susceptible de causer une menace ne constitue pas en soi une menace appréhendée si la présence de cet agent est contrôlée. **Si un accident ou une détérioration du réservoir, par exemple, nous amène à penser que la présence de cet agent n'est pas bien contrôlée, la situation peut correspondre à une menace appréhendée.** La présence non contrôlée d'un gaz tel que le radon est un autre exemple qui illustre ce qui pourrait constituer une menace appréhendée pour la santé de la population.

Cette notion a été particulièrement discutée dans la rencontre avec les personnes s'occupant de santé au travail. Le milieu de travail peut être caractérisé par la présence ou l'utilisation d'agents biologiques, chimiques ou physiques susceptibles de causer une épidémie si cette présence ou cette utilisation ne sont pas bien contrôlées. Cependant, il n'y aura menace appréhendée que si le DSP a des raisons suffisantes de croire que la présence de l'agent n'est pas contrôlée et menace la santé de la population.

Poser le diagnostic d'une menace appréhendée relève du jugement professionnel, ce qui implique une évaluation cas par cas.

La notion de santé et le bien-être

- Est-ce que *santé* comprend *bien-être* ?

La notion de *santé* doit être prise dans son sens large, telle que la définit l'Organisation mondiale de la santé, c'est-à-dire : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Lorsqu'il est question de protection, par contre, on parle plutôt de la santé physique.

On notera que le contexte législatif ne se prête pas à la définition exhaustive de tous les termes qui sont utilisés dans une loi. Ainsi, malgré des commentaires à cet effet, la définition des termes s'est limitée à ce qui paraissait nécessaire à une interprétation juste de la Loi, par exemple, la notion de *menace à la santé*.

Responsabilités de santé publique en promotion de la santé et en prévention

- Comment définit-on les « problèmes sociaux » – pauvreté, violence, décrochage scolaire, etc. – dont il est question à l'article 3 ? Si on prend les déterminants dans un sens large, on légitime une action concertée dans le domaine de la santé, bien sûr, mais aussi dans ceux de l'éducation, de l'économie ou du logement, par exemple. Jusqu'où va le rôle de la santé publique par rapport aux problèmes sociaux et aux déterminants de la santé ? Quelles sont les responsabilités des autres secteurs d'activité lorsqu'on spécifie que les mesures édictées par la Loi « visent le maintien et l'amélioration de la santé physique, mais aussi de la capacité psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu » ?
- Quels sont les rôles et responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des directions de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en ce qui concerne l'action intersectorielle concertée ? Ces institutions de santé publique ont-elles une obligation de moyens ou encore une obligation de résultat ?

Les différentes institutions de santé publique ont des responsabilités tant générales que particulières pour ce qui est de l'amélioration de la santé de la population. Ces responsabilités s'exercent en vertu des fonctions essentielles que les institutions assument et leur responsabilisation est liée à l'exercice de leurs fonctions. Une des premières responsabilités de santé publique pour ce qui est des problèmes sociaux pouvant avoir des répercussions sur la santé de la population et au regard des déterminants de la santé qui leur sont associés concerne la surveillance continue de l'état de santé de la population. Ainsi, après avoir déterminé les éléments sur lesquels il faut agir (les déterminants à influencer pour améliorer la santé), la santé publique peut convenir des meilleures façons d'agir efficacement et soutenir la mise en place des interventions appropriées, le plus souvent par des actions intersectorielles concertées mais aussi par l'ensemble des services prévus dans le Programme national de santé publique. **La santé publique n'est pas au-dessus de tous les autres secteurs et son action sur les déterminants de la santé ne lui donne pas la responsabilité de l'ensemble des facteurs influençant la santé.**

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

- À l'article 4, on parle d'« une surveillance continue de l'état de santé de la population afin [...] de pouvoir offrir à la population des services appropriés ». Quels sont les services appropriés à offrir à la population ?

L'article 4 fait de la **surveillance continue de l'état de santé de la population** une fonction nécessaire pour pouvoir informer la population sur son état de santé et soutenir la planification des services à offrir à la population afin que ces services soient les plus adéquats possibles compte tenu de l'état de santé de la population et de ses déterminants. **Sans y trouver la définition de ce que sont les services appropriés, on peut toutefois en déduire qu'il faut d'abord établir le « diagnostic populationnel ».**

La surveillance englobe les trois finalités du système de santé et de services sociaux qui sont précisées dans le *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux* et qui servent de base à la révision de la *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE), c'est-à-dire la prévention, le traitement et le soutien ; toutefois, la majorité des travaux de surveillance concerne la prévention.

Par ailleurs, les travaux réalisés dans le cadre de la surveillance peuvent être basés sur des données relatives à l'utilisation de certains services. Cependant, ils ne visent pas à faire le portrait de l'utilisation de ces services mais bien celui de l'état de santé de la population.

Le directeur national de santé publique

- Quels sont les rôles et responsabilités du directeur national de santé publique (DNSP) ? Quel est son rôle au regard du pouvoir politique ? Est-ce que l'autonomie professionnelle du DNSP est garantie ou définie d'une façon quelconque ? Avec cette loi, comment se situe le Québec par rapport aux autres provinces ?

La fonction de directeur national de santé publique a été définie dans la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (L.R.Q., chapitre M-19.2). L'article 5.1 de cette loi dit que :

[...] le gouvernement nomme, pour conseiller et assister le ministre et le sous-ministre dans l'exercice de leurs responsabilités en santé publique, un directeur national de santé publique qui occupe un poste de sous-ministre adjoint [...] Le ministre peut déléguer au DNSP des fonctions ou pouvoirs qui lui sont attribués par la Loi sur la santé publique.

Comme c'est le cas dans plusieurs autres provinces et territoires du Canada et ailleurs dans le monde, cette fonction vient confirmer une compétence professionnelle en matière de santé publique au sein du gouvernement. Dans les pays anglophones, c'est généralement sous le titre de « chief medical officer of health » que s'exerce cette fonction. Ici, il a été choisi de conserver cette responsabilité au sein de l'appareil ministériel en lui jumelant celle de sous-ministre adjoint. Cette façon de faire peut paraître plus risquée sur le plan de l'indépendance, mais elle permet d'influencer le fonctionnement interne et d'assurer la cohérence entre les orientations professionnelles et les décisions administratives.

La Loi sur la santé publique vient préciser certaines responsabilités professionnelles du DNSP. Ainsi, les mesures qui impliquent la transmission de renseignements personnels et celles qui exigent l'indépendance professionnelle (par exemple la production du rapport national sur l'état de santé de la population) visent le DNSP au premier chef. Tout en confirmant le rôle professionnel du DNSP, la Loi conserve au ministre sa responsabilité d'élu quant aux décisions qui concernent la santé publique.

- Selon la Loi sur la santé publique, le patron du DSP est-il toujours le président-directeur général (pdg) de la régie régionale ou est-ce le DNSP ?

Le directeur de santé publique est, comme avant, nommé par le ministre et il relève du pdg de la régie régionale. Le DNSP peut toutefois intervenir sur le plan professionnel, s'il y a des difficultés. Dans un tel cas, exceptionnel : « Le directeur national de santé publique peut demander à un directeur de santé publique de lui rendre compte de décisions ou avis en matière de santé publique qu'il prend ou donne dans l'exercice de ses fonctions. » (Article 61 de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, adoptée le 21 juin 2001).

- Est-ce que l'INSPQ relève du ministre ou du DNSP ?

L'INSPQ, tel que la loi l'instituant le prévoit, relève du ministre. L'Institut travaille en collaboration avec le MSSS au regard de l'application de la Loi sur la santé publique (LSP) et du Programme national de santé publique (PNSP).

- Eu égard à l'application de la Loi, les liaisons avec les autres ministères sont sous la responsabilité du ministre et non du DNSP. Comment cela pourra-t-il se réaliser ? Comment ces liaisons avec les directions régionales d'autres ministères s'effectueront-elles et par qui ?

La Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives prévoit que le ministre peut confier des mandats au DNSP, au-delà des responsabilités prévues dans la Loi sur la santé publique que ce dernier assume déjà. Les liaisons avec les autres ministères seront donc effectuées par le ministre ou par le DNSP, selon le cas. Les directeurs de santé publique doivent pour leur part signaler au DNSP toutes les situations où le ministre ou lui-même pourrait devoir intervenir auprès d'un autre ministère. Quant à la collaboration entre les directions de santé publique et les directions régionales des ministères, la Loi ne vient pas modifier les liens existants. Elle précise toutefois que le ministre doit être informé de certaines situations, par exemple lorsqu'une direction régionale reçoit une demande d'aide formelle de la part d'un DSP (application de l'article 55).

- Est-ce que le MSSS joue un rôle de coordination en ce qui concerne le contenu de la Loi et du Programme national de santé publique (PNSP) ?

La coordination nationale et interrégionale est une responsabilité que le ministre a confiée au DNSP. Le MSSS joue donc un rôle de coordination au regard de la Loi et du PNSP sans pour cela se substituer aux autres institutions de santé publique, ni aux autres autorités (par exemple les organismes ou les conseils d'administration) dont elles relèvent.

Chapitre II Programme national et plans d'action régionaux et locaux de santé publique

Les questions concernant le deuxième chapitre de la Loi ont surtout porté sur le Programme national de santé publique, plus particulièrement sur le processus d'élaboration, la consultation, le contenu, la portée sur la planification régionale et locale, les responsabilités à chacun des paliers et les conditions relatives à sa mise en œuvre. Tout en étant d'accord avec l'idée que le programme fixe des objectifs communs à tous les paliers, les participants ont fait part de leurs craintes au regard de sa mise en œuvre et de la marge de manœuvre qu'il laisse aux personnes et aux institutions.

Le programme national et les plans d'action, la planification stratégique triennale et les mécanismes de concertation

- Quelles formes prendront les plans d'action ? Un modèle sera-t-il proposé ?

Les commentaires émis concernaient la simplification de la formule des plans d'action. Il n'existe pas de modèle de plan d'action actuellement. Dans certaines régions, cependant, on a manifesté un intérêt pour un tel modèle. Les plans d'action se veulent avant tout un outil de planification qui doit être utile tant aux décideurs qu'aux intervenants pour orienter l'intervention, prévoir les ressources nécessaires et évaluer les résultats. Ils permettent d'adapter l'intervention en santé publique aux dynamiques régionales et locales. Dans certaines régions, les participants ont aussi souligné qu'ils veulent s'engager dans l'élaboration des plans d'action dans un esprit de continuité avec les Priorités nationales de santé publique.

- Le Programme et les plans d'action seront-ils révisés ? Si oui, à quel rythme ? Alors que la durée du PNSP est de dix ans, quelle sera celle des plans locaux et régionaux ? Qui sera responsable de la mise en œuvre et de la mise à jour ?

La durée du PNSP a été établie à dix ans, comme la Politique de la santé et du bien-être (PSBE), mais il y aura suivi et mise à jour périodique. La mise à jour du programme se fera à tous les trois ans. Les plans d'action pourraient être produits sur une base triennale, à l'image de la planification stratégique régionale. La Loi précise, respectivement aux articles 11 et 14, que les régies régionales et les CLSC s'occupent de l'élaboration, de la mise en œuvre, de l'évaluation et de la mise à jour des plans d'action dont ils sont responsables. Pour le Programme national, c'est le ministre qui assume ces responsabilités et celle de la coordination nationale et interrégionale (voir l'article 7).

- Quel sera le rôle des directions de santé publique dans l'élaboration des plans d'action dont la responsabilité est confiée aux CLSC ?

La Loi ne confie pas de responsabilités formelles aux directions de santé publique au regard des plans d'action locaux. On peut cependant penser que l'expertise de ces directions dans le domaine de l'évaluation par exemple, pourrait être mise à contribution pour la rédaction et l'évaluation des plans d'action locaux. C'est sur le plan régional que cette loi précise la responsabilité des

directions de santé publique en stipulant que la régie régionale « doit confier la gestion du plan d'action régional [...] au directeur de santé publique » (article 163, modifiant l'article 371 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux). Ces plans régionaux sont élaborés en concertation avec les CLSC.

- A-t-on prévu des mécanismes de concertation entre les plans d'actions ?

Il appartient à chacune des régions de mettre en place les mécanismes de concertation les plus pertinents. Le plan d'action régional étant préparé en concertation avec les CLSC (voir l'article 11), son élaboration constitue en elle-même un processus de concertation entre le palier local et le palier régional. Par ailleurs, le processus d'élaboration des plans d'action s'inscrit dans un ensemble de mécanismes de planification impliquant une concertation sectorielle et intersectorielle (la planification stratégique régionale, par exemple).

- L'article 17 de la Loi prévoit le dépôt des plans d'action locaux à la régie régionale et celui des plans d'action régionaux au ministre, avant leur mise en œuvre. S'agit-il d'un mécanisme d'approbation des plans d'action ? Si oui, quels seront les critères à retenir pour approuver ces plans et dans quels délais devront-ils être approuvés ? Par ailleurs, pour officialiser le plan d'action local en santé publique et prévoir le financement requis, une régie régionale pourrait-elle prévoir l'adoption des plans d'action locaux de santé publique de chacun des CLSC ?

L'intention de l'article 17 est d'assurer la transmission de l'information entre les différents paliers, local, régional et national. On y parle de dépôt des plans d'action sans faire référence à un mécanisme d'approbation. La Loi sur la santé publique ne peut donc être évoquée par une régie régionale pour faire de cette mesure un mécanisme d'approbation des plans d'action locaux de santé publique. Cependant, les articles 11 et 14, qui concernent les plans d'action, précisent bien que chacun de ces plans « doit être conforme aux prescriptions du programme national de santé publique ». Les plans d'action locaux, qui sont sous la responsabilité des CLSC, doivent de plus « définir, au plan local, les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au plan d'action régional ». Dans chaque cas, les plans d'action doivent tenir compte de la spécificité de la population. Le processus de concertation entre les paliers régional et local devrait permettre d'influencer les plans d'action. Il faut aussi comprendre que le processus d'élaboration des plans d'action s'inscrit dans l'ensemble des mécanismes de planification, notamment la planification stratégique triennale de laquelle découleront des ententes entre le MSSS et les régies régionales ainsi qu'entre ces régies et les établissements du réseau. Ces mécanismes permettront d'inscrire les activités convenues entre les parties dans une planification d'ensemble associée à l'allocation des ressources et impliquant une reddition de comptes.

- Le plan d'action régional sera-t-il inclus dans le plan stratégique triennal ? Se prépare-t-il simultanément au plan stratégique triennal ?

Les plans stratégiques triennaux devront comprendre un volet sur la santé publique qui, sans inclure l'ensemble des éléments du plan d'action régional, décrirait le processus d'élaboration et en tracerait les grandes lignes. Ces plans stratégiques, plus larges que les plans d'action, seront déposés par les régies au MSSS, pour approbation. Le processus relatif à ces plans devrait être complété au cours de l'hiver 2003.

La reddition de comptes

- Dans les mesures indiquant que le PNSP et les plans d'action devront comporter des mécanismes de reddition de comptes, quel sens donne-t-on à « reddition de comptes » ? Les indicateurs de reddition de comptes seront-ils définis au palier national ou au palier régional ?

L'objectif poursuivi est de rendre compte des moyens pris pour atteindre les objectifs fixés. La définition des mécanismes relatifs à la reddition de comptes fait partie de la réflexion sur l'élaboration du programme.

Les mécanismes de reddition de comptes relatifs au Programme national de santé publique et aux plans d'action font partie de l'ensemble des mécanismes qui pourront être mis en place dans l'ensemble du réseau pour les mêmes fins. La volonté est de ne pas multiplier ces mécanismes tout en s'assurant d'obtenir l'information nécessaire pour satisfaire toutes les obligations de la reddition de comptes.

- Est-ce que les travaux en cours se poursuivront afin d'adapter le système information clientèle-CLSC (SIC-CLSC) aux besoins de la collecte de données pour la reddition de comptes ?

Nous comprenons et approuvons l'objectif de ne pas multiplier les indicateurs de reddition de comptes et d'utiliser les systèmes informationnels en place. Dans cette perspective, les travaux devraient se poursuivre pour adapter le SIC-CLSC aux besoins de la reddition de comptes ou de l'évaluation. Il est souhaitable de faire concorder les centres d'activités et les indicateurs financiers avec le programme.

Le plan de mobilisation

- Quelle est la portée du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et des services sociaux par rapport à un plan d'urgence ? Comment a-t-on déterminé les actions à inclure dans ces plans ? Par ailleurs, le plan de mobilisation des ressources est-il réservé uniquement aux mesures de protection de la santé qui sont associées aux domaines des maladies infectieuses, de l'environnement et de la santé au travail ?

Le plan de mobilisation des ressources doit être vu comme une réponse à l'obligation de s'organiser en vue de contrer les menaces à la santé de la population, au sens de la LSP, dans les cas où le recours aux ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire serait nécessaire sans être l'objet de mesures d'urgence régionales au sens de la Sécurité publique, par exemple. Ces situations peuvent être vues comme les urgences particulières au cadre d'application de la LSP. Le plan de mobilisation des ressources s'inscrit donc dans le cadre des activités relatives à la protection. Les conditions relatives au déclenchement de ce plan (voir l'article 97) sont d'ailleurs inscrites au chapitre XI, lequel définit les pouvoirs des autorités de santé publique en cas de menace à la santé de la population.

