



**FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC**

Mémoire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

Projet de loi no. 36

« Loi sur la santé publique »

Présentation à la
Commission parlementaire des affaires sociales

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION	1
2.	REMARQUES GÉNÉRALES	2
2.1	Accueil positif	2
2.2	Points de désaccord	2
3.	REMARQUES SPÉCIFIQUES	6
3.1	Chapitre I – L’objet de la loi	6
	3.1.1 <i>Menace à la santé de la population</i>	6
	3.1.2 <i>Évaluation des objectifs</i>	6
3.2	Chapitre II – Programme national et plans d’action régionaux et locaux de santé publique	7
3.3	Chapitre III – Comité d’éthique de santé publique	8
3.4	Chapitre IV – Surveillance épidémiologique de l’état de santé de la population	8
	3.4.1 <i>Exclusivité de la fonction de surveillance épidémiologique</i>	8
	3.4.2 <i>Plans de surveillance épidémiologique</i>	9
3.5	Chapitre V – Collecte de renseignements et registres	9
3.6	Chapitre VI – Promotion de la santé et prévention	10
3.7	Chapitre VII - Vaccination	10
3.8	Chapitre VIII – Intoxications, infections et maladies à déclaration obligatoire	11
3.9	Chapitre IX – Traitement obligatoire et mesures de prophylaxie à respecter pour certaines maladies ou infections contagieuses	11
3.10	Chapitre X – Signalement aux autorités de santé publique	12
3.11	Chapitre XI – Pouvoir des autorités de santé publique et du gouvernement en cas de menace à la santé de la population	12
	3.11.1 <i>Pouvoirs du directeur de santé publique</i>	12
	3.11.2 <i>Les pouvoirs du ministre</i>	13
3.12	Chapitre XII – Protection des renseignements	13
4.	AJOUTS PROPOSÉS	14
4.1	L’évaluation de la pertinence des examens réglementaires reliés au travail	14
4.2	Le directeur national de santé publique	14
4.3	Normes de préventions d’infection	14
5.	CONCLUSION	15

MÉMOIRE DE LA FMSQ SUR LE PROJET DE LOI 36 LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

1. INTRODUCTION

La Fédération des médecins spécialistes remercie la Commission parlementaire des affaires sociales de l'occasion qui lui est offerte de s'exprimer sur le projet de loi 36 sur la santé publique.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe 34 associations de médecins spécialistes représentant toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de laboratoire exercées au Québec. Au total, 7 500 médecins spécialistes sont membres de la Fédération.

La mission de la Fédération est de défendre et de promouvoir les intérêts économiques, professionnels et scientifiques de ses membres ; cette mission ne peut s'accomplir pleinement sans une participation aux décisions entourant l'organisation des soins de santé.

La Fédération croit fermement que les intérêts professionnels et scientifiques des médecins spécialistes se confondent avec ceux de la population. C'est aussi dans ce contexte, convaincue de son rôle social et politique, que la Fédération veut participer activement aux discussions entourant l'élaboration du projet de loi 36 sur la santé publique.

Le projet de loi 36 touche l'ensemble des médecins spécialistes du Québec, mais tout particulièrement les microbiologistes infectiologues et les médecins spécialistes en santé communautaire dont la pratique quotidienne consiste à intervenir directement dans le champ de la prévention et de la protection de la santé publique. Nos commentaires reflèteront notamment leurs préoccupations.

2. REMARQUES GÉNÉRALES

2.1 Accueil positif

La remise à jour de la *Loi sur la protection de la santé publique* s'avérait une nécessité. De façon générale, nous accueillons donc positivement le projet de loi 36 que nous considérons pertinent afin de permettre au Québec de moderniser son approche en santé publique.

Le projet de loi 36 comporte plusieurs éléments novateurs qui méritent d'être salués :

- La notion de programme de santé publique qu'il introduit et la contribution significative quant à la promotion de la santé, deux aspects qui devraient engendrer de réels résultats.
- Le projet de loi confie des responsabilités aux directeurs de la santé publique leur permettant d'intervenir dans des conditions de risques appréhendés pour la santé de la population non seulement en lien avec la protection de la santé publique au sens classique du terme, c'est-à-dire en lien avec les agresseurs biologiques ou physico-chimiques, mais également dans des conditions de risques d'une autre nature, comme par exemple certaines conditions environnementales ou encore des facteurs psychosociaux à l'origine d'une morbidité ou d'une mortalité évitable. Nous appuyons cet élément original qui constitue une innovation très intéressante.
- La mise en place d'un registre de vaccination. Certaines dispositions législatives nous font toutefois douter de la capacité réelle de ce registre à rencontrer les objectifs souhaités. Nos craintes seront explicitées en détails dans le chapitre suivant portant sur les remarques spécifiques.
- Les mesures de prophylaxie obligatoires prévues au projet de loi qui permettront de protéger la population face à la menace de certaines maladies ou infections contagieuses graves.

