



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

## Journal des débats

**de la Commission permanente  
des affaires sociales**

**Le mercredi 19 septembre 2001 — Vol. 37 N° 27**

Consultation générale sur le projet de loi  
n° 36 — Loi sur la santé publique (2)

**Président de l'Assemblée nationale:  
M. Jean-Pierre Charbonneau**

---

**QUÉBEC**

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	15,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec  
Distribution des documents parlementaires  
880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195  
Québec, Qc  
G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754  
Télécopieur: (418) 528-0381

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:  
[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)

Société canadienne des postes — Envoi de publications canadiennes  
Numéro de convention: 0592269

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

**Commission permanente des affaires sociales**

**Le mercredi 19 septembre 2001**

**Table des matières**

<b>Auditions</b>	1
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	1
Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (Fédération québécoise des CRDI)	11
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	17

**Intervenants**

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente

M. Rémy Trudel

M. Gilles Labbé

M. Jean-Marc Fournier

- \* M. Marc Dionne, INSPQ
- \* Mme Michèle Beaupré Bériau, idem
- \* M. Alain Poirier, idem
- \* M. Philippe De Wals, idem
- \* M. Claude Vanasse, Fédération québécoise des CRDI
- \* Mme Mireille Tremblay, idem
- \* Mme Louise Cantin, OIIQ
- \* Mme Lucie Bédard, idem
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le mercredi 19 septembre 2001

## Consultation générale sur le projet de loi n° 36

*(Neuf heures trente-quatre minutes)*

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Je veux vous souhaiter la bienvenue, M. le ministre, souhaiter la bienvenue à tous mes collègues, nos invités, le personnel et profiter de l'occasion pour remercier le député de Champlain qui a eu la gentillesse de me remplacer hier.

**Une voix: ...**

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Il était pas seul? Ah! d'accord...

**M. Labbé: ...**

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** C'en a pris deux pour me remplacer, hier. Alors, je vous remercie.

**Une voix: ...**

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Ha, ha, ha! Je vous remercie. Et, comme vous le savez, la commission des affaires sociales est réunie afin de procéder à une consultation générale et de tenir des auditions publiques sur le projet de loi n° 36, qui est la Loi sur la santé publique.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

**La Secrétaire:** Oui, Mme la Présidente. Alors, M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) est remplacé par M. Fournier (Châteauguay); M. Cousineau (Bertrand) par Mme Barbeau (Vanier); Mme Loiselle (Saint-Henri—Sainte-Anne) par M. Williams (Nelligan); et Mme Rochefort (Mercier) par M. Ouimet (Marquette).

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Alors, aujourd'hui, 19 septembre, nous entendrons à 9 h 30 l'Institut national de santé publique; à 10 h 30, la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle; et à 11 h 30, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, pour ajourner à 12 h 30.

**Auditions**

Alors, sans plus tarder, j'invite bien sûr les représentants de l'Institut national de santé publique. Je vous souhaite la bienvenue. Vous avez... nous aurons une heure: 20 minutes pour la présentation de votre mémoire et 40 minutes par la suite pour les échanges avec les membres de la commission. Alors, j'invite le porte-parole à s'identifier et à nous présenter les personnes qui vous accompagnent.

**Institut national de santé publique  
du Québec (INSPQ)**

**M. Dionne (Marc):** Merci, Mme la Présidente. M. le ministre, MM., Mmes membres de la commission,

nous vous remercions de nous donner, comme équipe de la direction de l'Institut national de santé publique du Québec, la possibilité de transmettre nos commentaires sur le projet de loi de santé publique.

En l'absence de notre président-directeur général, Dr Louis Bernard, on m'a demandé de le représenter aujourd'hui. Je suis Dr Marc Dionne, directeur scientifique de la Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels à l'Institut de santé publique. M'accompagnent à la table, à ma gauche, le Dr Alain Poirier, directeur du développement et de l'information, ainsi qu'à ma droite, le Dr Philippe De Wals, médecin épidémiologiste à l'Institut, président du comité d'immunisation du Québec et très impliqué récemment dans les problèmes des infections à méningocoques. Aussi, à l'extrême droite, Mme...

**M. Trudel: ...**

**M. Dionne (Marc):** De type C.

**M. Trudel:** Bien appris, hein.

**M. Dionne (Marc):** À ma droite aussi, à l'extrême droite Michèle Beupré Bériau, qui est notre secrétaire générale.

Avant d'aborder le contenu de notre mémoire, permettez-moi de prendre quelques instants pour présenter ce qu'est l'Institut national de santé publique du Québec. Créé en 1998 par une loi de l'Assemblée nationale du Québec, l'Institut de santé publique est une personne morale mandataire de l'État, dotée d'un conseil d'administration dont tous les membres et son président-directeur général sont nommés par le gouvernement. Il a pour mission fondamentale de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales dans l'exercice de leur mission de santé publique par l'acquisition, la production, l'analyse et la transmission de connaissances sur l'état de santé et de bien-être de la population, sur les déterminants et sur les façons d'agir. Plus particulièrement, cette mission s'actualise en informant le ministre de l'impact des politiques publiques et la population en matière de santé, en fournissant des services-conseils et d'assistance spécialisée au ministre et aux directions régionales de la santé publique, en favorisant la recherche, la formation et les échanges internationaux, en administrant les laboratoires spécialisés dédiés à la santé publique et en établissant des partenariats avec les universités, les organismes de recherche et diverses organisations oeuvrant en santé publique. L'Institut s'appuie actuellement sur les ressources professionnelles qui lui ont été transférées du Laboratoire de santé publique du Québec, du Centre de toxicologie, du Centre antipoison, du Centre d'expertise en dépistage, du ministère ainsi que sur plusieurs professionnels et médecins qui ont été affectés à l'Institut dans le cadre d'ententes avec les directions régionales de santé publique principalement de Québec et Montréal.