Le plan régional des mesures d'urgence, auquel participe la régie, précise le rôle de la Direction de santé publique et celui des établissements de santé et de services sociaux. Si des situations d'urgence prévues à ce plan s'accompagnent de menaces à la santé de la population au sens de la

Loi, le pouvoir d'enquête conféré aux autorités de santé publique peut s'exercer et le directeur de santé publique pourrait être justifié de déclencher le plan de mobilisation des ressources qui serait alors complémentaire au plan régional des mesures d'urgence.

La concertation avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail et avec l'Institut national de santé publique du Québec

- Le deuxième alinéa de l'article 18 de la LSP dit que : « Le ministre doit aussi s'assurer que les activités de santé publique découlant du présent chapitre sont, en ce qui concerne le volet santé en milieu de travail, élaborées en concertation avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail. » Cette mesure touche-t-elle les activités organisées par Kino-Québec et celles qui sont relatives à la santé cardiovasculaire ou à la santé mentale en milieu de travail, par exemple ? Est-ce que cette exigence de concertation s'applique aussi aux plans régionaux et locaux ? Est-ce qu'il faudra passer par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) pour répondre à une demande provenant d'un milieu de travail ?

Il a été convenu avec la CSST qu'il y aurait concertation sur les activités de santé publique à effectuer en milieu de travail lorsque ces activités ne sont pas incluses dans les ententes passées entre le MSSS et la CSST. Il s'agit, à la base, de garantir que ce partenaire sera informé des interventions faites en milieu de travail, incluant celles qui portent sur la santé cardiovasculaire, l'activité physique ou le tabagisme, par exemple.

L'esprit de la Loi invite donc à tenir compte de cette convention à chacun des paliers dans la planification des activités, soit celles du Programme national de santé publique (PNSP), des plans d'action régionaux ou des plans d'action locaux. La réponse à une demande *ad hoc* provenant d'un milieu de travail n'est pas considérée comme une activité planifiée dans le cadre d'un plan d'action.

- L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) répond au ministre et a sa propre mission sur le plan juridique. Par ailleurs, il doit fournir l'expertise de santé publique au MSSS et aux directeurs de santé publique. Dans quelle mesure l'INSPQ est-il lié aux orientations du programme national ? Quelle forme prendra la contribution de l'INSPQ à la réalisation du programme ?

Après la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, la Loi sur la santé publique vient à son tour modifier l'article 4 de la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec, qui se lit maintenant comme suit : « 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 national de santé publique [...] ». Par ailleurs, l'article 18 de la LSP stipule ce qui suit : « Le ministre doit s'assurer d'une action concertée du réseau de la santé et des services sociaux et de l'Institut [...] dans la dispensation à la population des services de santé publique requis et dans la réalisation des activités de santé publique, prévues par le programme national de santé publique. » L'Institut est donc lié au PNSP. Sa contribution pourra s'effectuer à travers les différents volets de sa mission ; par exemple, elle concernera le développement et la diffusion des connaissances ou encore le soutien à fournir au ministre dans l'analyse des effets des politiques sur la santé de la population. La Loi sur la santé publique précise que l'INSPQ collabore aux rapports sur l'état de santé de la population produits par le DNSP et les DSP. Le laboratoire de santé publique, géré par l'INSPQ, pour sa part, est visé notamment par les mesures concernant les déclarations qui doivent être faites par les dirigeants

des laboratoires publics ou privés. Le LSPQ peut aussi collaborer aux plans de mobilisation des ressources.

Le rapport sur l'état de santé de la population

- Quelle conception le DNSP a-t-il du rapport national sur l'état de santé de la population ? Ce rapport ne constituera-t-il qu'un portrait de la situation ou comportera-t-il un volet éditorial du DNSP ? Quels types d'information pourra-t-on retrouver dans le rapport national et les rapports régionaux sur l'état de santé ? Y aura-t-il une consultation à ce sujet ?

L'intention est que la concertation et la coordination des efforts régionaux et nationaux donnent beaucoup de force à ces rapports. Ainsi, une réflexion s'est amorcée sur la conception du rapport national au printemps 2002. Différents modèles ont été pris en compte et différentes personnes ont été consultées afin de tracer l'ébauche de l'architecture du rapport national de santé publique. La proposition qui résultera de cette réflexion sera examinée de façon concertée, à la lumière de l'article 10.

Le DNSP a précisé, au cours de sa tournée dans les régions, que le rapport national ne sera pas seulement un portrait de l'état de santé de la population puisqu'il pourrait y présenter également un volet éditorial. Bien sûr, un portrait est primordial mais insuffisant pour répondre à l'intention de la Loi. Ainsi, les rapports pourraient être bâtis autour de thèmes sur lesquels il faudra collecter des données particulières, différents thèmes étant abordés dans le temps.

- Est-ce que le rapport national de santé inclut les activités de santé au travail ?

Un rapport national sur l'état de santé de la population peut comprendre un volet sur la santé en milieu de travail. Des indicateurs de santé liés au travail feraient alors l'objet d'une section du rapport. Si l'idée des thèmes est retenue pour la production des rapports nationaux sur l'état de santé de la population, rien n'exclut de choisir celui de la santé des travailleurs.

- Quelle est la périodicité des rapports sur l'état de santé ?

La Loi ne précise pas la fréquence des rapports sur l'état de santé de la population. Les travaux sur le rapport traiteront de cette question. L'annualité est la formule privilégiée pour le moment.

- La publication des rapports national et régionaux sur l'état de santé de la population sera-t-elle coordonnée avec celle de l'Enquête sociale et de santé ?

Il est possible que l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, qui remplace pour l'instant l'Enquête sociale et de santé, alimente le rapport du DNSP, au même titre que bien d'autres sources d'information. Notons toutefois que cette enquête est produite aux deux ans alors que le rapport national pourrait être publié annuellement.

- Un seul rapport pourrait-il répondre aux besoins des différents publics visés ?

L'intention de la Loi est qu'il y ait un rapport national et des rapports régionaux sur l'état de santé de la population. Il s'agit d'une exigence minimale encadrée par un processus concerté de production et de diffusion. Les directions de santé publique doivent répondre à cette attente, mais elles peuvent décider de produire d'autres rapports selon leurs besoins.

- Quels liens y aura-t-il entre le rapport annuel que produit déjà la Direction de santé publique de Montréal-Centre et le rapport régional exigé par la Loi ?

La région de Montréal-Centre, à l'instar des autres régions, est liée à la production et à la diffusion d'un rapport périodique sur l'état de santé de la population. Il est actuellement souhaité que cette production concertée s'effectue tous les ans dans chacune des régions et au palier national. Chaque région devrait pouvoir garder sa couleur à travers cette production. Dans une région comme Montréal-Centre, on pourrait aussi décider de produire d'autres rapports, en plus du rapport concerté.

- Concrètement, le rapport sur l'état de santé de la population doit-il d'abord être approuvé par le ministre ou est-ce le rapport du DNSP au gouvernement et à la population ?

C'est la question de l'indépendance du DNSP qui est ici soulevée. L'intention, en créant le poste de DNSP, est de bénéficier de l'avis professionnel d'un expert indépendant pouvant se prononcer sur l'état de santé de la population et sur les meilleures façons de promouvoir, d'améliorer et de protéger la santé de la population. Le DNSP produit le rapport national sur l'état de santé et le ministre le rend public.

Le contenu du Programme national de santé publique

Les fonctions de santé publique comme base du programme

- Qu'arrive-t-il de l'évaluation de la performance du système de santé, qui n'est pas exclusive à la santé publique ? Fait-elle partie des fonctions de la santé publique ?

L'organisation des services n'est pas une fonction essentielle ni une fonction de soutien de la santé publique. Elle ne fait pas non plus partie des activités prévues dans les six domaines d'intervention du PNSP. L'organisation des soins et des services est plutôt considérée comme un déterminant de la santé et l'évaluation de la performance du système de santé, comme un axe de recherche du programme. Si ces deux éléments étaient inclus dans le PNSP, sans faire partie des activités prioritaires, ils pourraient être analysés dans les régions où l'on disposerait des ressources nécessaires.

- Est-ce que la recherche sera principalement assumée par l'INSPQ ? Le rôle des directions de santé publique sera-t-il davantage lié à la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population ? Les portraits de cet état de santé font-ils partie de la recherche ? Qui en fera la mise à jour ?

Dans le PNSP, la recherche fait partie des fonctions de soutien des institutions de santé publique, dont les directions de santé publique. L'INSPQ, ayant une mission de développement et de diffusion ou de transfert des connaissances, est bien placé, parmi les institutions de santé publique, pour jouer le rôle de chef de file en recherche. Rappelons ici que le milieu universitaire et différents organismes subventionnaires participent aussi à la recherche dans le domaine de la santé publique. **La surveillance continue de l'état de santé de la population est une fonction essentielle de santé publique dans la Loi**, « confiée au ministre et aux directeurs de santé publique. Toutefois, le ministre peut confier à l'INSPQ le mandat d'exercer, en tout ou en partie, sa fonction de surveillance » (voir l'article 34). La répartition des responsabilités entre le ministère et l'INSPQ reste à définir. La conception des indicateurs de surveillance fait quant à elle partie du volet concernant le développement des connaissances, mission de l'Institut. Pour ce qui est de la mise à jour du portrait de l'état de santé de la population, activité associée à la surveillance pour laquelle l'Institut a acquis une expertise, elle pourrait lui être confiée par des ententes en ce sens.

Les activités de santé publique

- Quels critères ont été utilisés pour déterminer les activités de santé publique du PNSP ? Ces critères font-ils consensus ?

Le choix des activités s'est fait à partir de critères reconnus en santé publique, par exemple, l'ampleur et la gravité du problème et la capacité d'agir sur ce problème. Il faut cependant admettre que la nature et la solidité des preuves d'efficacité varient selon les types d'activités et que l'efficacité elle-même repose sur un jugement qui n'est pas absolu. Notons que le choix des critères et des activités elles-mêmes s'est appuyé sur l'avis de nombreux intervenants.

- Quelle place est faite à la problématique du sida dans le PNSP, compte tenu de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida ?

Les sections de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida qui concernent les fonctions de la santé publique sont intégrées au PNSP.

- Quelle est la place de l'actuel programme de santé dentaire dans le PNSP ? Quelles seront les conséquences du PNSP sur la planification des différents programmes et plans d'action existants ?

On retrouvera dans le PNSP les activités des programmes existants (sur le tabagisme ou la santé dentaire, entre autres) pourvu qu'elles appartiennent au champ d'action de la santé publique, tel qu'il est circonscrit par les fonctions, et qu'elles satisfassent aux critères du programme (démonstration de l'efficacité et faisabilité, par exemple). Certains plans d'action sont présentement évalués et ils évolueront au cours des prochaines années au rythme des mises à jour du PNSP. Certains éléments de l'actuel programme de santé dentaire de la RAMQ, comme la couverture des soins dentaires donnés aux enfants, ne sont pas inclus dans le programme parce qu'ils n'ont pas de lien avec les fonctions de la santé publique. Ces éléments feront partie d'un plan d'action sur la santé dentaire indépendant du PNSP.

- Le programme national contiendra-t-il quelques objectifs de promotion de la santé s'adressant à la population en général et pas seulement des activités visant la réduction des méfaits offertes à des groupes cibles ? Par ailleurs, le programme laissera-t-il de la place pour l'innovation malgré l'exigence d'avoir des preuves de l'efficacité des activités ? À cause de cette exigence, faut-il craindre que le PNSP ne propose pas d'activités concernant des déterminants aussi importants que l'activité physique ou l'alimentation ?

L'article 8 qui trace les grandes lignes du PNSP, stipule que ce programme « doit comporter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne [...] la promotion de mesures systémiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population [...]. » Des déterminants comme l'activité physique, dont le lien avec la santé est démontré et qui touche toute la population, seront donc inclus dans le programme.

Par ailleurs, le programme doit proposer des activités dont l'efficacité est démontrée. On sait cependant que, dans certains domaines, on dispose de moins de données dites probantes au sens strict du terme. Quand l'association entre un déterminant et l'état de santé de la population est clairement établie (par exemple le lien entre activité physique et santé ou celui entre alimentation et santé) mais qu'il n'existe pas d'activités dont l'efficacité a été démontrée, le principe de précaution nous permet d'intervenir et la prudence nous incite à accompagner notre intervention de moyens d'évaluation. La recherche-évaluation permettra aussi de concevoir des activités efficaces.

- Le développement des communautés n'est pas considéré comme un domaine d'intervention dans le PNSP, mais il constitue une approche fondamentale de la promotion de la santé. Comment être certain qu'il sera pris en compte si aucune orientation à ce sujet n'est incluse dans le PNSP ?

Le soutien au développement des communautés s'inscrit parmi les stratégies privilégiées par le programme et, pour cette raison, il commandera de proposer un certain nombre d'activités particulières à ce sujet dans le PNSP. L'application de cette stratégie implique aussi que les plans d'action comportent une ouverture à des projets issus des communautés qui s'inscriraient dans cette perspective.

- Quelles sont les perspectives en ce qui concerne les actions relatives au volet social, pour lesquelles on se sent souvent moins outillé ? Aurons-nous les mêmes exigences quant à la démonstration de l'efficacité des activités ?

L'article 3 de la LSP précise bien que les mesures de promotion de la santé et de prévention visent non seulement « le maintien et l'amélioration de la santé physique, mais aussi de la capacité psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu ». Un certain nombre d'objectifs relatifs à des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population ou à des déterminants de la santé à caractère social sont déjà inclus dans les Priorités nationales de santé publique. Certains seront repris dans le PNSP et d'autres pourraient s'y ajouter.

Les activités associées au volet social doivent être considérées de façon aussi rigoureuse que toute autre activité de santé publique sur le plan de la pertinence et de l'efficacité. Cette rigueur n'empêche toutefois pas l'adaptation des méthodes aux particularités de ces activités. Un volet sur la recherche-développement est d'ailleurs prévu dans le PNSP pour des études qui concernent, entre autres, les activités relatives au volet social. Plusieurs efforts ont été consentis dans ce

domaine au cours des dernières années, entre autres par le suivi des Priorités nationales de santé publique. Sur le plan des ressources, contrairement à l'idée qui se dégage des commentaires émis pendant les rencontres, on constate, à partir du portrait qui en a été effectué au printemps 2002, que les effectifs affectés à ce volet sont assez importants proportionnellement à ceux qui sont affectés aux autres types d'activités, sans que cela signifie qu'ils soient suffisants bien sûr.

- Quelles sont les correspondances entre les domaines d'intervention du Programme national et la Politique de la santé et du bien-être ?

Comme le stipule l'article 7 de la Loi, le programme est élaboré « en conformité avec la politique de santé et de bien-être ». Par exemple, si la Politique de la santé et du bien-être (PSBE) parle de santé cardiovasculaire, le Programme national de santé publique (PNSP) précisera la contribution de la santé publique à cet aspect. Le lien ne sera pas toujours explicite, mais il sera fait plus clairement à l'occasion de certaines activités comme dans le cas des campagnes de sensibilisation nationales.

L'élaboration du programme national

- Il se dégage du texte de loi une idée de hiérarchie entre le Programme national et les plans d'actions, régionaux et locaux. Restera-t-il une marge de manœuvre dans les régions pour adapter le programme aux réalités locales ou aux responsabilités particulières des régions universitaires (fonctions d'enseignement et de recherche) et pour trouver des solutions aux problèmes en émergence ?

Le programme comporte une portion commune, dont toutes les régions doivent tenir compte. La réalisation de cette portion commune n'est toutefois pas soumise à une application mécaniste, chaque région ou chaque territoire local peut donc lui donner sa couleur propre. D'ailleurs, les plans d'action régionaux et locaux doivent « tenir compte des spécificités de la population ».

Une autre portion du programme comprend des mesures ou des objectifs parmi lesquels les institutions de santé publique régionales choisiront en fonction de la population, des besoins et, bien sûr, des ressources dont elles disposent.

- Le PNSP sera-t-il préparé à partir des acquis ou sera-t-il plutôt un programme tout neuf ?

Le programme est élaboré en continuité avec les Priorités nationales de santé publique, afin de tenir compte des acquis et de ne pas faire table rase de ce qui existe. Il ne s'agit donc pas d'un programme neuf, fait à partir de rien. La connaissance actuelle de l'état de santé de la population, les bilans annuels produits dans le cadre du suivi des Priorités nationales de santé publique ainsi que la contribution de nombreux intervenants dans les différentes phases de l'élaboration du programme permettent de saisir les besoins de la population. Le programme, bien qu'il soit placé sous la responsabilité du ministre, doit être vu comme un moyen d'action que se donnent les institutions de la santé publique, autour duquel elles se solidarisent. Ces différentes institutions décident d'agir ensemble.

L'application du programme, les ressources financières et la portée du programme pour les partenaires

- Est-ce que des moyens financiers conséquents vont être offerts pour la mise en œuvre des plans d'action, régionaux et locaux, et pour l'évaluation ? Ce financement tiendra-t-il compte d'un principe d'équité, dont l'application reste à faire ? Que fera-t-on dans les régions ou les territoires où l'on ne dispose pas des ressources suffisantes pour mettre en œuvre le PNSP ?