2.2 Points de désaccord

Au-delà de l'appui général au projet de loi, nous sommes en désaccord avec certains éléments et avons également noté des lacunes que nous souhaitons voir corrigées. Nous ferons état de nos commentaires particuliers au chapitre suivant. Nous tenons toutefois à signaler d'entrée de jeu certains irritants importants:

- Nous aurions souhaité que le projet de loi s'en tienne aux grands objectifs d'amélioration de santé en identifiant des moyens pour y parvenir plutôt que d'établir des règles strictes qui impliquent souvent une forme d'ingérence dans le champ de pratique des professionnels. Nous croyons que cette façon de faire élimine la flexibilité nécessaire aux différents intervenants pour agir efficacement sur des questions de santé publique. De plus, la décision du législateur de considérer l'exception comme la règle et de gérer cette exception tout au long du projet de loi n'est pas appropriée et risque plutôt de nuire à la dynamique de collaboration existant actuellement.
- À plusieurs égards, le projet de loi 36 confie au directeur de santé publique des pouvoirs qui, à notre avis, vont parfois au-delà des moyens nécessaires pour une saine gestion de

la santé publique. Aussi, souvent, le seul jugement du directeur de santé publique, selon des critères imprécis, est suffisant pour décréter une intervention par exemple à l'article 36, où les pouvoirs du directeur de santé publique sont carrément arbitraires et l'étendue et la portée de ses demandes ne sont même pas définies. Nous souhaitons ainsi voir les pouvoirs des directeurs de la santé publique mieux balisés dans ce qui leur donne ouverture et également dans leur application.

- Nous sommes surpris du fait que le projet de loi ignore complètement le rôle des établissements en santé publique et des médecins spécialistes qui y oeuvrent. Nous déplorons en effet que le projet de loi fasse fi de l'apport essentiel des professionnels de la santé en établissements. La façon dont le projet de loi est rédigé laisse complètement de côté le travail de promotion et de prévention actuellement effectué au sein des établissements. Pourtant, le travail y étant accompli, notamment par les médecins spécialistes, demeure fort important.

À titre d'exemple, la plupart des hôpitaux se dotent d'une infirmière en prévention des infections supervisée par les microbiologistes infectiologues qui agissent comme responsables à ce niveau. D'ailleurs, ces intervenants travaillent toujours de concert avec les directeurs de santé publique.

De plus, le projet de loi prévoit à plusieurs reprises que le directeur de santé publique se substitue carrément aux intervenants en place dans les établissements, ce qui, à notre avis, est tout à fait incompréhensible puisque ces intervenants sont plus souvent mieux qualifiés pour agir.

Dans ce contexte, nous demandons que le projet de loi spécifie que toute intervention de santé publique s'exerçant dans un établissement se fasse en collaboration avec les intervenants concernés à l'intérieur de cet établissement. Ces modifications devraient être apportées à tous les articles concernés, notamment 10 et 39.

- De plus, il est inconcevable pour notre Fédération que les médecins spécialistes soient ignorés dans l'élaboration de politiques ou de plans. Nous croyons nécessaire que le projet de loi prévoit la consultation des médecins spécialistes, entre autres par le biais de leur CMDP ou des commissions médicales régionales, lors de l'élaboration de programmes, de plans d'action ou de mobilisation de ressources (ex. articles 9 et 13).
- Nous sommes surpris du ton impératif utilisé dans le projet de loi qui tranche nettement avec l'esprit de collaboration existant entre les directeurs de santé publique et les médecins spécialistes au sein des établissements. Jamais les membres de notre Fédération, notamment les microbiologistes infectiologues, n'ont refusé de collaborer avec les différentes directions de santé publique, surtout lorsqu'il existait un réel danger pour la population. Nous déplorons ainsi que le législateur ait choisi des mots tels que « exiger », (ex. articles 36 et 96) ou « ordonner » (ex. article 102) ou « demander formellement » (ex. article 52). Nous demandons donc que ces dispositions soient modifiées et que l'on utilise plutôt un vocabulaire se référant à la collaboration.
- Nous nous opposons au fait que la fonction de surveillance épidémiologique soit dévolue de façon exclusive au ministre et au directeur de santé publique. Nous élaborons ce point plus en détails dans le cadre des remarques spécifiques.