La Loi et le programme fixent des moyens légaux et administratifs pour que nous puissions réaliser notre mission de santé publique. Des moyens financiers devront cependant venir les soutenir. Prenant en considération les commentaires entendus pendant les rencontres, le directeur national de santé publique appuie l'idée de définir des indicateurs qui permettront de répartir les nouveaux budgets selon différents paramètres favorisant l'équité ; le respect de ce principe d'équité est conforme aux orientations actuelles du ministère en ce qui concerne l'allocation des ressources. Ces commentaires nous incitent à tenir compte de divers éléments comme la présence d'une première ligne médicale pour la prestation de certains services, qui influence les choix des services à offrir dans les CLSC (la vaccination, par exemple), l'éparpillement géographique des populations, qui modifie les ratios établis pour certains services, ou encore l'éloignement géographique et les coûts qui y sont associés.

- Si certaines actions prévues dans le PNSP impliquent des partenaires, ces derniers seront-ils obligés d'y prendre part ? Par exemple, si le PNSP incluait une activité qui vise l'implantation du réseau « Amis des bébé » pour favoriser l'allaitement maternel, les hôpitaux seraient-ils tenus de l'offrir ? Y aura-t-il entente préalable avec les ministères concernés par les activités ?

Le réseau de la santé publique — formé du MSSS, de l'INSPQ, des régies régionales et de leurs directions de santé publique ainsi que des CLSC — est lié au PNSP et doit donc se conformer aux orientations de ce programme. **Les activités du PNSP devront être respectées à chaque palier.** Par contre, les autres partenaires ne peuvent être liés de la même façon au PNSP. On ne pourra donc obliger les hôpitaux à implanter le réseau « Amis des bébés », mais on peut soutenir une activité à ce sujet. La reddition de comptes porterait alors sur les moyens mis en place pour la promouvoir.

- Le PNSP changera-t-il nos relations avec le milieu scolaire et notre façon de faire la promotion de la santé dans ce milieu ?

L'entente entre le ministère de l'Éducation et celui de la Santé et des Services sociaux est sur le point d'être révisée. Cette révision s'inscrit dans le cadre des activités du groupe de travail sur la complémentarité des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux et par le celui de l'éducation. Il s'agira d'une entente globale intégrant les services relatifs à la promotion de la santé et à la prévention ainsi que les services offerts aux jeunes en difficulté ou aux jeunes vivant avec un handicap. On ne peut présumer, à ce moment-ci, du degré d'engagement que cela pourrait signifier pour le secteur scolaire au regard de la promotion de la santé et de la prévention, mais nous nous appuyons sur les travaux liés à l'élaboration du PNSP pour négocier l'entente. D'autre part, le ministère de l'Éducation, qui révisé ses programmes d'études, semble prêt à y intégrer un volet sur la santé. Cela pourrait se traduire par l'inclusion d'éléments se rapportant à la promotion de la santé et à la prévention dans ses nouveaux programmes d'études, tout en

respectant le Programme de services complémentaires qui, lui, est pris en compte dans la révision de l'entente sur la complémentarité des services.

- La mise en œuvre du programme entraînera-t-elle des changements dans les pratiques ? Quelles seront les marges de manœuvre du personnel et des institutions ?

Dans un premier temps, la Loi vient directement changer certaines pratiques, cela étant vrai pour chacune des fonctions de la santé publique mais à des degrés divers.

À titre d'exemples, la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population s'exercera sur la base de plans de surveillance soumis au Comité d'éthique de santé publique, et des rapports (national et régionaux) sur l'état de santé de la population seront produits et diffusés de façon concertée ; en ce qui concerne la protection de la santé, son exercice sera étendu en conséquence des nouveaux pouvoirs accordés aux directeurs de santé publique ; pour ce qui est de la fonction de promotion de la santé, l'analyse des effets des lois et règlements sur la santé de la population imposera de nouvelles pratiques aux personnes qui proposent ces lois et règlements dans les différents ministères mais aussi au personnel de la Direction générale de santé publique, laquelle direction est appelée à soutenir cette analyse.

Le Programme national de santé publique vient quant à lui renforcer une pratique fondée sur des données dites probantes et sur la démonstration de l'efficacité des activités retenues. C'est une fois que le choix des activités aura été fait que, dans chacune des régions, on sera mieux en mesure d'apprécier les changements à apporter – des changements dans les priorités parfois, ou dans les façons de faire au regard d'une priorité. Le programme national étant élaboré en tenant compte des acquis, notamment des résultats obtenus avec les Priorités nationales de santé publique, certaines pratiques ont déjà changé dans l'ensemble des régions.

En ce qui concerne la question des marges de manœuvre, elle a été soulevée de façon très sensible par les personnes qui ont participé aux rencontres. En même temps qu'elles acceptaient l'idée que des objectifs soient communs aux trois paliers — local, régional et national —, elles exprimaient une certaine crainte que cette approche ait des effets pervers sur leur autonomie professionnelle ou sur celle des institutions. La mise en œuvre du PNSP devra donner lieu à une réflexion sur l'autonomie, du personnel et des institutions, dans le contexte où l'on accorde la primauté à des activités dont l'efficacité, c'est-à-dire la capacité de produire des résultats significatifs pour la population, a été démontrée. Il nous apparaît que la relation entre les intervenants et la population est une relation privilégiée qui s'établit avec chaque personne, chaque groupe ou collectivité. Le fait de proposer une activité à l'ensemble de la population n'interfère pas avec cette relation privilégiée.

Chapitre III Comité d'éthique de santé publique

Les questions concernant le Comité d'éthique de santé publique (CÉSP) ont porté sur sa composition, son mandat, ses relations avec d'autres comités d'éthique et son indépendance par rapport au ministre ou au ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Quelle est la composition du comité d'éthique ? Comment les membres sont-ils nommés ?

L'article 23 de la Loi précise la composition du Comité d'éthique de santé publique, qui est la suivante : un éthicien, trois représentants de la population, un directeur de santé publique et deux professionnels travaillant en santé publique, dont un en surveillance continue de l'état de santé de la population. À ce noyau de base peuvent s'ajouter deux personnes dont l'expertise est jugée utile aux travaux du comité. La Loi prévoit aussi, aux articles 24 et 27, « [qu' « une personne désignée par le directeur national de santé publique assiste aux réunions du comité d'éthique et [qu'] elle a droit de parole.] » ; de plus, elle « agit comme secrétaire » du comité.

À la suite d'une proposition de la commission parlementaire, le nombre de personnes venant de l'extérieur du réseau de la santé publique a été augmenté afin de donner une plus grande indépendance au comité. Les membres sont « nommés par le gouvernement, sur recommandation du ministre après consultation des milieux concernés ». Des travaux sont en cours pour créer le comité. Un appel de suggestions pour des candidatures a été lancé en juin 2002 et répété en septembre. Pour trouver les membres du réseau de la santé publique (directeur et professionnels), on a demandé à la Table de coordination et de concertation nationale de santé publique ainsi qu'à l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec de suggérer le nom de candidats.

On a souligné, lors des rencontres, qu'il était important que les membres du Comité aient une formation minimale en éthique, sans en faire un critère de sélection absolu. Il est prévu de donner une formation de base aux membres du comité, qui seront encouragés à participer à des cours ou à des activités formatives telles que des colloques.

- Quel sera le **mandat du CÉSP** ? Quelles seront les principales questions soumises au CÉSP ? Parmi celles-ci le respect de la confidentialité occupe-t-il le premier rang ? Les participants aux réunions ont exprimé le souhait que le mandat du comité d'éthique ne se limite pas aux seuls plans de surveillance continue de l'état de santé de la population mais qu'il englobe les considérations éthiques relatives à nos choix fondamentaux et celles relatives aux différentes sphères d'activités en santé publique.

Les responsabilités du comité d'éthique sont précisées dans les articles 20 et 21 de la Loi. La responsabilité principale concerne les aspects éthiques de la surveillance mais il ne s'agit pas de son unique responsabilité. Au fur et à mesure de l'avancement des travaux du comité, de l'application de la Loi et de l'entrée en vigueur du Programme national de santé publique, le comité sera aussi appelé à répondre aux demandes d'avis du ministre sur d'autres aspects de la pratique en santé publique.

Par choix, le mandat du CÉSP a été limité à la sphère des fonctions de santé publique, car il n'est pas un comité d'éthique de la santé, ce qui aurait pu être pertinent mais aurait débordé le cadre de la LSP. Ainsi, l'organisation des soins et des services n'est pas considérée à cet égard comme une

fonction de santé publique mais plutôt comme un déterminant de la santé et ne sera pas l'objet d'un examen de ce comité.

Outre les plans de surveillance qui doivent lui être systématiquement soumis, différentes considérations pourraient faire l'objet de l'avis du CÉSP, par exemple l'exploitation de données pouvant porter atteinte à la confidentialité, le risque de stigmatisation de certains groupes de la population ou l'atteinte aux libertés individuelles. S'il est vrai que l'avis d'un comité d'éthique a un poids important dans la prise de décision relative à une situation qu'il vient éclairer, il ne saurait cependant, dût-il être l'avis du CÉSP, être substitué au jugement professionnel du DSP.

- Tous les plans de surveillance et tous les projets d'enquête doivent-ils être soumis au CÉSP ? Quelle en est la pertinence compte tenu que certains plans de surveillance ou certaines enquêtes pourraient ne pas contenir de données nominatives et comporter très peu de risques sur le plan éthique ? Comment interpréter les passages en apparence contradictoires des articles 20 « peut [...] donner son avis », et 36 « les projets de plans de surveillance doivent être soumis pour avis au Comité d'éthique » ? N'y a-t-il pas un risque de paralysie si toutes les modifications à un plan de surveillance doivent être soumises au CÉSP ?

Selon les articles 20, 36 et 43 de la Loi, **TOUS les projets de plans de surveillance et tous les projets d'enquête à des fins de surveillance doivent être soumis pour avis au Comité d'éthique.** Bien que les résultats de la surveillance n'aient pas un caractère nominatif, l'exercice de la surveillance s'appuie sur un accès à des données qui peuvent parfois avoir un caractère nominatif. Au-delà du caractère nominatif des renseignements exigés ou de l'information obtenue grâce à la fonction de surveillance, l'examen éthique considère aussi l'objet même de la surveillance, le plan d'analyse, etc. Ce sont ces éléments plus particuliers du plan de surveillance qui sont visés, à titre d'exemple, dans l'article 20 de la Loi. Ainsi, tous les projets de plans de surveillance sont soumis au comité et celui-ci peut, à l'occasion de son examen éthique, se pencher sur l'un ou l'autre des aspects de ces plans qu'il jugera pertinent. La Loi précise bien que les projets de plans de surveillance doivent être révisés périodiquement. Le Comité d'éthique devrait être informé du résultat de ces révisions. Des ajustements mineurs apportés au cours de la mise en œuvre d'un plan de surveillance ne constituent pas une révision de ce plan.

- Le Programme national de santé publique peut comprendre des lignes directrices en matière d'éthique. Ces dernières sont-elles conciliables avec le mandat du Comité d'éthique de santé publique ?

L'ensemble des considérations éthiques ne repose pas sur le seul Comité d'éthique et l'action de groupes de réflexion sur les orientations, le programme et les différentes activités contribuera à développer le souci des questions relevant de l'éthique. Le programme propose des points de repères pour soutenir l'actualisation de ce souci éthique.

- Les démarches auprès du Comité d'éthique en santé publique pourront-elles remplacer les démarches auprès des autres comités d'éthique, notamment pour des projets de recherche en santé publique ? Quels liens le Comité d'éthique en santé publique entretiendra-t-il avec les autres comités d'éthique déjà en place dans les centres hospitaliers, les centres de recherche, etc. ? S'il existe déjà des mécanismes d'examen éthique pour certaines questions, celles-ci devront-elles désormais être confiées au Comité d'éthique ?

L'intention de la Loi est de proposer, par la création du CÉSP, un mécanisme particulier pour l'examen des aspects éthiques des interventions et des pratiques en santé publique. Le mandat a été déterminé de manière à viser l'ensemble des fonctions essentielles de santé publique, tout en n'interférant pas avec des mécanismes existants, le comité d'éthique de l'ISQ par exemple. La recherche est une fonction de soutien pour laquelle existent déjà des mécanismes d'examen éthique, conséquemment les projets de recherche devraient continuer à être soumis aux divers comités d'éthique qui y sont associés. **Le CÉSP n'est pas un comité d'éthique de la recherche et ne peut y être substitué.** Par ailleurs, il n'est pas exclu que le Comité d'éthique soit appelé, à la demande du ministre, à donner son avis sur des actions plus délicates sur le plan social comme l'intervention préventive auprès des partenaires d'une personne atteinte d'une maladie transmissible sexuellement. S'il existe déjà des canaux officiels pour traiter de questions éthiques, ils continuent d'être utilisés.

- En ce qui a trait au rôle du Comité d'éthique, les participants aux réunions ont compris qu'il s'agissait d'un rôle de conseiller. Compte tenu de cette limite, ils se demandent si, eu égard au fonctionnement du comité, l'influence de celui-ci ne dépendra pas de son expertise et du fait que ses avis seront publics.

L'influence du CÉSP dépendra effectivement de sa compétence et de son expertise de même que du caractère public de ses avis. De plus, l'article 36 de la LSP indique qu'une copie de l'avis du CÉSP sera automatiquement acheminée à la Commission d'accès à l'information du Québec (CAIQ), si celle-ci doit se prononcer, en vertu de la loi qui la gouverne, ce qui lui garantit également une certaine influence. L'expérience montre qu'il est rare que des décideurs aillent à l'encontre d'avis de comités d'éthique, l'intention étant généralement de prendre la décision jugée la meilleure du point de vue éthique.

- Les membres sont nommés par le gouvernement qui assume aussi les frais de fonctionnement du comité. Ne risque-t-il pas de se glisser une certaine influence politique ? De plus, comme les demandes passent par le bureau du ministre, ne pourraient-elles pas être soumises à une certaine censure ?

Ce risque potentiel est atténué du fait que le ministre est le seul responsable des demandes adressées au comité. Par exemple, s'il reçoit des demandes pour un examen éthique de certaines questions et qu'il refuse de les transmettre au comité, c'est qu'il sera sûrement en mesure d'expliquer son refus.

Quant aux honoraires ou allocation accordés aux membres, toute crainte d'irrégularité est injustifiée, puisque ces conditions sont fixées par les règlements et normes en vigueur au gouvernement.

Chapitre IV Surveillance continue de l'état de santé de la population

La surveillance continue de l'état de santé de la population est une fonction de santé publique aux termes de la Loi sur la santé publique qui fixe les exigences de cette fonction, la conception d'un plan de surveillance entre autres, et détermine les moyens adéquats pour remplir cette fonction, l'accès aux données jugées utiles par exemple. La Loi confie cette fonction exclusivement au ministre et aux directeurs de santé publique. Les questions sur ce chapitre de la Loi mettent en lumière le besoin de précision. Elles sont regroupées autour des éléments suivants : productions de la fonction de surveillance, liens entre les productions de la fonction de surveillance et les rapports périodiques sur l'état de santé de la population, contenu, durée et mandats prévus dans les divers plans de surveillance, accès aux données nécessaires à la réalisation d'un plan de surveillance, accès aux renseignements obtenus dans le cadre de la fonction de surveillance, liens avec le plan d'action régional. Enfin, il y a eu d'autres questions au sujet de l'application des diverses mesures prévues. Au fil des questions est apparu le besoin de distinguer la surveillance, la recherche, la vigie sanitaire et l'évaluation.

Les objectifs et les productions de la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population

- L'article 4 précise que des mesures de la Loi « visent [...] 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 appropriés* ». Cette précision éclaire-t-elle la notion de clients associée à la fonction de recherche et à la fonction surveillance des directions de santé publique ?
- Peut-on déduire de l'article 4 que le deuxième objectif de la fonction de surveillance implique des activités et des mesures d'indicateurs propres à soutenir l'ensemble des mandats d'une régie régionale de la santé et des services sociaux — et non seulement ceux de la direction de santé publique —, qui sont de planifier, d'organiser et d'évaluer l'ensemble des services de santé et des services sociaux offerts à la population de son territoire, pour que ceux-ci soient appropriés ? Si oui, le plan de surveillance qui sera présenté au Comité d'éthique doit-il indiquer les objets de surveillance qui y sont reliés ?

L'article 4 de la LSP énonce l'objectif général de la fonction de surveillance, sa finalité, alors que l'article 33 énumère les objectifs spécifiques pour atteindre cet objectif général, « dresser un portrait global de l'état de santé de la population ; observer les tendances et les variations temporelles et spatiales », etc. Quant au rapport sur l'état de santé de la population dont il est question à l'article 10, il ne constitue pas en lui-même une finalité de la fonction de surveillance mais bien un moyen pour informer la population de même que les décideurs et les planificateurs et ainsi adapter l'offre de services suivant l'évolution de l'état de santé de la population.

La portée de la fonction de surveillance est telle qu'elle englobe tout ce qui concerne l'état de santé de la population et les déterminants de cet état de santé et tout ce qui permet de mieux connaître, par exemple, l'évolution générale des causes de mortalité, de morbidité et d'incapacité ou de connaître l'évolution de problèmes particuliers. Il ne s'agit pas ici de départager les problèmes de « santé publique » et les autres. Selon la connaissance obtenue, les services

appropriés à offrir à la population pourraient être des services préventifs, curatifs ou de soutien correspondant aux responsabilités du planificateur qui utilise cette information. Les indicateurs de l'état de santé de la population utilisés dans le cadre de la fonction de surveillance peuvent parfois servir à évaluer des services ; **il faut toutefois prendre garde de ne pas assimiler la fonction de surveillance à la fonction d'évaluation.**

Les productions résultant de l'exercice de la fonction de surveillance et le rapport périodique sur l'état de santé de la population

- À l'article 33 de la LSP, il est mentionné qu'une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants doit être exercée de façon à pouvoir :

[...] 1° dresser un portrait global de l'état de santé de la population ; 2° observer les tendances et les variations temporelles et spatiales ; 3° détecter les problèmes en émergence ; 4° identifier les problèmes prioritaires ; 5° élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population ; 6° suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants.

Dans cet article et les suivants, on ne précise pas le type de produits qui résultent de l'exercice de la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population ni sous quelles formes doivent être diffusés les résultats. Pouvons-nous déduire que les résultats des activités de surveillance peuvent prendre différentes formes ? Il pourrait s'agir de portraits de santé, de monographies, de rapports de santé reliés à une surveillance et ou problématique particulière pour une région, d'études descriptives ou à visée étiologique, de monitoring évaluatif, etc. Dans cet ordre d'idée, le récent *Portrait de l'état de santé : le Québec et ses régions*, publié par l'INSPQ, doit-il être considéré comme le moyen de satisfaire à la première des exigences de la fonction de surveillance énumérées à l'article 33 ou comme le rapport national sur l'état de santé de la population ? Quel lien peut-on faire entre les rapports de santé national ou régionaux et le plan de surveillance ?

Différents articles de la LSP permettent de comprendre que l'exercice de la surveillance se fait, par exemple, grâce à des plans de surveillance, à la détermination des renseignements nécessaires à la fonction de surveillance et à l'accès à ces renseignements, parfois par la création de systèmes de collecte de renseignements particuliers, par l'analyse des renseignements obtenus, etc. De toutes les productions possibles résultant de l'exercice de la fonction de surveillance, il n'y en a qu'une dont la forme soit précisée dans la Loi, c'est le rapport national et les rapports régionaux, qui doivent être publiés périodiquement, comme l'indique l'article 10. Ce rapport constitue la base de la diffusion de l'information générée, mais il ne peut constituer le seul moyen de rendre compte des résultats de toutes les activités associées à la fonction de surveillance. D'autre part, comme il a été mentionné au chapitre traitant du rapport périodique, le rapport national n'est pas vu comme un portrait de l'état de santé de la population. Bien sûr, un portrait de l'état de santé de la population est primordial mais il n'est pas suffisant pour comprendre le rapport. Le rapport ne se limite pas, en effet, aux données issues de l'exercice de la fonction de surveillance, mais celles-ci lui sont essentielles. Par exemple, le rapport pourrait, autour d'un thème particulier, faire état de données issues d'une recherche qui permette de mieux rendre compte de l'état de santé de la population au regard du sujet en question.

Compte tenu des différentes formes de productions énoncées dans la question, il apparaît opportun de rappeler que l'article 4 fait bien la distinction entre la surveillance et la recherche. À cet égard, une étude à visée étiologique, telle que mentionnée dans la question, nous semble plutôt associée à la fonction de recherche.

Le contenu et la durée des plans de surveillance

- Les activités de protection sont-elles incluses dans les plans de surveillance ?

Le suivi de l'évolution, au sein de la population, de problèmes de santé associés aux domaines qui relèvent habituellement de la fonction de protection, soit les maladies infectieuses, la santé au travail et l'environnement ainsi que leurs déterminants, appartient à l'exercice de la fonction de surveillance et les exigences législatives qui se rattachent à cette dernière valent aussi pour le suivi : plan de surveillance, examen du comité d'éthique, avis de la Commission d'accès à l'information s'il y a lieu.

L'exercice de la fonction de protection — fonction d'autorité de la santé publique associée à la notion de menace à la santé de la population — comprend la vigie sanitaire, qui vise à déceler les menaces à la santé de la population susceptibles de déclencher une enquête épidémiologique ou de donner lieu à des mesures de contrôle. Cette vigie sanitaire s'exerce, entre autres, au moyen du suivi de la déclaration obligatoire de certaines maladies, déclaration dont le but premier est la protection de la santé de la population. **Les données recueillies à des fins de protection peuvent servir à des fins secondaires de surveillance, en étant utilisées dans un plan de surveillance.** L'évolution des infections à méningocoques, par exemple, peut être un « objet » de surveillance pour lequel la source de données est le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

- Des données relatives à l'allaitement maternel seront-elles recueillies par les différentes enquêtes et les différents mécanismes de collecte de données ? Des renseignements à ce sujet pourront-ils être inscrits au bulletin de naissances vivantes ?

Les objets de surveillance seront déterminés au cours de l'élaboration des plans de surveillance. Comme déterminant associé à différents problèmes de santé ou de développement des enfants, on peut penser que l'allaitement maternel pourrait être retenu dans un plan de surveillance qui porterait sur l'état de santé des enfants. Le cas échéant, le plan devra préciser la source de données permettant un accès aux renseignements nécessaires (le bulletin de naissances vivantes possiblement), en considérant, entre autres, des critères de fiabilité, de validité de faisabilité ainsi que certaines dimensions éthiques le cas échéant.

- Quelle est la **durée** d'un plan de surveillance ? Deux ou cinq ans ?

L'article 37 de la LSP précise que « [...] le ministre et chaque directeur de santé publique doivent réévaluer périodiquement la nécessité de maintenir chacun de leurs plans de surveillance ou d'y apporter des changements ». La Loi ne précise toutefois pas la périodicité de cette réévaluation. On peut penser que, au minimum, il pourrait y avoir intérêt à faire correspondre une révision à la révision des plans d'action régionaux ou à la mise à jour du programme. Un plan de surveillance est en vigueur tant qu'il n'est pas modifié.

L'accès aux données nécessaires à la réalisation d'un plan de surveillance

- La Loi sur la santé publique facilitera-t-elle l'accès aux données de la Solidarité sociale, du SIC-CLSC par exemple ? Si des données sont pertinentes pour un plan de surveillance, y a-t-il obligation de les fournir ?

L'article 38 de la LSP vient préciser les paramètres qui vont dorénavant encadrer l'accès aux données socio-sanitaires :

[...] Le ministre et les directeurs de santé publique peuvent exiger des médecins, des laboratoires médicaux, publics ou privés, des établissements de santé et de services sociaux ou de tout ministère ou organisme, qu'ils leur fournissent des renseignements nécessaires à l'exécution d'un plan de surveillance sous une forme qui ne permet pas d'identifier les personnes que ces renseignements concernent, mais qui permet d'obtenir l'information recherchée par territoire desservi par [un CLSC], par municipalité, par arrondissement ou par quartier. »

Par cet article, la Loi facilite l'accès aux données. Des ententes formelles sont souhaitables sous ce rapport entre les détenteurs de données, entre autres les ministères concernés dont celui de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Nous retenons des commentaires exprimés, le souci de tenir compte des systèmes d'information actuellement en place, le SIC-CLSC par exemple, et de faire évoluer ces systèmes sans les multiplier.

- Dans l'extrait suivant de l'article 38 : « [l]e ministre et les directeurs de santé publique peuvent exiger [...] de tout ministère ou organisme [...] », s'agit-il d'organismes publics uniquement ou d'organismes publics et privés ?

L'article 38 vise d'abord les organismes publics comme la Société d'assurance automobile du Québec pour des renseignements qui concernent les traumatismes routiers. Il pourrait aussi viser certains organismes privés tel Centraide ou d'autres encore.

- Le ministre pourrait-il exiger de la CSST des données sur les lésions professionnelles ? Est-ce que les activités de surveillance liées à la santé au travail doivent faire l'objet d'une concertation dans le cadre du PNSP ?

La Loi sur la santé et la sécurité du travail stipule, à l'article 127, 4^o et 127, 8^o respectivement que « [l]e directeur de santé publique est responsable [...] sur le territoire desservi par la régie régionale » de : « colliger les données sur l'état de santé des travailleurs et sur les risques à la santé auxquels ils sont exposés ; transmettre à la Commission les données statistiques sur l'état de santé des travailleurs et tout renseignement qu'elle peut exiger conformément à la présente loi ou les règlements ». Compte tenu des responsabilités confiées aux directeurs de santé publique par la LSST et, conséquemment, par l'article 18 de la LSP, les activités de la fonction de surveillance liées à la santé au travail, comme les autres activités relatives à la santé publique, devraient faire l'objet d'une concertation avec la CSST.

- Est-ce qu'un contrat donné à une firme pour réaliser une enquête à des fins de surveillance est un **mandat confié**, c'est-à-dire qui doit être prévu dans le plan de surveillance et être soumis à la CAIQ ?

Précisons d'abord que, conformément à l'article 43 de la Loi sur la santé publique, toutes les enquêtes « faites à des fins de surveillance de l'état de santé de la population doivent être [...] soumises [...] au Comité d'éthique ».

L'article 36 de la Loi précise qu'« une copie de l'avis du Comité d'éthique doit être remise à la Commission [d'accès à l'information du Québec] », « [l]orsqu'un plan de surveillance prévoit une communication de renseignements personnels sur laquelle [elle] doit se prononcer en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels [...] ou lorsqu'[elle] doit examiner un mandat confié par le ministre en vertu de l'article 34 de la [LSP] ». Dans le cas des enquêtes nationales, la LSP indique à l'article 42 que leur réalisation est confiée à l'ISQ ; la CAIQ n'a donc pas à se prononcer sur ce mandat « confié ».

L'avis du Comité d'éthique sur un projet d'enquête régionale pourrait devoir être soumis à la CAIQ, non parce qu'on prendrait en considération qu'il s'agit d'un mandat confié ou non, mais en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

- La Loi permet-elle que le mandat de surveillance continue de l'état de santé de la population soit délégué en tout ou en partie à l'INSPQ ?

L'article 34 dit bien que : « 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 appropriés ». Il est à noter que, dans ce cas, le ministre n'a pas besoin de soumettre le mandat à la CAIQ. Il doit le faire seulement s'il confie un tel mandat à un tiers autre que l'Institut ce qui reflète bien le rôle de soutien privilégié de l'Institut, compte tenu de son expertise.

L'accès aux renseignements obtenus dans le cadre de l'exercice de la surveillance continue de l'état de santé de la population

- Est-ce qu'une régie régionale peut avoir **accès aux renseignements** nominatifs que détiennent les directions de santé publique, par exemple certains fichiers à caractère nominal (code postal à six éléments) qui servent à l'exercice de la fonction de surveillance ? Dans certaines régions, ces données sont conservées dans des info-centres qui ne sont pas dans les directions de santé publique.

Tout d'abord, les régies régionales doivent, en vertu de l'article 371 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, garantir la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels qu'obtient la direction de santé publique dans l'exercice de ses fonctions. Les régies régionales sont par ailleurs, en tant qu'organismes publics, soumises aux règles de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Il appartient aux régies de remplir leurs obligations suivant les modalités prévues par ces lois et surtout par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

En ce qui concerne les données obtenues dans l'exercice de la fonction de surveillance, la Loi sur la santé publique ne restreint pas les régies régionales à un cadre administratif prédéterminé, comme c'est le cas pour les données obtenues dans l'exercice de la fonction de protection (voir l'article 131 et les suivants de la LSP). Les renseignements obtenus dans l'exercice de la fonction de surveillance doivent être traités de la même façon que les autres renseignements personnels détenus par les régies régionales et ce, dans le respect des dispositions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Il y a lieu, en ce qui a trait aux info-centres, de distinguer la fonction de gérance de ces derniers — activités structurées — et la gérance de l'accès aux renseignements au regard des utilisateurs. Toute personne responsable du fonctionnement des banques de données, par exemple, a forcément accès aux renseignements qu'elles contiennent, y compris les renseignements nominatifs. Cette personne est assujettie aux règles de confidentialité et, possiblement, devra prêter le serment de discrétion. La direction de santé publique, en tant que responsable de la fonction de surveillance, doit indiquer à la personne en charge de ces systèmes quels sont les accès autorisés selon les profils d'utilisateurs. Ces accès devraient être limités quand il s'agit de données à caractère nominal. De fait, les données obtenues dans l'exercice de la fonction de surveillance et qui sont accessibles aux planificateurs ou à la population devront être non nominales.

Rappelons que, bien que l'exercice de la fonction de surveillance puisse donner accès à des renseignements à caractère nominatif, principalement lorsque des systèmes d'information sont mis en place pour des problèmes de santé particuliers ou lorsque la source d'information est une enquête, il est convenu que les renseignements obtenus par des tiers doivent être rendus disponibles dans une forme qui ne permet pas d'identifier les personnes (voir l'article 38). Les rapports ou autres documents qui résultent de l'exercice de la fonction de surveillance ne doivent pas permettre non plus d'identifier des personnes.

Les plans de surveillance et les plans d'action régionaux

- La régie régionale est responsable du Plan régional de l'organisation des services et du Plan d'action régional de santé publique. Est-ce que le Plan de surveillance continue de l'état de santé de la population est une partie intégrante du Plan d'action régional de santé publique ou a-t-il son existence propre ?

La LSP établit que le Programme national de santé publique est fondé sur les quatre fonctions essentielles de santé publique, dont la surveillance continue de l'état de santé de la population. De plus, le Programme national de santé publique a été élaboré selon un modèle inclusif des activités de santé publique.

Compte tenu de ces faits, tout plan de surveillance régional s'inscrit dans le cadre du Plan d'action régional de santé publique. Cependant, il est possible que le plan de surveillance détaillé ne soit pas intégré tel quel dans le Plan d'action régional. On peut penser que les objets de

surveillance et les tâches importantes à réaliser dans l'exercice de cette fonction seront intégrées dans le Plan d'action régional, par exemple, mais pas la liste des renseignements nécessaires à obtenir ni leur plan d'analyse.

L'application des mesures législatives qui concernent la surveillance

- Y aura-t-il des enquêtes particulières pour répondre aux besoins ponctuels en matières de surveillance ?

Une activité de surveillance s'inscrit toujours dans une démarche structurée et systématique, définie dans un plan de surveillance. La réalisation d'enquêtes peut être un moyen d'obtenir des renseignements nécessaires à la surveillance comme l'indique la section II, portant sur les enquêtes socio-sanitaires, du chapitre VI sur la fonction de surveillance. Il faudra distinguer les enquêtes nécessaires à l'exercice de la fonction de surveillance des enquêtes réalisées à des fins de recherche ou d'évaluation, ces dernières ayant sans doute un caractère davantage « ponctuel ».

- Les régions auront-elles une certaine souplesse dans l'élaboration de leur plan de surveillance respectif? Pourront-elles prendre en considération leurs problèmes particuliers? Par exemple, si une étude s'impose rapidement, devra-t-elle être obligatoirement soumise au CÉSP ?

La fonction de surveillance est confiée au ministre et aux directeurs de santé publique. Elle s'exerce donc au palier régional conformément aux orientations prises à ce niveau, qui doivent cependant tenir compte des travaux concertés entre le palier national et régional, entre autres, en fonction du Programme national de santé publique.

Bien que le besoin de procéder rapidement à une étude ne puisse être exclu, il est légitime de penser qu'un tel cas serait exceptionnel et relèverait probablement de la fonction de recherche. Toutefois, s'il s'agit d'une étude à des fins de surveillance qui n'aurait pas été prévue dans le plan de surveillance soumis au CÉSP, elle devrait être présentée à ce comité. Le comité d'éthique verra alors à traiter une telle demande avec la diligence requise.

Certains travaux en cours à la Table de concertation nationale en surveillance (TCNS) visent à établir un bloc commun d'éléments à surveiller pour les inclure dans le plan de surveillance qui doit être soumis au comité d'éthique. Rien n'empêche une région d'y ajouter d'autres éléments qui lui sont propres.

- Qu'advient-il des projets de systèmes de surveillance qui sont déjà en cours d'élaboration ou déjà mis en place ?

Les dispositions transitoires énoncées aux articles 168 et 169 de la LSP stipulent « [I]es systèmes de surveillance déjà mis en place [...] [au moment de l'entrée en vigueur de la Loi,] le 19 avril 2002, sont maintenus dans leurs modalités actuelles ». Dès qu'une modification sera apportée, tout plan de surveillance (ou système) devra se conformer aux exigences de la Loi, c'est-à-dire être soumis au CÉSP et à la CAIQ, le cas échéant. Un système qui serait en cours d'élaboration devra se conformer aux nouvelles exigences législatives avant d'être mis en œuvre.

- Quel est le fonctionnement du groupe de travail chargé, au plan national, d'élaborer le plan de surveillance continue de l'état de santé de la population ? Quels seront le mandat et le plan d'action de ce groupe de travail ? Quel sera l'échéancier des travaux ? Par ailleurs, à qui incombera la responsabilité d'élaborer les plans de surveillance nationale et régionaux et qui sera associé à ces travaux ? Par exemple, quel rôle sera attribué à la TCN-Surveillance (TCNS) ? Par rapport aux travaux en cours à cette table, quels liens y aura-t-il entre ces derniers et les travaux réalisés sur le plan national ?