- De façon générale, le projet de loi entraîne un certain nombre d'obligations et de tâches supplémentaires pour les médecins. Ainsi, en plus des obligations que prévoit la loi actuelle, la nouvelle loi prévoit que le médecin doit également :
 - ⇒ Fournir les renseignements nécessaires à l'exécution d'un plan de surveillance épidémiologique ;
 - ⇒ Inscrire aux registres institués par le Ministre les renseignements établis par règlement sur les soins de santé reçus par la population ;
 - ⇒ Participer avec le directeur de santé publique à la recherche de solutions adéquates pour solutionner une situation présentant des risques élevés de mortalité ou de morbidité ;
 - ⇒ Inscrire au registre central de vaccination les renseignements requis ;
 - ⇒ Déclarer au directeur de santé publique toute manifestation clinique inhabituelle chez une personne qui a reçu un vaccin. Fournir alors une description de l'événement et les renseignements prescrits;
 - ⇒ Dénoncer toute personne qui refuse de respecter les mesures de prophylaxie obligatoire ;
 - ⇒ Aviser le directeur de santé publique lorsque le médecin soupçonne une menace à la santé de la population ;
 - ⇒ Se conformer aux directives du directeur de santé publique ou du Ministre lors de la mobilisation des ressources d'un établissement.

Dans le contexte actuel où les soins aux malades requièrent la disponibilité complète des médecins, nous sommes préoccupés par l'ajout de ces tâches qui, pour plusieurs, sont de nature cléricale. Il est clair pour la Fédération que ces tâches additionnelles devront être prises en compte dans le cadre des négociations avec le Ministère.

- Qui plus est, on assujettit les médecins à des amendes s'ils omettent de remplir ces tâches. Nous dénonçons l'imposition de ces amendes et ce, à trois niveaux :

Premièrement, trop souvent le cadre de l'infraction reste flou. Par exemple, l'article 64 cite que le médecin doit déclarer au directeur de santé publique, dans les plus brefs délais, toute situation de « manifestation clinique inhabituelle » chez un patient qui soit temporellement associée à une vaccination. La notion de « manifestation clinique inhabituelle » est, à notre avis, beaucoup trop imprécise et large pour être liée à une amende.

En deuxième lieu, des amendes sont prévues pour certains professionnels en particulier qui n'ont pas, en réalité, le contrôle sur toutes les tâches en cause. Par exemple, à l'article 77 les dirigeants de laboratoires ou de départements de biologie médicale se retrouvent responsables des déclarations concernant des analyses qui auront été réalisées par un autre intervenant. Pourtant, dans le quotidien de ces organisations, une multitude de personnes se partagent les tâches et les responsabilités et chacune des analyses et des suivis qui y sont apportés ne passent pas systématiquement entre les mains des professionnels.

Enfin, l'imposition d'amendes découle parfois de la seule appréciation du directeur de santé publique. Par exemple, à l'article 135 le directeur de santé publique détient toute la latitude qu'il veut pour décréter qu'un professionnel a refusé d'obéir à un de ses ordres et qu'une amende s'impose.

Pour toutes ces raisons, nous jugeons que ces amendes devraient être abrogées.

3. REMARQUES SPÉCIFIQUES

3.1 Chapitre I – L’objet de la loi

3.1.1 Menace à la santé de la population

Le projet de loi apporte des précisions sur l’objet de la loi et insiste principalement sur le concept de menace à la santé de la population. Au sens de la loi, les menaces désignent les agresseurs biologiques, physiques et chimiques susceptibles d’entraîner des effets négatifs sur la santé du public, soit les mêmes que l’ancienne *Loi sur la protection de la santé publique*. Nous croyons que ce projet de loi devrait s’inscrire dans un cadre plus large de déterminant de la santé de la population et non pas adopter une définition trop restrictive.

Nous recommandons que l’article 2 inclue le concept de risque à la santé défini comme tout facteur susceptible d’entraîner des effets négatifs sur la santé publique, incluant les menaces et les agresseurs bien sûr, mais incluant aussi plusieurs autres facteurs de risques de morbidité et de mortalité notamment les facteurs ergonomiques, environnementaux, comportementaux, psychologiques et sociaux.

Une telle définition élargie nous semble nécessaire à la fois parce qu’elle est pertinente dans une perspective moderne de santé publique, mais aussi par souci de cohérence avec l’ensemble du projet de loi où l’on abordera subséquemment, notamment à l’article 52, des préoccupations de promotion de la santé et les pouvoirs des directeurs de santé publique sur des objets qui vont très nettement au-delà de la gestion stricte des agresseurs.

Par contre, nous sommes d’accord à ce que la notion restrictive de menace à la santé de la population soit celle retenue lorsqu’on permet au directeur d’utiliser les pouvoirs que lui confèrent les articles 96 et 102.

3.1.2 Évaluation des objectifs

Pour pouvoir vraiment mesurer les effets concrets de la Loi sur l’ensemble de la population, nous suggérons d’ajouter à l’article 2 un 4^e alinéa qui inclurait des actions d’évaluation d’impact de programme comme un des éléments d’actions visés par la loi. Cet alinéa pourrait prendre la forme suivante : « *évaluer l’atteinte des objectifs définis dans le cadre des programmes national et régionaux de santé publique.* »

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

De façon plus générale, la lecture du projet de loi nous amène à nous questionner sur le fragile équilibre entre une coordination nécessaire des actions de santé publique par un programme de santé national et un contrôle trop centralisé des actions de santé publique.

Le projet de loi traduit une volonté ferme de mieux encadrer la pratique des instances de santé publique, une préoccupation que nous partageons. Cependant, la Fédération s'inquiète du choix des moyens retenus pour traduire concrètement cette intention. Tout en reconnaissant un potentiel intéressant au concept de programme national de santé publique, nous craignons sa dérive bureaucratique s'il reste libellé tel quel dans la loi. Nous craignons qu'il devienne un instrument centralisateur de contrôle des actions de santé publique ramenant à un rôle de simple exécutant les médecins et les autres professionnels qui dispensent des services de santé publique.

L'article 6 qui définit ce que **doit** comporter le programme nous apparaît adéquat, par contre, l'article 7 qui définit ce que **peut** comporter le programme, entre autres, sur des questions de formation et de règles éthiques, nous fait craindre une volonté du Ministère de contrôler le processus de prestation de services professionnels en santé publique. On devrait insister davantage sur la reddition de compte basée sur des résultats.

Nous ne nions pas la pertinence pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans certaines circonstances de s'assurer que des mesures de base en santé publique soient réalisées de façon uniforme sur l'ensemble du territoire et de chercher à prévenir ou à contrecarrer certaines interventions qui ne se justifient clairement pas d'un point de vue scientifique de santé publique. Toutefois, les autorités gouvernementales doivent être conscientes que plus le contenu du programme sera spécifique et détaillé dans la nature des services professionnels à dispenser et qu'il s'ingère dans le champ de pratique des professionnels, plus il sera sujet à la controverse et susceptible de provoquer de la résistance sinon de l'hostilité.

Nous nous inquiétons aussi de la volonté du MSSS d'exiger de chaque régie régionale et de chaque CLSC, l'élaboration de plans d'action de santé publique. Ce processus obligatoire de plans d'action prescrits et évalués par le MSSS nous fait craindre un gaspillage d'énergie qui serait mieux utilisée à réaliser les actions de santé publique « sur le terrain ». Les processus de retour de plan d'organisation ou de services vers le MSSS ont généralement été des échecs.

Nous pensons qu'il serait beaucoup plus fonctionnel pour le Ministère de proposer un programme national de santé publique qui oriente les actions et de définir avec ses partenaires du réseau, ce que devrait être un programme régional et un programme local type de santé publique en fonction des ressources disponibles et des orientations du programme. Le Ministère devrait par la suite s'assurer, par le biais des résultats obtenus, que les instances régionales et locales assument bien leur mandat de santé publique et utilisent efficacement les ressources mises à leur disposition.

3.3 Chapitre III – Comité d'éthique de santé publique

L'introduction d'un comité d'éthique est un élément novateur dont nous appuyons le principe. L'idée d'une systématisation de la prise en considération des aspects éthiques de l'action de santé publique séduit à première vue. Une telle orientation est particulièrement utile dans le domaine de la santé publique où il existe une tension inévitable entre les droits de l'individu et les droits de la collectivité. Cependant, la Fédération n'est pas à l'aise avec la proposition faite dans le projet de loi.