La Loi précise, à l'article 35, que « [l]e ministre et les directeurs de santé publique, chacun pour leur fin, doivent élaborer des plans de surveillance de l'état de santé de la population... » Chacun a donc une responsabilité qui lui est propre.

Issu d'une initiative de la TCNS et travaillant au début dans une perspective régionale, un regroupement volontaire de neuf régions a élargi ses activités pour intégrer dans cette perspective régionale le volet national ainsi que l'ensemble des domaines du PNSP. La fin des travaux de ce groupe devrait coïncider avec l'adoption du PNSP et donner lieu à un premier document de consultation.

Reconnaissant, comme ses partenaires, que les plans de surveillance doivent être élaborés de façon concertée, d'une part, pour garantir la comparabilité des résultats et, d'autre part, pour éviter de multiplier le travail, et reconnaissant que la Loi amène un élargissement de la fonction de surveillance dont les différents volets méritent d'être traités de façon concertée et coordonnée, la Direction générale de la santé publique du Ministère a proposé la mise en place d'un groupe de travail *ad hoc* plus nombreux – le comité d'orientation de la mise à jour de la fonction surveillance – pour aborder l'ensemble des aspects du développement de cette fonction de surveillance. Ce comité tiendra compte des travaux amorcés par la TCNS pour déterminer le contenu des plans de surveillance et examinera, entre autres, le rôle et les responsabilités des acteurs ainsi que les ententes requises pour l'acquisition de données. La composition du comité, présidé par le Ministère, est prévue ainsi : directeurs de la DGSP du MSSS (programme, promotion-prévention, protection et Secrétariat du sang), l'INSPQ (2 personnes), un directeur de santé publique, un représentant de la TCNS et un représentant de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses-(TCN-MI). Pourrait s'y ajouter un représentant de la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation du Ministère. Le Comité d'orientation a confié à un groupe de travail le mandat de recommander un canevas pour la préparation des plans de surveillance convenant aux besoins du MSSS et des DSP et de formuler une base commune de plan de surveillance. L'échéancier de ce mandat a été fixé en mars 2003. Les membres de ce groupe de travail représentent les différents domaines du PNSP.

- Le plan de surveillance national va-t-il prévoir des règles applicables dans toutes les régions ?

Chaque région a l'obligation, comme c'est le cas au palier national, d'élaborer son propre plan de surveillance et de le soumettre au Comité d'éthique. Un groupe de travail prépare présentement une liste d'éléments susceptibles d'être inclus dans un plan de surveillance. S'ajoutent à cette liste des données afférentes comme des indicateurs, des sources de données, etc. Cette initiative évitera que ce travail plutôt technique ne doive être fait par chaque région. Chaque région aura cependant la responsabilité de choisir l'information qu'elle juge appropriée à sa réalité et d'y ajouter ce qui lui paraît nécessaire.

Cette façon de procéder garantira la comparabilité des éléments contenus dans les différents travaux régionaux ou nationaux et évitera que le même travail soit refait inutilement.

- Les données nécessaires à la surveillance viendraient-elles du MSSS pour être ensuite distribuées dans chacune des régions ?

L'objectif de comparabilité des éléments de surveillance ainsi que des périodes de collecte des données retenues tant sur le plan national que sur le plan régional porte à croire qu'il y aura beaucoup de points communs entre les besoins respectifs de ces deux paliers. Pour cette raison, une gestion coordonnée et centralisée des processus d'acquisition de l'information détenue par d'autres ministères ou organismes est envisagée pour garantir un accès continu aux données nécessaires tant nationalement que régionalement.

Les modes d'acquisition et de transmission des données ne sont cependant pas encore décidés. Il pourrait s'agir d'un infocentre en santé publique qui, sous la responsabilité du MSSS, acquerrait les données et les déposerait dans un ou une série d'entrepôts, puis chaque partenaire accéderait à l'information désirée et autorisée grâce à un « profil d'accès ». Il se pourrait également que, de façon transitoire ou permanente, la gestion coordonnée par le MSSS résulte en une commande commune à partir de laquelle les données seraient expédiées directement à chaque partenaire — MSSS, DSP et INSPQ —, sur cédérom ou disquettes.

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

- Une intervention à l'égard de la surveillance et de la recherche a été faite sous forme de commentaire. Le fait que la recherche n'est pas reconnue comme une fonction essentielle de santé publique, le fait donc qu'elle n'est pas un des fondements du PNSP au sens de la Loi, pose problème : les projets de recherche sont nombreux et considérés essentiels. D'autre part, les exigences relative à la surveillance, dont l'obligation de soumettre les plans de surveillance au CÉSP, sont perçues par certains comme tellement contraignantes qu'ils trouvent plus avantageux d'inclure les projets dans la fonction de recherche que dans la fonction de surveillance.

Le Programme national de santé publique est fondé sur les quatre fonctions de santé publique déterminées par la Loi mais comprend aussi des actions ayant trait à des fonctions de soutien à l'activité de santé publique comme la recherche. Le programme comprend donc des orientations en recherche.

Habituellement, les projets de recherche comportent un protocole et sont soumis à l'examen d'un comité d'éthique, et à l'examen de la CAIQ si des renseignements personnels sont nécessaires. Par ailleurs, les données utilisées dans un projet de recherche doivent normalement être détruites après la présentation du rapport de recherche. La fonction de surveillance, pour sa part, comporte elle aussi des exigences : l'élaboration de plans de surveillance soumis à l'examen du Comité d'éthique de santé publique et à l'examen de la CAIQ, le cas échéant. La fonction de recherche et la fonction de surveillance en santé publique ont donc toutes deux une exigence commune relative à l'éthique. Cette exigence vise à ce que tant les activités de recherche que les activités de surveillance puissent bénéficier de l'avis d'un comité d'éthique qui base son examen sur des caractéristiques propres à chacun des types de projets qui lui sont soumis.

Chapitre V Collecte de renseignements et registres

Les questions posées relativement à la collecte de renseignements et aux registres ont permis de clarifier la notion de registre inscrite dans la Loi.

- L'article 49 indique que : « [l]e ministre peut, à des fins de soins préventifs cliniques ou de protection de la santé, instituer par règlement des registres où sont inscrits des renseignements personnels sur certains services ou soins de santé reçus par la population. » De quels services ou soins de santé est-il question ? Ces services ou soins de santé pourraient-ils inclure les services offerts par les organismes communautaires, au sein desquels le nombre de services s'apparentant aux services du réseau de la santé et des services sociaux croît sans cesse, services pour lesquels, par ailleurs, des renseignements personnels pourraient être nécessaires à des fins de santé publique dans certaines circonstances ?

L'article 49 est une disposition qui permet au ministre de créer de nouveaux registres « à des fins de soins préventifs cliniques ou de protection de la santé de la population ». Cette mesure pourra permettre de recueillir des données nécessaires à la protection de la santé de la population (par exemple dans le cas de registres liés au don d'organes) ou à l'amélioration de l'offre de soins préventifs, dans un contexte de coordination intégrée des diverses pratiques. Le registre de vaccination, explicitement inscrit dans la Loi, est un exemple de ce type de registre. Si les organismes communautaires offrent des services nécessitant la création d'un registre, les professionnels de la santé y travaillant pourraient être tenus de fournir certains renseignements. Aucun exemple de ce type n'a cependant été évoqué à ce jour. Notons que les registres envisagés ici n'ont pas un objectif administratif ou évaluatif.

- Quelle distinction doit-on faire entre un fichier et un registre ?

Le mot « fichier » est généralement compris comme un générique qui englobe tant les dossiers d'un professionnel que l'ensemble des renseignements relatifs à un même dossier, un registre d'information ou une banque de données.

Le mot « registre » implique plus particulièrement la notion de support — papier ou informatique —, sur lequel on inscrit une information que l'on veut conserver sur une très longue période, information à laquelle habituellement, on associe une date. Par exemple, on parlera du registre des présences, du registre des droits immobiliers, du registre de l'état civil, etc.

Le temps de conservation d'un registre est généralement plus long que celui d'un fichier.

Le libellé de la Loi sur la santé publique n'a pour seul objectif que d'être plus précis. Au sens de cette loi, certaines exigences sont liées à la création de registres, comme celle d'être soumis à la CAIQ et, sauf exception, d'être construits sur la base du consentement des personnes.

Chapitre VI Promotion de la santé et prévention

Les questions posées sur le chapitre de la promotion de la santé et de la prévention reflètent le besoin d'apprécier la portée des mesures relatives aux deux fonctions aussi étendues que fondamentales que sont la promotion de la santé et la prévention. À ce chapitre plus qu'ailleurs sans doute, est ressortie la nécessaire synergie entre la Loi sur la santé publique et le Programme national de santé publique pour confirmer la place de la promotion de la santé d'une part et de la prévention d'autre part au sein des fonctions de la santé publique. Certaines questions concernaient plus précisément la fluoruration de l'eau et les règlements qui y seront possiblement afférents.

Dispositions générales

- En ce qui concerne la promotion de la santé et la prévention, quels sont les principaux changements apportés par la Loi sur la santé publique ?

Le changement fondamental consiste en l'inclusion de la promotion de la santé dans les fonctions de santé publique et en l'élargissement de la portée de la fonction de prévention par comparaison à sa teneur dans la Loi sur la protection de la santé. Ces changements se concrétisent dans un premier temps par l'énumération, à l'article 53, de stratégies de promotion de la santé et de prévention qui peuvent être utilisées par les institutions de santé publique. Ces stratégies s'inspirent de celles qui sont normalement véhiculées depuis l'adoption de la Charte d'Ottawa et de celles que prône la PSBE.

De façon plus précise, la Loi confirme le rôle de conseiller du ministre de la Santé et des Services sociaux au sein du gouvernement pour tout ce qui a trait à la santé de la population. De plus, en obligeant les responsables « de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population » (voir l'article 54) à consulter le ministre, la Loi introduit la notion de la responsabilité partagée au regard des conditions qui favorisent la santé de la population. Bien que la considération des conséquences pour la santé de l'adoption de lois et règlements soit revendiquée par différents mouvements dans le monde, elle est encore peu présente dans les textes législatifs. La Loi innove sous ce rapport.

La Loi vient confirmer la légitimité des demandes de la part du directeur de santé publique aux autorités concernées pour participer à la recherche de solutions relativement à un problème évitable de mortalité, de morbidité ou d'incapacité. Enfin, la LSP s'intéresse aussi à la question de la fluoruration de l'eau potable, mais l'obligation d'ajouter du fluor qui se trouvait dans la LPSP a été abolie.

Les stratégies de promotion de la santé et de prévention

- L'article 53 reconnaît que les personnes travaillant en santé publique « peuvent » intervenir par différentes stratégies de promotion de la santé et de prévention. Il ne s'agit pas d'une obligation légale, cependant. Par ailleurs, au chapitre II, à la lecture de l'article 8, on comprend que, pour chacune des fonctions de santé publique, le Programme national de santé publique (PNSP) comportera des orientations, des objectifs et des priorités. Le Programme

national de santé publique devient-il en quelque sorte une « police d'assurance » pour les équipes qui s'occupent de la prévention et de la promotion de la santé, si leurs activités se trouvent en partie ou en totalité dans les activités retenues ?

La Loi confirme les fonctions de promotion de la santé et de prévention dès le premier chapitre portant sur l'objet de la Loi. L'article 53, quant à lui, définit le champ d'exercice respectif des fonctions de promotion de la santé et de prévention, par l'énumération des différentes stratégies arrêtées en vue d'atteindre les objectifs de ces fonctions. Les mesures législatives qui concernent la promotion de la santé et la prévention ont pour ainsi dire un caractère général, en raison de leur portée pour l'ensemble des domaines dans lesquels s'exercent ces deux fonctions. C'est effectivement le Programme national qui viendra préciser les objectifs poursuivis par ces fonctions et, comme la Loi précise que le PNSP « doit comporter des orientations, des objectifs et des priorités » (voir l'article 8) pour chaque fonction, y compris les fonctions de promotion de la santé et de prévention, un plan d'action ne pourrait pas exclure ces deux dernières. Loi et programme agissent comme mécanismes structurants et complémentaires pour garantir la réalisation de ces fonctions.

- L'article 53 aborde également la question d'encourager les professionnels à adopter une pratique préventive. Jusqu'à quel point la mesure telle que formulée à l'alinéa 2 peut-elle justifier une intervention au regard de l'ensemble des soins cliniques ?

Ce sont, bien sûr, les pratiques professionnelles reliées aux fonctions de promotion de la santé et de prévention dont il est question dans cette mesure, qui vise à « favoriser et soutenir auprès des professionnels de la santé la pratique de soins préventifs » (voir à l'article 53,2^o). Cette mesure s'inscrit dans la foulée du *Rapport Clair* qui recommandait que les directions de santé publique « fassent connaître aux professionnels de la santé et des services sociaux les pratiques efficaces de prévention ». L'instauration des groupes de médecine familiale, entre autres, apparaît une occasion de faire valoir des pratiques cliniques compatibles avec les interventions proposées relativement aux activités du programme (par exemple en ce qui a trait aux programmes de périnatalité, de petite enfance, de tabagisme, de prévention du suicide, etc.).

L'analyse des effets sur la santé des mesures prévues par les lois et règlements (l'article 54)

- Quand l'article 54 de la Loi sera-t-il en vigueur ? Quel est le mécanisme envisagé pour consulter le ministre au cours de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements ? Par exemple, un mécanisme de veille des projets en cours d'élaboration sera-t-il mis en place ? Que veut dire « impact significatif » ? Quelles sont les attentes relativement aux autres ministères ?

L'article 54 est entré en vigueur le 18 juin 2002. L'objectif visé par cet article est de sensibiliser les différents ministères à l'opportunité, sinon à la nécessité, de prendre en considération les conséquences sur la santé de la population des décisions émanant d'eux. Un groupe de travail s'est penché sur une stratégie à proposer pour soutenir l'adoption de politiques favorables à la santé. La proposition du groupe de travail s'articule autour de deux volets qui rejoignent les deux facettes de l'article, soit la fonction de conseiller du ministre et le devoir de consulter ce dernier lors de l'élaboration de projets de lois ou de règlements pouvant avoir des conséquences importantes sur la santé de la population. Le premier volet de cette stratégie propose un

programme de réalisation, a priori, de synthèses des connaissances et d'avis, relativement aux différents domaines d'intervention gouvernementale pouvant avoir un effet sur la santé de la population, un programme qui puisse organiser les connaissances existantes, servir de base aux analyses des divers ministères et organismes et guider la recherche. Des contacts ont d'ailleurs déjà été établis avec des équipes de recherche et les principaux bailleurs de fonds de recherche concernés. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est responsable de ce volet.

Le deuxième volet concerne le soutien du MSSS à l'évaluation des projets de lois et règlements des autres ministères. Pour s'acquitter de cette responsabilité, le MSSS propose des orientations et des instruments qui permettront d'évaluer au préalable les conséquences possibles sur la santé de la population des mesures prévues dans les projets de lois ou règlements. Cette proposition du MSSS, largement inspirée des travaux interministériels sur l'Évaluation environnementale stratégique (ÉES), a été présentée aux autres ministères, à la fin du mois de mai 2002. La première année d'application de la mesure est envisagée comme la phase pilote au cours de laquelle le processus et les instruments seront évalués et ajustés. **Le ministère de la Santé et des Services sociaux est responsable du soutien à offrir aux autres ministères et aux divers organismes, mais ceux-ci sont responsables de l'analyse de leurs projets et ils ont le devoir de consulter le ministre de la Santé et des Services sociaux à cet effet.**

Quant à l'expression « impact significatif », elle doit être comprise dans le sens suivant :

« Toute modification de l'état de santé ou d'un ou de plusieurs déterminants de cet état de santé de la population, d'individus ou de groupes, qui est jugée importante. Le jugement sur l'importance de l'impact est fait sur la base d'une évaluation rigoureuse de la nature, de l'ampleur, de la durée et de la probabilité de ces modifications ainsi que sur la prise en considération des groupes les plus susceptibles d'être affectés ». (La définition est tirée des documents de travail sur l'application de l'article 54.)

Au regard des mécanismes de veille pour assurer le suivi des projets en cours d'élaboration, il existe un groupe interministériel de veille des politiques publiques qui peut être mis à contribution. Les différents comités du Conseil exécutif chargés de faire l'analyse des projets de lois ou règlements seront aussi sensibilisés, afin qu'ils s'assurent que cette mesure législative a été considérée dans l'élaboration des projets. Le Groupe de travail ministériel entreprendra des démarches en ce sens auprès des principaux ministères au cours de la phase pilote.

- L'application de la Loi est-elle rétroactive en ce qui concerne les avis aux autres ministres ? La Loi sur la santé publique a-t-elle préséance sur la Loi sur la santé et la sécurité du travail ? Pourrait-il y avoir un avis concernant le dossier de la pauvreté ? Est-ce que l'article 54 permet au ministre de réagir au fait que le programme scolaire réduit le temps consacré à l'activité physique ?