Nous nous questionnons en effet sur le mandat réel du comité d'éthique qui ressemble plutôt, sur papier, à un comité scientifique. D'ailleurs, aux articles 18 et 19, le lien entre le mandat du comité et l'éthique nous semble peu évident. Nous craignons que ce comité donne des avis sur des questions d'action générale du programme de santé publique pour lesquelles il n'aurait pas l'expertise adéquate. De plus, nous appréhendons que ce comité devienne quasi « décisionnel » plutôt que simplement « aviseur ».

Les modalités de composition et de fonctionnement du comité ne nous semblent pas appropriées en fonction du mandat qu'il doit assumer. Nous questionnons la trop grande mainmise du ministre sur ce comité notamment par le fait qu'il en nomme tous les membres. La loi prévoit, par exemple, que deux professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé publique font partie du comité. Nous croyons qu'au moins un des deux professionnels devrait être un médecin nommé en consultation avec les fédérations médicales.

Nous croyons aussi que la provenance des membres n'est pas suffisamment diversifiée, les professionnels devant œuvrer directement en santé publique. Nous craignons ainsi que les travaux se fassent trop en vase clos. Il serait important que le projet de loi prévoit à l'article 22 que des membres ad hoc, professionnels de la santé experts de certaines questions, puissent se joindre au comité au besoin, selon les sujets traités. Par exemple, si une question analysée par le comité traite d'une maladie infectieuse, un microbiologiste infectiologue devrait à ce moment faire partie du comité.

3.4 Chapitre IV – Surveillance épidémiologique de l'état de santé de la population

3.4.1 Exclusivité de la fonction de surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique constitue un point central du projet de loi. Or, pour les médecins spécialistes en santé communautaire, la surveillance c'est le stéthoscope qui leur permet d'ausculter les communautés, d'examiner la nature réelle des problèmes et de soumettre leurs recommandations sur les interventions appropriées. Les priver de cet instrument, c'est affaiblir considérablement leur action.

Or, l'article 32 propose un resserrement trop marqué en confiant la fonction de manière exclusive au ministre et au directeur de santé publique.

Nous sommes d'accord à ce que ces deux instances soient responsables et imputables de la réalisation d'activités systématiques de surveillance de la santé de la population, mais nous nous opposons au fait qu'ils en détiennent l'exclusivité. En fait, une telle décision risque de poser de nombreux problèmes et d'engendrer des conséquences néfastes pour la population.

L'application de ce projet de loi pourrait mettre fin aux initiatives de groupes médicaux ou paramédicaux qui contribuent à enrichir considérablement les connaissances en matière de collecte et d'interprétation de données épidémiologiques. Par exemple, certains comités de microbiologistes infectiologues travaillent activement à la collecte de données provinciales, entre autres sur la résistance bactérienne et sur les infections nosocomiales. Qu'advierait-il de ces initiatives dans le contexte du projet de loi?

Dans la majorité des sociétés occidentales, le législateur préfère confier à une autorité professionnelle, située à distance des autorités administratives et politiques, le soin de procéder à de telles analyses. Les médecins spécialistes ont été formés pour adéquatement exercer une fonction de surveillance. L'exclusivité de la fonction et la subordination politique ne nous apparaissent ni nécessaires ni souhaitables.

3.4.2 Plans de surveillance épidémiologique

L'article 33 indique que « Le ministre et le directeur de santé publique, chacun pour leur fin, doivent élaborer des plans de surveillance épidémiologique (...) ». La mention de « chacun pour leur fin » nous fait craindre un développement anarchique de cette surveillance épidémiologique. Nous croyons qu'il serait préférable de procéder d'abord à une priorisation provinciale afin d'éviter les duplications de ressources.

Nous proposons également que les plans de surveillance comportent un plan de diffusion de l'information.

3.5 Chapitre V – Collecte de renseignements et registres

Dans une perspective de court et moyen termes, il est clair que la richesse des informations qui seront disponibles au niveau local, au niveau régional et au niveau national en matière de santé permettra d'intensifier les activités de surveillance et ainsi de mieux servir les intérêts de la population.

Nous considérons que la *Loi sur la santé publique* représente le véhicule idéal pour mettre en place des modalités d'accès à certains renseignements personnels nécessaires pour mener des actions de surveillance en santé publique telles que définies à l'article 31. Nous sommes en effet convaincus que l'accès à de tels renseignements est essentiel pour assurer à la population une véritable protection de la santé publique. Les récents développements technologiques permettent d'assurer de manière sécuritaire l'intégrité et la confidentialité des informations. Nous devons prendre garde de sombrer dans un puritanisme excessif eu regard à l'utilisation des données, dans un contexte où dans l'information réside le pouvoir d'améliorer considérablement la santé de la population.