L'application de la Loi n'est pas rétroactive en ce qui concerne l'obligation de consulter le ministre de la Santé et des Services sociaux. Ainsi, les projets de lois soumis au Conseil des ministres ou à l'Assemblée nationale avant l'entrée en vigueur de l'article 54 n'ont pas à faire l'objet d'une consultation du ministre. Pour ce qui est de donner des avis, le ministre a toujours eu la capacité de le faire. La Loi vient confirmer ce rôle et, ce faisant, elle détermine le processus d'avis qui passe par le ministre.

L'article 54 de la Loi s'applique aux mesures législatives et réglementaires adoptés par tout ministère ou organisme, y compris les lois et règlements qui concernent la santé au travail, notamment les lois ou règlements qui concernent les examens médicaux relatifs au travail, les examens préalables à l'embauche par exemple. De même, le premier alinéa de l'article permet au ministre de la Santé et des services sociaux de réagir auprès de ses collègues sur toute question qu'il juge pertinente et pour laquelle il peut apporter un éclairage opportun. Il faut bien comprendre que **la LSP introduit la considération des effets sur la santé de toute décision législative et réglementaire. Elle ne constitue pas un droit de veto sur une décision législative ou réglementaire et, dans ce sens, elle n'a pas préséance sur les autres lois.**

- L'article 54 concerne l'action du palier national. Est-ce à dire que les directions de santé publique n'ont pas à s'occuper de l'analyse des conséquences des politiques publiques sur la santé de la population ?

L'article 54 stipule que le ministre de la Santé et des Services sociaux est « le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique » ; c'est donc par lui que seront transmis au gouvernement les avis relatifs à la santé publique. Les directions de santé publique et l'INSPQ pourront cependant contribuer à élaborer de tels avis. C'est aussi ce ministre qui sera consulté sur les projets de lois et de règlements et qui pourra donc interagir avec les responsables de ces projets. Toutefois, le paragraphe 5 de l'article 53 stipule que le ministre, les directeurs de santé publique et les CLSC peuvent, chacun au niveau d'intervention qui le concerne, « 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 ». Ainsi, les directions de santé publique pourront continuer de travailler à influencer les politiques sociales et publiques au niveau qui les concerne directement, soit les paliers régional et local (municipalités, MRC, etc.). Les directeurs de santé publique peuvent donc, dans les limites de leurs responsabilités, s'inspirer pour ce faire de l'esprit du premier alinéa de l'article 54.

La demande d'aide formelle (l'article 55)

- Pourquoi un directeur de santé publique doit-il aviser le directeur national de santé publique lorsque la demande d'aide du premier concerne un ministère ou un organisme gouvernemental ? La même obligation existe-t-elle quand le directeur de santé publique veut demander l'aide d'une municipalité ?

Le fait d'informer le DNSP qu'un directeur de santé publique adresse une demande d'aide à un ministère ou un organisme gouvernemental permet au DNSP de pouvoir agir auprès du ministère ou de l'organisme visé. Il s'agit, en fait, de garantir la transmission de l'information aux paliers concernés. Le directeur de santé publique n'a pas l'obligation d'informer le DNSP lorsqu'il adresse une demande à une municipalité.

- Comment pourra s'exercer la demande d'aide formelle que l'article 55 donne au directeur de santé publique ? Que signifie « participer à la recherche d'une solution » au regard de la responsabilité d'un directeur de santé publique ? Le pouvoir de demander formellement de l'aide attribué aux directeurs de santé publique pourra-t-il être utilisé dans la recherche de solutions au regard des inégalités sociales ?

Le choix de recourir ou non à la demande d'aide formelle repose sur le jugement professionnel du directeur de santé publique et doit tenir compte des précisions qu'apporte à cet égard l'article 55 : « une situation présentant des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables [...] et, [...] il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques ». **La demande d'aide formelle est un recours d'exception**, après que les moyens usuels de concertation et d'influence ont été épuisés. Comme il avait été mentionné au cours de la consultation préliminaire, il faut user du discernement requis dans le recours au pouvoir de demande d'aide formelle, au risque d'en affaiblir la portée.

Participer à la recherche de solutions signifie que les partenaires invités à cette démarche contribuent à bien cerner la situation problématique, à mieux la comprendre, à trouver des pistes de solutions possibles et, le cas échéant, participent à la mise en place de ces solutions ou d'une partie de ces solutions. L'article ne donne pas au DSP le pouvoir de contraindre des partenaires à une action. Le DSP est responsable selon l'article 373, 4^o de la LSSSS « d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action ». Le pouvoir de demander formellement de l'aide est un corollaire de cette responsabilité et permet au DSP d'établir des passerelles avec d'autres secteurs en reconnaissant l'importance de leur participation à la recherche de solutions aux problèmes de santé évitables.

Fluoration de l'eau potable

- La possibilité d'une subvention ministérielle peut-elle inciter les municipalités à fluorer l'eau ? N'y a-t-il pas risque d'effet démotivant si les subventions ne sont pas versées ?

La subvention est une mesure d'encouragement parmi un ensemble de facteurs qui entrent en ligne de compte dans la décision de fluorer l'eau. La LPSP prévoyait déjà un soutien financier pour la fluoration par un programme de subventions. Les demandes reçues ont toujours obtenu une réponse positive, à ce jour.

- Étant donné que « [l]e programme national de santé publique doit inclure des actions pour inciter à la fluoration de l'eau » (voir l'article 59), y a-t-il des normes et règlements qui sont prévus pour les propriétaires d'une station de traitement de l'eau ? Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a-t-il pas l'information nécessaire pour favoriser l'adoption par règlement de la nouvelle norme de l'eau potable à 0,6 mg/l au lieu de 1,2 mg/l ?

La Loi prévoit, en effet, à l'article 59, que « [l]e programme national de santé publique doit inclure des actions pour inciter à la fluoration de l'eau » potable. Elle détermine aussi que le ministre fixe par règlement la concentration optimale en fluor pour prévenir la carie dentaire. Il peut aussi par règlement fixer des normes sur la façon de surveiller la qualité de la fluoration de l'eau. Enfin, il peut verser une subvention pour soutenir les efforts de fluoration. La disposition transitoire inscrite à l'article 170 prévoit que la concentration en fluor demeure à 1,2 mg/l jusqu'à ce que le ministre adopte un nouveau règlement en vertu de l'article 57. Différents travaux ont été réalisés au cours des dernières années sur ce volet réglementaire. Les résultats de ces travaux et les recommandations qui en découlent sont attendus prochainement et devraient permettre de présenter, s'il y a lieu, à une proposition de règlement. Pour ce qui est de la surveillance de la qualité de la fluoration, actuellement, il existe des règles administratives qui fixent les normes à

respecter. L'objectif général d'allègement réglementaire incite les responsables à utiliser des règles administratives plutôt que des règlements lorsque ces règles permettent d'atteindre les résultats visés.

Chapitre VII Vaccination

Les questions relatives à la vaccination concernent principalement le consentement à l'inscription au registre de vaccination et à l'accès aux renseignements qui y sont inscrits en vue d'objectifs précis, la gestion du registre et, en ce qui a trait aux manifestations cliniques inhabituelles, le lien entre la déclaration de ces manifestations et le registre de vaccination.

Registre de vaccination

- Y a-t-il un mécanisme prévu pour obtenir un consentement éclairé à la vaccination lorsque les enfants auront atteint l'âge de 14 ans ? Les participants ont formulé les commentaires suivants sur la question du consentement : Il faudra s'assurer que **le consentement** au registre est facilement accessible et qu'il n'y a pas de répétition de l'information. La gestion du consentement nécessitera des ressources supplémentaires et une formation adéquate des vaccinateurs.

Les modalités pour procéder à un consentement éclairé ne sont pas encore établies et pourraient varier en fonction des groupes d'âge ciblés. La Loi permet de demander le consentement à différents moments. Ainsi, il pourrait être demandé aux parents au cours de la période qui suit l'accouchement. La Loi prévoit que « [d]es informations écrites sur le registre de vaccination doivent être disponibles dans tous les lieux [de vaccination] » (voir l'article 66). Ces renseignements devraient être accessibles aux jeunes comme à leurs parents au moment de leur vaccination.

L'intention déjà annoncée est de rendre la gestion du consentement la plus conviviale possible. L'élaboration des modalités de consentement devra tenir compte des aspects éthique et juridique en cette matière.

Au chapitre sur les dispositions transitoires, à l'article 174, la Loi permet au ministre de « verser au registre de vaccination, dès qu'il sera mis en opération, les renseignements personnels recueillis avec l'autorisation des personnes vaccinées, par le ministre et l'Institut national de santé public du Québec, lors de la campagne de vaccination contre l'infection à méningocoque tenue en 2001 et 2002 ».

- Le consentement à l'accès aux renseignements inscrits au registre de vaccination est-il tacite ou verbal ? Le consentement à cet accès fait-il l'objet d'un deuxième consentement ou est-il implicite dans le consentement à l'inscription au registre ?

Le consentement à l'inscription au registre et celui à l'accès pourraient se faire en même temps. On dira alors qu'il s'agit d'un consentement « étagé » ou « décliné », c'est-à-dire qu'un consentement éclairé doit préciser qu'une personne donne l'autorisation d'inscrire au registre les renseignements qui concernent son statut vaccinal (en tout ou en partie) et donne l'autorisation aux personnes concernées d'y accéder en vue d'objectifs particuliers (la formule de consentement utilisée au cours de la campagne de vaccination contre le méningocoque, en 2001-2002, est un exemple de consentement « étagé »). Le consentement visé par la Loi permet, par exemple, l'accès par un vaccinateur aux renseignements inscrits au registre de vaccination, pour vérifier

l'histoire vaccinale d'un patient avant d'administrer un vaccin et l'accès par un CLSC (ou un DSP, le cas échéant) pour promouvoir la vaccination (relance). La promotion de la vaccination peut s'adresser à toute la population concernée du territoire d'un CLSC, quel que soit le lieu de pratique où une personne reçoit ses vaccins.

De plus, le consentement éclairé permet à une personne de savoir que les autorités de santé publique pourront, par le pouvoir d'enquête qui leur est conféré en cas de menace à la santé, avoir accès aux renseignements qui la concernent dans le registre, lorsque ces renseignements seront nécessaires à la conduite de l'enquête épidémiologique (accès prévu aux à l'article 67,3^o, 4^o et 5^o).

- Que couvre le terme « vaccinateur » ? Exclut-il certaines personnes du corps hospitalier ?

Le terme vaccinateur inclut toute personne ayant la compétence de vacciner et étant autorisée à le faire. Il s'agit essentiellement de médecins ou d'infirmières.

- Au paragraphe 6 de l'article 67, la Loi fait référence à la « promotion de la vaccination » faite par les CLSC. S'agit-il d'une obligation pour les CLSC ? Cette question est d'un intérêt certain car les CLSC s'interrogent sur la pertinence de maintenir cette activité dans leur « tronc commun » de services à l'intention de la famille, de l'enfance et de la jeunesse.

Le paragraphe 6 de l'article 67 indique que l'accès aux renseignements personnels inscrits au registre de vaccination est accordé

« aux établissements qui exploitent un centre local de services communautaires pour les fins de leurs interventions de promotion de la vaccination auprès des personnes de leur territoire qui ont préalablement consenti à cet accès ou, aux mêmes conditions, au directeur de santé publique du territoire, si une entente est intervenue entre le directeur et un tel établissement pour que ces activités de promotion soient faites par la direction de santé publique ».

Au sens strict, la Loi n'oblige pas les CLSC à faire la promotion de la vaccination. Elle reconnaît que de telles activités s'inscrivent dans les activités de première ligne de santé publique, donc des activités relevant des CLSC et prévoit, par conséquent, qu'ils peuvent avoir accès aux renseignements personnels pour réaliser ces activités quand les personnes en cause y ont consenti. La Loi ajoute la possibilité d'une entente entre les CLSC et les DSP qui permette aux DSP d'avoir accès aux renseignements inscrits au registre de vaccination pour faire la promotion de la vaccination, même s'ils n'offrent pas eux-mêmes des services de première ligne.

La révision des activités actuelles de promotion de la vaccination ne peut s'appuyer sur une obligation légale et sera sans doute précisée par le programme. C'est, en effet, dans le cadre du Programme national de santé publique que peut se discuter la pertinence de retenir ou non de telles activités dans les activités prioritaires ou dans les activités secondaires du programme, le cas échéant. La promotion de la vaccination pourrait être un élément des plans d'action locaux et régionaux, selon les budgets disponibles.

- Le registre de vaccination permettra-t-il de connaître l'étendue de la vaccination dans la population ? Les données nominales permettant d'établir un dénominateur de référence précis pour calculer les taux de personnes vaccinées seront-elles disponibles ?

Comme la constitution du registre dépend du consentement des personnes, le registre ne reflétera jamais avec certitude la situation réelle de la vaccination dans l'ensemble de la population. **Le but premier du registre de vaccination en est un de soins cliniques préventifs et de protection.** Les personnes qui se font vacciner — c'est le cas d'une grande majorité de la population — verront un avantage personnel, comme tendent à le prouver les expériences antérieures, à être inscrites au registre de vaccination. Parallèlement, les vaccinateurs devraient aussi y voir des avantages au plan clinique et pour la protection de la santé de la population.

Le registre de vaccination pourra aussi servir de source de données pour la surveillance de la vaccination, l'étendue de la vaccination devenant un objet de surveillance de l'état de santé de la population. Cet objectif de surveillance sera par le fait même assujettie aux obligations de la fonction de surveillance continue, c'est-à-dire qu'elle devra faire l'objet d'un plan de surveillance qui sera soumis à un comité d'éthique, voire à la CAIQ, si requis. Il sera possible d'estimer la proportion de la population inscrite au registre en comparant le nombre de personnes inscrites au registre avec la population du territoire, à partir des données démographiques disponibles. Une telle comparaison devrait permettre d'évaluer le degré de précision dans le calcul de l'étendue de la vaccination.

- Par qui et comment sera assurée la gestion du registre des vaccinations (voir l'article 61) ?

Pourriez-vous apporter des précisions quant au contenu de l'alinéa 2 de l'article 68 qui se lit ainsi :

« Le ministre peut, dans le règlement qu'il édicte, prévoir que dans une région ou un territoire, un établissement de santé et de services sociaux ou une régie régionale doit, en son nom ou au nom du gestionnaire du registre, recueillir, inscrire ou transmettre les données du registre ou y donner accès » ?

Comme le précise l'article 61, le ministre de la Santé et des Services sociaux peut assumer lui-même la **gestion du registre** ou la confier, par entente, à un autre organisme. Les décisions à cet égard seront prises au fur et à mesure de la constitution du registre. Ce qu'apporte l'article 68, c'est un assouplissement pour permettre de constituer le registre selon une « architecture » qui soit le plus efficace et le plus réaliste possible. Cet assouplissement implique qu'un établissement ou une régie peut se voir confier, pour le compte du ministre ou de son gestionnaire du registre, certaines tâches reliées au fonctionnement du registre.

Déclaration des manifestations cliniques inhabituelles

- Par rapport à la « déclaration des manifestations cliniques inhabituelles », qu'envoie-t-on au directeur de santé publique ?

Le DSP reçoit la déclaration des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) accompagnée des renseignements prévus à l'article 69 de la LSP. Un règlement établira les modalités concrètes de déclaration.

- Y aura-t-il deux registres différents, c'est-à-dire un registre de vaccination et un registre de renseignements obtenus au moyen de la déclaration des MCI ?
- Qu'advient-il d'une personne présentant une manifestation clinique inhabituelle et qui n'est pas inscrite au registre de vaccination ?

La Loi ne prévoit pas la constitution d'un registre —au sens de l'article 69 — des manifestations cliniques inhabituelles (MCI). Les renseignements obtenus au moyen de la déclaration de MCI seraient consignés dans un fichier de vigie sanitaire semblable au fichier Espri (fichier sur les effets secondaires des produits immunisants) actuel ou aux fichiers créés pour recueillir des renseignements sur les MADO.

La Loi prévoit que les renseignements recueillis qui concernent des MCI doivent être inscrits au registre de vaccination, si la personne concernée a déjà consenti à être inscrite à ce registre. Donc, pour toutes les personnes qui ont consenti à être inscrites au registre, celui-ci contiendra le cas échéant, les renseignements relatifs aux MCI. Si une personne n'a pas consenti à être inscrite au registre mais a été vaccinée et a présenté une MCI, cette MCI sera rapportée au DSP et les renseignements afférents, inscrits au fichier correspondant.

Chapitre VIII Intoxications, infections et maladies à déclaration obligatoire

Les mesures inscrites au chapitre VIII sont des mesures très proches de celles qui existaient déjà dans la Loi sur la protection de la santé publique. C'est sans doute ce qui explique qu'il y a eu très peu de questions à leur sujet. Elles concernent surtout le règlement qui établira la liste des intoxications, infections ou maladies à déclaration obligatoire (déclaration nominale, champ couvert par la liste, critères d'inclusion, processus d'élaboration de la liste, etc.).

- Toutes les maladies à déclaration obligatoire (MADO) visées par le règlement seront-elles déclarées de façon nominale, y compris les infections et les maladies transmises sexuellement (MTS) ?