Nous souhaitons donc que le législateur reconnaisse la nécessité pour les fonctions de surveillance en santé publique, en particulier pour l'identification des problèmes en émergence, de permettre aux professionnels concernés, dont les médecins spécialistes en santé communautaire ou les microbiologistes infectiologues, d'avoir accès à certains renseignements personnels. L'accès à cette information pourrait même être encadré par le comité d'éthique de la surveillance et la Commission d'accès à l'information (CAI), si jugé nécessaire.

L'information nécessaire pour l'exercice des responsabilités de surveillance implique dans certaines circonstances :

- d'avoir accès à des listes comprenant des renseignements nominaux utiles à ces fins de surveillance dont, entre autres, les listes nominatives des personnes susceptibles d'être exposées à un problème de santé publique;
- de procéder à des croisements de fichiers pour identifier les associations entre les effets et les causes de problèmes de santé publique;
- de pouvoir constituer des banques de spécimens aux fins d'analyses ultérieures pour des problèmes existants ou nouveaux.

3.6 Chapitre VI – Promotion de la santé et prévention

En relation avec la section III sur la fluoration de l'eau potable, nous soutenons le compromis retenu dans le projet de loi, mais nous souhaiterions que l'article 56 indique de façon plus ferme la volonté du Gouvernement d'encourager les mesures volontaires de fluoration de l'eau potable distribuée par les propriétaires de système de distribution d'eau.

On devrait aussi, à travers cette section du projet de loi, s'assurer que les responsables des réseaux de distribution d'eau maintiennent toujours à jour l'information sur la fluoration de l'eau qu'ils distribuent afin que les professionnels de la santé puissent conseiller adéquatement les résidents de ces territoires sur la nécessité ou non d'ajouter des suppléments fluorés pour leurs enfants.

3.7 Chapitre VII – Vaccination

Depuis longtemps, nous réclamons que le Québec mette en place un registre de vaccination. Cet outil permettrait d'optimiser la performance des programmes d'immunisation en terme de couverture vaccinale et d'améliorer la qualité des services fournis aux individus vaccinés en maintenant à jour un registre complet des vaccinations reçues et en permettant de retracer rapidement les individus ayant reçu un vaccin qui présenterait des problèmes.

Il y a intérêt à légiférer pour instituer un tel registre seulement dans la mesure où l'outil ainsi mis en place est de meilleure qualité que ce qui peut être fait sans disposition législative spécifique. Les présentes dispositions du projet de loi nous laissent sérieusement douter quant à la capacité réelle de ce registre à rencontrer les objectifs attendus d'amélioration des services fournis aux personnes vaccinées.

D'un point de vue de la santé publique, deux éléments nous font craindre le manque de fiabilité du registre tel que défini dans le projet de loi actuel. Premièrement, la complexité du processus de consentement des individus pour obtenir l'inscription des données de vaccination dans le registre nous laisse entrevoir un taux trop élevé de non inscription. Il serait alors impossible de pouvoir se fier sur la qualité des données (de numérateur) d'un tel fichier.

Deuxièmement, l'absence d'informations adéquates sur la population susceptible d'être rejointe par les programmes de vaccination nous empêcherait de constituer des taux fiables de vaccination. Cela risquerait de contraindre inutilement les efforts de la santé publique au

moment de rejoindre les personnes visées par certaines interventions particulières de vaccination. En particulier, il faudrait s'assurer que le registre de vaccination puisse être comparé à un fichier de population afin de mettre à jour les adresses des individus et ainsi de suivre la mobilité de la population.

Bref, d'un point de vue clinique, un registre de vaccination ne peut être utilisé avec confiance par les vaccinateurs comme source d'information pour guider leur décision clinique s'ils n'ont pas l'assurance que l'information contenue dans le fichier est complète pour leur patient.

Pour assurer la qualité d'un tel fichier et rendre sa mise en place par voie législative utile, il faudrait simplifier grandement le processus de consentement. Nous suggérons donc que l'information y soit versée automatiquement et qu'une formule « d'opting out » soit retenue. Celle-ci permettrait aux personnes vaccinées qui refuseraient de voir cette information inscrite de se faire exclure du registre. L'« opting out » est d'ailleurs la formule qui est privilégiée dans une majorité d'états américains possédant de tels registres (35/49) ainsi que dans plusieurs autres pays.

Il devrait aussi être prévu dans le projet de loi que le registre de vaccination soit régulièrement mis à jour avec des données sur la population concernée par les différents programmes de vaccination.

Finalement, nous tenons à souligner l'importance de la mise en place d'un système informatisé adéquat pour soutenir ce registre. Nous insistons également sur le fait que tous les professionnels de la santé concernés devront avoir accès aux informations contenues dans le registre, et ce dans les différents milieux de pratique que ce soit dans les cabinets privés ou les établissements.

3.8 Chapitre VIII – Intoxications, infections et maladies à déclaration obligatoire

Concernant les maladies à déclaration obligatoire, l'article 76 indique que : « la 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 ». Cela contraste avec la situation actuelle où pour certaines maladies, le SIDA et certaines maladies transmises sexuellement comme la gonorrhée et la syphilis, les noms et adresse ne sont pas transmis. Nous suggérons ainsi le maintien des dispositions actuellement en place.

Nous croyons que la liste des informations que doit comprendre une déclaration (nom et adresse, etc.) devrait se retrouver dans le règlement selon chacune des maladies visées et non la dans Loi.

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

Compte tenu des dispositions du projet de loi sur la possibilité pour le ministre de déterminer par voie de règlement la liste des maladies à traitement obligatoire, nous ne comprenons pas pourquoi on juge utile de mentionner spécifiquement la tuberculose à l'article 79 alors qu'on pourrait lui conférer son caractère de traitement obligatoire à partir du règlement.

3.10 Chapitre X – Signalement aux autorités de santé publique

Nous saluons l'article 90 permettant que dans différents milieux de travail on puisse signaler au directeur de santé publique des situations constituant une menace à la santé. Nous considérons toutefois dangereux de laisser seulement aux dirigeants de ces établissements cette responsabilité puisque ceux-ci pourraient, dans certaines circonstances, ne pas avoir intérêt à faire connaître une situation problématique.

Nous jugeons non pertinentes les dispositions du deuxième paragraphe de l'article 91 qui soustraient les agents biologiques sexuellement transmissibles à la possibilité de signaler une situation dangereuse aux responsables de santé publique. Nous souhaitons vivement que ce paragraphe disparaisse.

D'ailleurs, nous déplorons que les articles ne délimitent pas la conduite à tenir face à un patient porteur du VIH qui constituerait une menace pour la population. Nous croyons que de telles précisions devraient se retrouver dans le projet de loi, puisqu'il s'agit d'une situation à laquelle des professionnels se voient confrontés.

3.11 Chapitre XI – Pouvoir des autorités de santé publique et du gouvernement en cas de menace à la santé de la population

3.11.1 Pouvoirs du directeur de santé publique

Dans les articles 92 et 93 concernant les pouvoirs du directeur de santé publique, nous nous interrogeons, d'une part, sur la décision de laisser le directeur de santé publique comme seul arbitre et, d'autre part, sur le fait qu'un seul « motif sérieux » lui permette de déclencher le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé ou une enquête épidémiologique. À notre avis, la notion de « motif sérieux » mériterait d'être explicitée davantage et devrait faire l'objet d'une consultation plus vaste.

L'article 95 détermine que le directeur de santé publique qui constate dans le cours de ses enquêtes une menace à la santé de la population reliée à un établissement de santé doit aviser le directeur des services professionnels ou à défaut le directeur général de l'établissement. Nous estimons que, dans plusieurs de ces situations, la nature du problème en cause est davantage du ressort de l'établissement. Encore une fois, nous nous questionnons sur le pouvoir du directeur de santé publique qui peut, sur la base d'une simple décision, intervenir dans le fonctionnement et les politiques des établissements de santé. Selon cet article, le directeur de santé publique est le seul juge de la déficience des politiques d'un établissement. Nous croyons que c'est trop de pouvoir dans les mains d'un seul intervenant. Il pourrait lui-même poser un diagnostic de déficience et intervenir à sa guise en subordonnant les intervenants, dont les intervenants intra hospitaliers, déjà mandatés et compétents pour faire face à une situation. Voici un autre exemple où le législateur choisit de faire de l'exception la règle générale. Il aurait été plus pertinent de prévoir que le directeur de santé publique demande à l'établissement concerné d'élaborer un plan d'action et la collaboration des intervenants responsables pour régler le problème.