L'article 81 de la LSP précise que « [l]a déclaration doit indiquer le nom et l'adresse de la personne atteinte et tous les autres renseignements, personnels ou non, prescrits par règlement du ministre. » Toutes les MADO visées sont donc à déclaration nominale, y compris les MTS. Exceptionnellement, certaines déclarations, celles concernant le VIH par exemple, sont traitées de manière à limiter l'accès à de tels renseignements. Ainsi, la déclaration initiale du VIH est nominale, mais elle est acheminée au palier national et une seule personne a accès aux renseignements nominatifs de la déclaration. Les renseignements sont encryptés par cette personne, donc rendus non nominaux, avant d'être diffusés aux autorités concernées. Les discussions sont encore en cours au sujet de la déclaration du VIH dans le règlement ministériel sur les MADO.

- La liste des maladies à déclaration obligatoire (MADO) sert-elle à des fins de surveillance ?

L'objectif premier de la déclaration obligatoire de certaines maladies est la protection de la santé de la population. La liste des MADO sert effectivement à la fonction de vigie sanitaire, qu'il faut exercer pour déceler les menaces à la santé de la population, menaces susceptibles de déclencher une enquête épidémiologique ou de donner lieu à des mesures de contrôle. C'est dans ce but que la liste réglementaire est élaborée et que les renseignements nominatifs qui s'y trouvent sont accessibles. D'autre part, des plans de surveillance pourront être élaborés afin de suivre l'évolution de ces maladies et d'en informer la population et les intervenants ou les décideurs de sorte que la planification des interventions de promotion de la santé et de prévention puisse se faire en conséquence. **Le fichier des MADO devient, le cas échéant, une source de renseignements** auxquels on peut accéder, dans le cadre de la fonction de surveillance, sous réserve que ces renseignements ne permettent plus d'identifier une personne. Il s'agit d'une **utilisation secondaire de données recueillies à des fins de protection, utilisation définie par des plans de surveillance conformes aux exigences fixées par la Loi.**

- Quel est le processus prévu pour l'élaboration de la liste des MADO et quel est le calendrier envisagé ?

La liste des MADO s'est amorcée au cours des travaux d'élaboration de la Loi. Divers « focus group », réunissant des experts en maladies infectieuses, en santé au travail et en environnement, ont contribué à établir les critères d'inclusion dans la liste (règlement gouvernemental) et à identifier les MADO qui correspondent à ces critères (règlement ministériel). Le dépôt de ces

projets de règlements, d'abord prévu pour le printemps 2002, est envisagé pour la session d'automne 2002. Les deux projets de règlements seront publiés dans la *Gazette officielle* pendant 45 jours au cours desquels des commentaires peuvent être formulés. Les projets seront ensuite revus, s'il y a lieu, puis adoptés et de nouveau publiés dans la *Gazette officielle*. Le règlement gouvernemental doit aussi passer par les différentes étapes d'analyse du Conseil exécutif. Bien que le règlement gouvernemental soit préalable à l'établissement de la liste des MADO (règlement ministériel), les deux projets sont conduits de façon simultanée. Il apparaît effectivement utile d'illustrer concrètement l'application des critères d'inclusion en soumettant aux intéressés la liste élaborée sur la base de ces critères en même temps.

Chapitre IX Traitement obligatoire et mesures de prophylaxie à respecter pour certaines maladies ou infections contagieuses

Les mesures prévues au chapitre IX, comme celles du chapitre précédent, sont assez semblables aux mesures prescrites dans la LPSP et confirment une pratique courante.

- Le deuxième alinéa de l'article 83 indique que : « [n]e 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. » Qu'entend-on par « grave menace » ? Le personnel en santé publique disposera-t-il d'un document qui précisera ce qui constitue une menace grave ?

Le règlement gouvernemental stipulera les critères qui feront de certaines MADO des maladies à traitement obligatoire (MATO), de même qu'il précisera quelles MADO feront l'objet de mesures de prophylaxie obligatoires, le cas échéant. Ces critères seront assez stricts puisque c'est sur eux que se fondera l'action d'autorité qui contraindra des personnes à un traitement ou à certaines mesures obligatoires, tel leur isolement. Voilà tout ce à quoi fait référence le terme « grave menace ».

- Quelle serait la meilleure façon de procéder pour demander l'ordonnance de la cour dont il est question à l'article 87 ? Prévoyez-vous établir une procédure uniforme ?

Il n'y a pas de procédure uniforme prévue pour l'application de cette mesure ni pour les mesures qui impliquent le recours à une expertise juridique. La meilleure façon de procéder sera proposée par l'avocat ou l'expert juridique qui assistera le directeur de santé publique ou la personne autorisée qui désirera obtenir une ordonnance de la cour.

- Quels exemples de mesures de prophylaxie obligatoires peut-on avoir ?

À ce moment-ci, il n'est pas envisagé de réglementer des mesures de prophylaxie obligatoires. L'isolement ou la restriction de l'accès à un lieu public, déjà prévus au nombre des ordres que le directeur de santé publique peut donner dans une situation menaçante pour la santé pour la population (voir l'article 106, paragraphe 6^o et 7^o), sont des exemples de mesures de prophylaxie qui pourraient être obligatoires dans certaines situations.

Chapitre X Signalement

Les questions qui ont porté sur le signalement visaient surtout à mieux comprendre la portée du signalement : Quels sont les objets possibles de signalement ? Comment distinguer devoir de signalement et déclaration obligatoire ? Ces questions font donc encore référence à la notion de menace à la santé de la population qui a été traitée dès le premier chapitre de la Loi. Le devoir de signalement soulève des interrogations, plus particulièrement au regard des MTS et de la santé au travail et, au regard du suivi du devoir de signalement, entre autres quant au niveau d'information des institutions et organismes visés.

- Est-ce que la notion de menace à la santé visée par l'article 92 de la LSP couvre aussi des problématiques comme le tabagisme, la violence, etc. ?

La notion de menace à la santé est définie, au sens de la Loi sur la santé publique, par l'article 2 de cette loi. Elle concerne la présence d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. **La notion de menace se comprend toujours en relation avec le pouvoir d'autorité qui y est associé et est donc toujours liée à la fonction de protection.** Elle exclut toute problématique qui ne correspond pas à cette définition, y compris celles mentionnées dans la question. Ces problématiques sont traitées dans le cadre des fonctions de promotion de la santé et de prévention, de même qu'elles peuvent être l'objet de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants.

- Quelle est la nuance entre les termes pouvoir et devoir dans les articles 92 et 94 ?

L'article 92, comme l'article 93, crée une obligation, pour les institutions et organismes publics visés soit les ministères, organismes gouvernementaux et municipalités. Dans le cas des institutions ou de professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, visés à l'article 93, il s'agit d'un devoir d'exemplarité de signaler toute situation jugée menaçante pour la santé de la population quand ils pensent détenir une information de nature à permettre de contrer rapidement d'éventuelles menaces à la santé.

Le but de l'article 94 est de susciter, sans pour autant la rendre obligatoire, une action de « bon citoyen » en permettant à des personnes travaillant dans différents milieux de signaler les situations qui comportent, selon eux, des menaces à la santé de la population. Il s'agit toujours de menaces au sens de la Loi.

Par ailleurs, relativement à l'article 94, quelqu'un a demandé si une maison d'hébergement pour personnes victimes de violence conjugale faisait partie des maisons d'hébergement visées par cet article. Dans l'esprit de la Loi, il s'agit davantage de centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), mais l'article n'exclut pas des centres d'hébergement d'autres types. La notion de menace reste toutefois toujours celle de la LSP et n'inclut pas la menace liée à la violence conjugale.

- Comment le devoir de signalement se distingue-t-il de l'obligation de déclaration de certaines maladies (MADO) ?

L'obligation de déclarer certaines maladies vise exclusivement les médecins qui ont établi un diagnostic ou les dirigeants de laboratoires où sont réalisées les analyses requises à la détermination d'un agent pouvant constituer une menace à la santé de la population. La déclaration survient dans le contexte d'un diagnostic médical et ce sont les résultats de ce diagnostic qui sont l'objet de la déclaration. Cette obligation légale est précisée dans une réglementation concernant les façons de faire et établissant une liste de MADO ou MATO et elle entraîne la communication de renseignements nominatifs afin de permettre au directeur de santé publique de conduire une enquête épidémiologique s'il le juge nécessaire.

Le signalement, quant à lui, a pour but de permettre au directeur de santé publique d'être informé plus rapidement des situations pouvant constituer une menace à la santé de la population. Le signalement ne correspond pas au diagnostic médical. Il peut s'agir de la constatation de certains symptômes qui font soupçonner la présence d'une MADO ou de la constatation de la présence d'un agent susceptible de créer une épidémie sans, toutefois, qu'il y ait de réels cas d'infection (signalement de la contamination de l'eau potable par exemple).

Le signalement n'entraîne pas la communication automatique de renseignements nominatifs comme la déclaration obligatoire. L'évaluation de la situation conduira le directeur de santé publique à déterminer s'il existe une menace réelle ou appréhendée pour la santé de la population et si une enquête épidémiologique doit être menée. Dans ce cas, le pouvoir d'enquête qui lui est conféré par la Loi lui donne accès aux renseignements nominaux nécessaires à son enquête.

- Le devoir de signaler des situations menaçantes pour la santé de la population qui incombe aux municipalités signifie-t-il que celles-ci doivent aviser le DSP de leur territoire ou le DNSP de la présence de moisissures dans un lieu ? Qui informera les municipalités de la mesure législative visant ce devoir ?

Si la présence de moisissures peut constituer une menace à la santé de la population, les municipalités devraient signaler leur présence lorsqu'elles en sont informées. Toutes les situations ne sont pas spécifiquement indiquées. Par exemple, la Loi ne précise pas à partir de quel moment la présence de moisissures constitue une menace à la santé de la population. Est-ce quand une personne ou une famille est exposée à une situation menaçante ou quand il y a présence d'une menace dans un immeuble public et que plusieurs personnes sont exposées ?

Le ministère des Affaires municipales et de la Métropole (MAMM) est informé des nouvelles mesures législatives. Nous ne connaissons pas les moyens qui seront mis en place par ce ministère pour assurer la transmission de l'information à chaque municipalité. Il n'y a pas de campagne d'information des municipalités prévue par le MSSS. Les régions, si elles le jugent pertinent, peuvent informer leurs partenaires immédiats. Les directeurs de santé publique, grâce aux relations déjà établies avec les municipalités de leur région, sont bien placés pour communiquer cette information et rappeler à leurs partenaires municipaux leurs nouveaux devoirs.

- Pourriez-vous clarifier le sens que l'on doit donner au deuxième alinéa de l'article 95 : « Les dispositions des articles du présent chapitre ne peuvent être utilisées pour permettre à [...] un médecin [...] de signaler une menace à la santé de la population provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible », quand le comportement d'une personne peut être cause d'une menace à la santé de la population » ?

Les menaces à la santé de la population associées aux agents biologiques sexuellement transmissibles relèvent de la déclaration obligatoire et au pouvoir d'enquête conféré aux directeurs de santé publique. Les MADO qui leur sont associées sont à déclaration nominale et permettent donc la tenue d'une enquête épidémiologique, le cas échéant. Les médecins, et les laboratoires dans certains cas, ont donc déjà l'obligation de déclarer ce genre de menaces. Ils doivent utiliser ces mesures plutôt que de procéder à un simple signalement — non nominal.

Chapitre XI Pouvoir d'enquête (enquête du DSP, pouvoirs du ministre, déclaration d'urgence sanitaire)

Les mesures énoncées dans le chapitre XI présentent de façon détaillée et explicite les différents recours que peut exercer le directeur de santé publique pour conduire une enquête épidémiologique, c'est-à-dire pour caractériser une situation qui constitue ou semble constituer une menace à la santé et pour mettre en place les mesures permettant de contrer cette menace à la santé. La notion de menace à la santé a déjà été précisée dans les chapitres précédents. Les questions soulevées au regard du chapitre XI ont principalement touché le partage des responsabilités avec d'autres juridictions et la compréhension des différentes possibilités énoncées aux articles 100 et 106, qui portent sur ce que peut exiger un DSP pour l'aider à caractériser une situation et ce qu'il peut ordonner de faire pour contrer la menace.

- Qui réalise les enquêtes épidémiologiques ? L'article 115 prévoit que le directeur de santé publique, comme toute personne qu'il autorise d'agir aux fins d'une enquête, doit pouvoir, sur demande, s'identifier et montrer un certificat attestant son droit d'agir, délivré par le ministre dans le cas du directeur et délivré par le directeur dans le cas d'autres personnes. Ces certificats seront-ils bientôt disponibles ?

Le DSP ou toute personne autorisée de son équipe déclenche et réalise les enquêtes épidémiologiques. Des professionnels des établissements de santé et de services sociaux pourraient être associés à la réalisation des enquêtes épidémiologiques. Cette collaboration serait prévue dans le plan de mobilisation compris dans le Plan d'action régional.

Les directeurs de santé publique ont reçu une certification de leur rôle en cette matière dès l'entrée en vigueur des chapitres XI et XII de la LSP, en décembre 2001. Ils ont pu procéder à la certification de ce rôle, confié à certains membres du personnel qu'ils autorisent à agir à des fins d'enquête. Ils pouvaient, pour ce faire, s'inspirer du contenu et de la forme du certificat qu'ils ont reçu du MSSS ou utiliser toute autre formule et présentation jugées pertinentes. Le format de la certification des directeurs est cependant élémentaire et gagnerait sans doute à être revu et uniformisé, s'il y a lieu, pour l'ensemble des personnes concernées par la certification.

- Est-ce que la participation d'un établissement de santé et de services sociaux à la mise en place du plan de mobilisation pourrait être forcée ?

Comme cela a été mentionné au chapitre sur le Programme national de santé publique et les plans d'action, le plan de mobilisation est avant tout un devoir de planifier et d'organiser une intervention dans une situation de menace à la santé de la population. L'élaboration du plan de mobilisation que doit comporter le Plan d'action régional repose sur la concertation entre la région et les établissements de santé et de service sociaux de son territoire. Le rôle de ces derniers dans le plan de mobilisation ne pourrait pas être unilatéralement défini par la région. Cependant, l'article 97 donne au directeur de santé publique le pouvoir de déclencher la mise en œuvre du plan de mobilisation lorsqu'il le juge opportun et les établissements de santé et de services sociaux doivent alors respecter ses directives, comme il est prévu dans le plan.

- L'article 99 vise l'action du DSP auprès d'un établissement de santé lorsqu'il constate, dans le cours d'une enquête épidémiologique, que la menace à la santé de la population semble provenir de cet établissement. Cette mesure s'applique-t-elle dans les cas d'infections nosocomiales ? Le contrôle de ces infections est-il de la responsabilité exclusive des hôpitaux ? Quel pouvoir de recommandation avons-nous par rapport à un établissement de santé (centre hospitalier par exemple) lorsqu'un problème infectieux y sévit ? Quelle est l'étendue du pouvoir du DSP, tel que formulé à l'article 99 au regard de la Loi sur la santé et les services sociaux ?

Toute menace à la santé de la population, au sens de la LSP, qui « semble provenir d'une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux ou d'une pratique déficiente au sein d'un tel établissement » est visée par l'article 99. Les infections nosocomiales peuvent correspondre à la définition de menace à la santé de la population et pourraient justifier l'intervention du DSP sur la base de cet article. Les établissements de santé et de services sociaux ont des responsabilités particulières quant au contrôle des infections nosocomiales comme au regard de tout ce qui pourrait mettre en danger les utilisateurs de leurs services ou la santé de la population.

L'article 99 indique toutefois que ces responsabilités particulières ne sont pas exclusives et que certaines situations justifient une intervention du directeur de santé publique. Après avoir reçu l'autorisation du ministre, le DSP pourrait ainsi être appelé à poursuivre son enquête au sein de l'établissement.

- Le paragraphe 9 de l'article 100 permet au DSP d'« exiger d'une personne qu'elle subisse un examen médical ou qu'elle lui fournisse un échantillon de son sang ou d'une autre substance corporelle, s'il a des motifs sérieux de croire que cette personne est infectée par un agent biologique transmissible ». Comment peut-on exiger cela d'une personne ? Cette mesure est-elle concrètement applicable ?

L'application de cet article est précisée à l'article 102, qui stipule que le DSP ne peut exercer ce pouvoir sans être muni d'un ordre de la cour à cet effet, sauf bien sûr si la personne y consent. Cet ordre de cour, prévu aussi à l'article 88 qui porte sur les maladies à traitement obligatoire, peut être donné par tout juge, s'il a des motifs sérieux de croire que la protection de la santé de la population le justifie. L'article est donc concrètement applicable dans ces cas d'exception. L'ordre de la cour, s'il est émis par le juge, obligera la personne en cause à se soumettre à un examen médical ou à subir un prélèvement. Ce type de mesure existe déjà d'ailleurs et a été souvent appliquée par le passé, tant par des intervenants en santé publique que par des intervenants dans d'autres secteurs de la santé.

- L'article 103 permet à un directeur de santé publique d'« ordonner à une personne qu'elle s'isole pour une période d'au plus 72 heures... ». Est-ce un délai applicable et suffisant dans le cas d'une tuberculose ?