L'article 96 précise les divers pouvoirs du directeur de santé publique dans le cadre d'une enquête épidémiologique. Il lui donne libre cours d'intervenir à l'intérieur d'un centre hospitalier, encore une fois sans que les motifs justifiant cette intervention y soient mentionnés.

L'alinéa 8 de cet article concernant les informations à fournir au directeur de santé publique pousse à nous interroger quant au serment de confidentialité qui lie le médecin à son patient. Dans le cas soulevé par cet alinéa, y a-t-il obligation pour le médecin de rompre ce serment?

Quant à l'alinéa 9 sur une personne que l'on soupçonne être infectée par un agent biologique transmissible, est-ce applicable dans des cas de VIH?

L'article 102 alinéa 3 prévoit que le directeur de santé publique peut ordonner la désinfection et le nettoyage d'un lieu ou de certaines choses et de donner des directives précises à cet effet. Nous ne comprenons pas pourquoi le directeur de santé publique se substituerait à l'officier en prévention des infections d'un établissement et au rôle des médecins microbiologistes infectiologues. Pourquoi ne pas plutôt prévoir la collaboration?

Finalement, nous souhaitons que les établissements de santé soient ajoutés à la liste des organisations mentionnées à l'article 103 concernant les limites du pouvoir du directeur de santé publique quand d'autres intervenants agissent pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population.

3.11.2 Les pouvoirs du ministre

L'article 113 prévoit que le ministre peut, à la demande du directeur de santé publique, mobiliser les ressources de tout établissement de santé. Nous croyons qu'il y aurait lieu de préciser si les ressources médicales sont incluses et, le cas échéant, de spécifier l'étendue de leur implication.

3.12 Chapitre XII – Protection des renseignements

Nous souhaitons souligner quelques points quant à la protection des renseignements. Comment une régie régionale peut prendre un engagement à la confidentialité? Il serait nécessaire de reconnaître que dans les régies régionales, ce sont des professionnels soumis à leur code de déontologie qui ont à utiliser ces données sensibles aux fins de la pratique de santé publique.

Nous souhaitons également que soit prévue l'implication possible des établissements du réseau dans la réalisation des interventions de santé publique impliquant l'accès aux données personnelles les plus sensibles.

4. AJOUTS PROPOSÉS

4.1 L'évaluation de la pertinence des examens réglementaires reliés au travail

Le projet de loi devrait permettre aux responsables de santé publique en milieu de travail de donner leur avis sur la pertinence des examens médicaux exigés en contexte de travail, tant ceux prescrits par loi ou règlements que ceux exigés par les employeurs. Nous sommes convaincus que la situation actuelle laisse encore trop de place à l'arbitraire et à l'iniquité pour les travailleurs qui sont visés par les exigences de ces examens. L'article 51 pourrait permettre de faire valoir le point de vue de santé publique par rapport à la pertinence de ces examens lorsque requis par voie de règlement. Il faut s'assurer d'éviter le plus possible des examens médicaux exigés par les employeurs mais non pertinents au plan de la santé publique. D'un autre côté, il faut également s'assurer que les examens essentiels pour la santé publique soient bel et bien réalisés.

4.2 Le directeur national de santé publique

Nous croyons que le projet de loi aurait dû davantage faire état du rôle du directeur national de santé publique au MSSS. L'inquiétude de nos membres concernant un contrôle bureaucratique inapproprié du Ministère sur leur pratique professionnelle serait un peu atténuée si le projet de loi indiquait que les directives à caractère professionnel du MSSS doivent être émises par le directeur national de santé publique, lui ou elle-même médecin spécialiste en santé communautaire.

4.3 Normes de prévention d'infection

Nous constatons malheureusement que certains centres hospitaliers de courte et de longue durée ne respectent pas les normes en prévention d'infection. Nous croyons nécessaire que ces normes soient incluses dans un règlement afin d'obliger tous les centres hospitaliers à s'y conformer.

5. CONCLUSION

Nous espérons que les commentaires et les suggestions formulées par la Fédération seront pris en considération et que les modifications nécessaires seront apportées au projet de loi sur la santé publique.

Nous le répétons : nous appuyons la démarche en cours visant à réviser la loi et nous sommes enthousiastes quant à la mise en place de plusieurs mesures novatrices.

Nous sommes toutefois persuadés que les corrections proposées permettront une Loi sur la santé publique plus appropriée eu égard à la réalité mais aussi beaucoup plus utile pour la population.