Le délai de 72 heures permet au directeur d'ordonner un isolement, sans ordre de la cour et contre la volonté de la personne, mais il doit entreprendre des démarches pour obtenir un ordre de la cour, s'il juge que la mesure « ordonnée » doit être maintenue au-delà de ce délai. Il est donc applicable dans le cas de la tuberculose et suffisant dans la mesure où il permet d'entreprendre des démarches auprès de la cour, le cas échéant.

- Quels recours le directeur de santé publique a-t-il quand une personne refuse de collaborer à l'enquête qu'il mène ? Par exemple, quand la disposition suivante, à l'article 104, n'est pas respectée : « tout propriétaire ou possesseur d'une chose ou tout occupant d'un lieu doit, sur demande du DSP, lui apporter toute l'assistance raisonnable [...] pour lui permettre d'effectuer son enquête épidémiologique », quels recours a le DSP ?

Après que le DSP a épuisé les moyens usuels d'appel à la collaboration, la Loi prévoit, aux articles 107 et 110, le recours à une ordonnance de la cour pour faire respecter les prescriptions du chapitre XI. Cette mesure déjà prévue dans la LPSP s'étend aux divers éléments visés par les articles 100 et 106 de la LSP. La Loi prévoit aussi des dispositions pénales, respectivement aux articles 139 et 140, dans le cas où quelqu'un « dans le cadre de l'application du chapitre XI, entrave ou gêne le ministre, le directeur national de santé publique [...] ou dans le cas où quelqu'un « fait une fausse déclaration ou donne un renseignement ou un document qui est incomplet ».

- Jusqu'où va la responsabilité des autorités de santé publique, dans le suivi des mesures de contrôle recommandées dans le cadre d'une enquête épidémiologique et qui relèvent de la responsabilité première d'autres organismes ? Que faire si un organisme ne donne suite aux recommandations que partiellement et ne protège pas de façon optimale, selon nous, la santé de personnes exposées ?

Lorsqu'un organisme public ou un ministère retarde ou refuse la mise en place de mesures de contrôle recommandées par le DSP dans le cadre d'une enquête épidémiologique sur une situation de menace à la santé, le DSP en avise le DNSP. Celui-ci entreprendra les démarches requises, au palier national, pour inciter les responsables à donner suite aux recommandations. Dans une situation de menace importante pour la santé de la population où une action n'est pas entreprise de manière à protéger la population, le DSP pourrait juger de sa responsabilité d'informer la population de la menace qui la guette et de lui faire certaines recommandations.

- Le paragraphe 6 de l'article 106 permet au directeur de santé publique « d'ordonner à une personne, pour le temps qu'il indique, de ne pas fréquenter un établissement d'enseignement, un milieu de travail ou un autre lieu de rassemblement, si elle n'est pas immunisée contre une maladie contagieuse dont l'éclosion a été constatée dans ce milieu ». Cette mesure peut-elle s'appliquer à l'influenza dans un centre hospitalier de soins de longue durée ?

L'article 106 vise, à titre d'exemple, des situations où des personnes non protégées contre la rougeole seraient exposées à une éclosion de cette maladie en milieu scolaire. L'application de cette mesure, comme l'application de l'ensemble des dispositions du chapitre XI, repose sur le jugement du DSP. Ce dernier doit déterminer s'il s'agit bien d'une situation de menace à la santé de la population ; si oui, il doit en évaluer l'ampleur et la gravité et décider des meilleurs moyens à prendre pour maîtriser la situation, afin de protéger la santé de la population. Quels facteurs pourraient amener un DSP à décréter que l'influenza constitue, dans un centre d'accueil, une menace à la santé de la population ? Une épidémie ou la présence d'un type de souche impliquant un risque particulier ? L'interdiction formelle de fréquenter cet établissement, qui serait faite à quelqu'un qui ne serait pas immunisé, est-elle une mesure appropriée dans pareil contexte pour protéger la santé de la population ? Si le jugement professionnel conduit à répondre positivement à ces questions, alors le paragraphe 6 de l'article 106 pourrait être évoqué et la mesure être appliquée.

- Les autorités de santé publique peuvent-elles exiger d'obtenir des données que certains ministères ne veulent pas dévoiler aux municipalités, comme dans le cas des projets de porcherie ?

S'il y a enquête relativement à une menace à la santé de la population, il est clair que la Loi attribue aux directeurs de santé publique le pouvoir d'obtenir les données nécessaires à cette enquête et de mettre en place les mesures qui s'imposent, tel que l'indiquent les articles 100 et 106 de la Loi sur la santé publique. Le pouvoir de commissaire enquêteur confié au DSP (voir l'article 135) lève les obstacles à l'accès à l'information qu'on pourrait lui opposer.

Cependant, l'exercice du pouvoir légal en santé publique doit tenir compte des lois existantes et des responsabilités des autres ministères et respecter les champs de compétences et de responsabilités de ces autres ministères. Il est de la responsabilité de la santé publique d'informer ses partenaires sur une situation donnée, de l'évaluer et d'obtenir l'appui du MSSS et des autres ministères pour agir, s'il y a lieu.

Par contre, on ne peut pas, à partir par exemple d'un projet donné d'implantation de porcherie, établir d'emblée qu'il y a menace réelle ou appréhendée pour la santé de la population à moins qu'il n'y ait des évidences claires en ce sens (données probantes). Une telle situation relèverait plus de la **responsabilité du directeur d'évaluer les risques pour la santé, même si ces risques ne constituent pas une menace à la santé au sens de la Loi**. Dans ce genre de contexte, le directeur de santé publique, lorsqu'il a utilisé les outils usuels de concertation pour assumer ses responsabilités, peut recourir à l'article 55 pour demander aux personnes concernées de participer à la recherche d'une solution à un problème de mortalité ou de morbidité évitable. Il peut aussi, dans le cadre de la fonction de surveillance qui lui incombe, exiger des renseignements nécessaires à la réalisation de plans de surveillance, mais il ne peut alors exiger de renseignements à caractère nominal ou confidentiel. Il pourra aussi recourir à une stratégie d'influence de politiques publiques, mais cette stratégie ne lui garantit pas l'accès aux renseignements.

- Les dispositions de la LSP permettront-elles à un DSP de faire fermer un restaurant s'il y a menace à la santé de la population ?

La LSP ne donne pas au DSP le pouvoir de faire fermer un restaurant, pas plus qu'il ne l'avait avec la LPSP. S'il constate qu'il existe une menace qui devrait conduire, selon lui, à la fermeture d'un restaurant, il doit en aviser la juridiction responsable. Si celle-ci tarde à agir ou refuse de le faire, le DSP devra en aviser le DNSP pour que des contacts soient établis avec le ministère responsable.

- Les nouveaux pouvoirs confiés aux DSP permettent-ils d'accroître, dans le respect des juridictions, les liens entre les autorités de santé publique et le ministère de l'Agriculture ?

Il y a une table de discussion centrale MSSS-MAPAQ autour de certaines questions tels l'étiquetage en alimentation, la production porcine, le virus du Nil occidental (VNO). Certaines régions ont aussi des liens étroits avec les directions régionales de ce ministère.

- Le pouvoir d'enquête du DSP lui permet-il d'intervenir directement auprès d'un établissement sans passer par un autre ministère lorsqu'il juge que la situation est urgente ?

Lorsque les pouvoirs requis par le DSP pour conduire une enquête épidémiologique relèvent d'une autre juridiction, cette autre juridiction, un ministère par exemple, doit être appelée à collaborer à l'enquête du DSP. Ce dernier ne peut évoquer une situation d'urgence pour usurper les pouvoirs d'une autre juridiction. Il pourrait, cependant, aviser rapidement le DNSP dans la perspective où il craint le refus ou la lenteur d'une autre juridiction à collaborer.

- À l'article 118, qu'entend-on par état d'urgence sanitaire ?

L'état d'urgence sanitaire correspond à une situation qui implique une menace grave à la santé de la population telle qu'elle exige que le gouvernement prenne des dispositions exceptionnelles, par exemple s'il y avait un cas de variole. Le gouvernement a le pouvoir de décréter cet état d'urgence. Il s'agit donc d'une situation exceptionnelle qu'on trouvait dans la LPSP à propos du pouvoir relatif à un état d'urgence. Il est à noter qu'un tel pouvoir n'a jamais été utilisé au Québec.

Chapitre XII Protection des renseignements

Les questions du chapitre sur la protection des renseignements concernent la capacité du directeur de santé publique de transmettre des renseignements personnels à une autorité à l'extérieur du Québec ou à un autre ministère québécois, la portée du pouvoir de commissaire-enquêteur et le serment de discrétion (engagement à la confidentialité).

- Si un DSP est amené, au cours d'une enquête, à transmettre une information nominale à un directeur de santé publique ou à son équivalent dans une autre province, doit-il obligatoirement passer par le directeur national de santé publique ?

L'information transmise aux responsables du domaine sanitaire dans les autres provinces passe en principe par le DNSP. Il revient au DNSP par exemple, de transmettre à ses homologues l'information relative aux maladies à surveillance extrême. Bien sûr, certains cas devront passer l'épreuve de la réalité. Par exemple, dans la région de Gatineau, limitrophe d'une autre province, une enquête épidémiologique relative à une intoxication alimentaire associée à un restaurant de la région fréquenté autant par les gens d'Ottawa que ceux de Gatineau aurait-elle à passer par le DNSP ? Il y aurait, sans doute, après information auprès de ce dernier, feu vert pour que le DSP procède à l'enquête et échange l'information nécessaire avec les autorités sanitaires concernées de l'autre province.

- Est-ce que les pouvoirs équivalents à ceux d'un commissaire-enquêteur font référence à autre chose que ce qui est écrit aux articles 96 à 115 relativement aux pouvoirs d'enquête et d'intervention du directeur de santé publique ?

Tel qu'indiqué à l'article 135 de la Loi, « les autorités de santé publique sont investies des pouvoirs d'un commissaire nommé en vertu de la Loi sur les commissions d'enquête (L.R.Q., chapitre C-37), sauf du pouvoir d'imposer l'emprisonnement » ceci, pour les fins de communications ou transmissions de renseignements ou de documents et pour l'exercice des droits d'accès prévus (voir les articles 98, 100,8° et 123,3°) ». Ces articles concernent notamment le pouvoir, lorsque requis dans le cadre d'une enquête épidémiologique ou d'une urgence sanitaire, d'ordonner à toute personne, ministère ou organisme de communiquer au directeur de santé publique ou de lui donner accès immédiatement à tout document ou renseignement en sa possession, même s'il s'agit d'un renseignement personnel, d'un document ou d'un renseignement confidentiel.

- Est-on autorisé à transmettre des renseignements personnels lorsqu'une situation exige une action concertée avec un autre ministère ou un autre organisme public ?

Le paragraphe 4 de l'article 132 indique qu'un directeur de santé publique et toute personne exerçant ses fonctions pour une direction de santé publique peuvent communiquer un renseignement nécessaire à un ministère, une municipalité locale, un établissement de santé et de services sociaux, au DNSP ou au ministre, pour les fins de leurs interventions, dans les situations prévues aux articles 98, 99 ou 107 (enquête épidémiologique en situation de menace à la santé de la population).

Serment de discrétion

- Comment se fait l'engagement sous serment dont il est question à l'article 131 de la Loi qui stipule :

« une régie régionale doit s'assurer que tous les renseignements personnels et les renseignements confidentiels obtenus par le directeur de santé publique dans l'exercice de ses fonctions prévues aux chapitres VIII, IX et XI [de même qu'à l'article 69 (manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination)] sont conservés [...] de manière confidentielle et que chaque personne ayant accès à ces renseignements dans l'exercice de ses fonctions s'engage sous serment à ne pas les divulguer ou les communiquer sans y être dûment autorisée » ?

- Quels critères faut-il respecter ? Quelle périodicité est prévue pour le renouvellement de cet engagement ? Le serment d'Hippocrate et le code de déontologie médicale ne suffisent-ils pas à répondre à cette obligation légale ?

Un engagement sous serment est une déclaration solennelle faite devant un notaire, un avocat ou un commissaire à l'assermentation. Cet engagement est signé par la personne qui prête serment et « certifié » par la personne qualifiée pour l'assermentation. La périodicité de l'engagement n'est pas spécifiée par la Loi. Un renouvellement annuel ou aux deux ans paraît être acceptable. Le libellé de la déclaration solennelle doit comprendre l'objet de l'engagement inscrit à l'article 131 ou bien faire référence explicitement à cet article. Un exemple de contenu d'assermentation a été acheminé aux DSP, en décembre 2001. **Malgré le secret professionnel et les codes de déontologie qui guident la pratique de différents professionnels, y compris celui des médecins, tout professionnel visé par l'article 131 de la LSP doit faire un serment de discrétion conforme aux exigences décrites ci-dessus.**

- Le personnel des CLSC est-il tenu à cet engagement ?

L'article 131 vise toutes les personnes ayant accès aux renseignements obtenus dans l'exercice de la fonction de protection. La responsabilité en matière de protection est confiée aux autorités de santé publique, dont le directeur de santé publique, et aux personnes qu'elles désignent à cette fin. On s'attend à ce que le DSP désigne des personnes de son organisation et, plus exceptionnellement — comme dans le cas du plan de mobilisation — , des personnes des établissements de santé et de services sociaux et surtout des CLSC. Dans de tels cas, le DSP devra s'assurer que les personnes désignées ont fait une déclaration solennelle de confidentialité.

Il faut cependant comprendre que le personnel des CLSC n'est pas visé par cet article pour les renseignements personnels obtenus dans le cadre de sa pratique. À titre d'exemple, une infirmière qui constate une manifestation clinique inhabituelle liée à la vaccination (voir l'article 69) et qui en informe le DSP n'est pas tenue à l'engagement à la confidentialité tel que formulé à l'article 131. Le renseignement obtenu dans le cadre de sa pratique au CLSC sera communiqué au DSP, les règles usuelles, et des règles particulières au CLSC le cas échéant, s'appliquant au respect de la confidentialité. C'est pour l'information qui serait communiqué par le DSP au CLSC, au regard des cas visés par l'article 131, que l'engagement à la confidentialité s'étendrait aux CLSC. Ce serait le cas si un DSP demandait à un CLSC de procéder à une enquête épidémiologique à la suite d'une information relative à une MADDO qu'il aurait reçue d'un

médecin ou d'un laboratoire. Le DSP pourrait alors demander une preuve du serment de discrétion fait par les personnes concernées.

- Quels sont les critères pour garantir la confidentialité des renseignements ? Cette disposition de la Loi vient-elle poser des exigences spécifiques sur l'aménagement physique des lieux, par exemple, un bureau fermé ?

Il n'y a pas d'exigences explicites quant à l'aménagement physique des lieux pour garantir la confidentialité des renseignements visés par l'article 131. Toutefois, l'aménagement doit garantir que ces renseignements ne seront accessibles qu'aux seules personnes qui y sont autorisées dans le cadre de leurs fonctions.

Chapitre XIII Réglementation

Les questions qui concernent la réglementation ont été abordées dans les chapitres spécifiquement visés par cette réglementation dans les sections sur la fluoration (chapitre VI), la vaccination (chapitre VII), les MADO (chapitre VIII) et les MATO (chapitre IX).

Chapitre XIV Dispositions pénales

Les questions et commentaires relatifs aux dispositions pénales de la Loi sur la santé publique visent à saisir les intentions du législateur quant à leur application et mettent en lumière la difficulté d'effectuer un suivi des mesures de déclaration — principalement les MADO. Ces questions et commentaires ont permis de rappeler que des dispositions pénales étaient aussi prévues dans la LPSP.

- Des mesures seront-elles prises pour effectuer un suivi rigoureux de la déclaration ? Va-t-on chercher à connaître tous les cas sans exception et au besoin poursuivre un médecin, un établissement ou un laboratoire ?

L'intention du législateur est avant tout d'obtenir la collaboration des différents organismes et personnes visés par les présentes mesures législatives, entre autres, en s'assurant qu'ils sont informés de ces mesures et en comprennent la portée. Si des organismes ou des personnes omettaient ou refusaient systématiquement de remplir leurs obligations, le directeur de santé publique communiquerait d'abord avec eux pour leur rappeler ces obligations et tenter de trouver des solutions. Chaque cas sera considéré distinctement. Les dispositions pénales signifient que le respect de certaines mesures est à ce point important qu'il peut entraîner ces pénalités.

Chapitre XV Dispositions modificatives, transitoires et finales

Les questions et commentaires qui ont porté sur les dispositions modificatives, transitoires et finales ont permis, entre autres, de souligner que les mesures prévues à ce chapitre sont telles qu'il n'y a pas de vide juridique entre l'ancienne loi (LPSP) et la nouvelle (LSP). Ainsi, le règlement relatif à l'application de la LPSP est toujours en vigueur jusqu'à l'adoption des nouveaux règlements prévus dans la Loi sur la santé publique.

Conclusion

Le présent document rassemble l'essentiel de l'information donnée en réponse aux différentes interrogations soulevées par la présentation de la Loi, entre janvier et juin 2002. Il ne prétend pas avoir répondu à toutes les questions qui se posent au regard de la Loi — et qui dépassent parfois le cadre de celle-ci quand elles portent sur la pratique en santé publique dans son ensemble. L'application de la Loi viendra en préciser la portée. Nous espérons qu'il sera utile pour la lecture et à la compréhension de la Loi, étapes préalables à son appropriation par chacun.