Maintenant, j'aborderai le contenu de notre mémoire. Quelques commentaires généraux. Nous soulignons la présentation de ce projet de loi. Nous saluons l'initiative du gouvernement, qui répond à un besoin à peu près unanimement identifié, de dépoussiérer la Loi sur la protection de la santé publique et de proposer une vision plus large sur la santé publique en conservant les objectifs de protection, mais en s'inscrivant aussi dans les courants modernes de prévention et de promotion de la santé publique, et nous considérons que c'est ce que le projet de loi propose actuellement.

Nos commentaires plus spécifiques vont porter d'abord sur le chapitre II, le programme de santé publique. Nous souscrivons à l'idée d'introduire dans la loi la notion du programme de santé publique qui oriente, définit et coordonne les actions de santé publique de base pour l'ensemble du Québec. Dans certains domaines de santé publique, ces actions sont clairement coordonnées, et les services rendus sont équivalents, quelles que soient les régions du Québec, exemples: programme de vaccination, enquête lors d'une déclaration de maladie infectieuse.

● (9 h 40) ●

Par contre, d'autres mesures reconnues efficaces en santé publique sont inégalement appliquées sur l'ensemble du Québec, et on comprend bien la volonté du ministère d'assurer une meilleure équité et une utilisation optimale des ressources dans la mise en place de ces importantes mesures. Nous souhaitons cependant qu'un tel programme évite le piège de la bureaucratization et de la centralisation excessive. Les approches de concertation et de responsabilisation collective caractérisent la santé publique moderne, et le Québec est à l'avant-garde de ce mouvement. Si on exige systématiquement l'approbation par le ministère des plans d'action régionaux et par les régions des plans d'action locaux, on risque de s'engager dans un lourd processus bureaucratique qui dans le passé s'est toujours avéré peu utile et généralement contre-productif. Le programme devrait mettre l'accent sur les principes, les orientations, les objectifs et un certain nombre de paramètres. On devrait chercher à assurer la reddition de comptes sur les services rendus et les résultats obtenus, plutôt que sur la préparation et l'approbation des plans. Le programme devrait mobiliser dans l'enthousiasme tous ceux qui peuvent contribuer à la santé publique et non les circonscrire dans des actions imposées centralement.

Le deuxième point concerne, au chapitre III, le Comité d'éthique. Nous saluons ici aussi les préoccupations éthiques du ministre qui, en proposant par son projet de loi un comité éthique, veut examiner les actions en santé publique sur les plans éthiques. Dans le contexte de l'appel à l'éthique et de la sensibilité croissante des sociétés contemporaines, un tel souci ne peut qu'être soutenu et défendu. Ce Comité innove en centrant son mandat sur les enjeux liés à la santé publique, alors qu'en général ces comités sont d'abord des comités de bioéthique qui ne s'intéressent qu'accessoirement aux dossiers de santé publique. Tout en saluant cette initiative, il apparaît toutefois que la proposition formulée dans le projet de loi pourrait être bonifiée au plan des rapports entre le Comité, d'un côté, et le ministre et les directeurs en santé publique, de

l'autre, de même qu'aux plans de sa composition et de son mode de fonctionnement. Nous croyons que le projet de loi ne fournit pas toutes les garanties pour assurer l'absence de conflit d'intérêts et d'indépendance du Comité et de ses avis face au pouvoir politique et à l'administration du ministère.

Au plan du rattachement, le Comité devrait soit être une instance indépendante ou relever d'une instance nationale et non ministérielle. Au plan de la composition, nous croyons que le Comité pourrait être composé d'un noyau dur de quelques membres réguliers, auxquels pourraient se joindre d'autres membres choisis en fonction des sujets examinés. Au plan de la rémunération, on devrait s'assurer que les modalités retenues préservent l'indépendance des membres face aux pressions politiques et administratives, et, au plan des mandats, le Comité devrait aussi pouvoir répondre aux demandes de groupes de citoyens et se donner lui-même des mandats d'avis sur des dossiers que ses membres jugeraient importants.

Le troisième point, au chapitre IV, la surveillance épidémiologique sur l'état de santé, sera dans notre présentation de ce matin le point sur lequel nous insisterons le plus, compte tenu du fait que ce point n'a pas été relevé jusqu'à maintenant, croyons-nous, par les membres de la commission. Nous comprenons que les dispositions générales du chapitre IV sur la surveillance épidémiologique de l'état de santé de la population procèdent d'un désir de bien outiller le ministre et les directeurs de santé publique pour dresser le portrait de l'état de santé de la population, observer les tendances, détecter les problèmes en émergence, identifier les problèmes prioritaires et élaborer des scénarios prospectifs sur l'état de santé. Le projet de loi met en évidence l'importance d'avoir accès aux informations et aux données qui permettent d'assurer ces fonctions de surveillance épidémiologiques et il cherche à en favoriser l'accès tout en balisant l'utilisation des données qui sont de nature personnelle et confidentielle.

Toutefois, le besoin de camper de façon exclusive la responsabilité de la fonction de surveillance épidémiologique au ministère et aux directions de santé publique surprend à plusieurs titres et ne correspond pas à la réalité actuelle. Le projet de loi définit la surveillance de santé publique en relation avec la réalisation d'un portrait d'état de santé de population, l'observation des tendances, la détection des problèmes émergents et il décrète que cette fonction appartient exclusivement au ministère et aux directeurs de santé publique. Doit-on comprendre que tous ceux qui réalisent actuellement de telles activités se retrouveraient dans l'illégalité avec l'adoption du projet de loi. Bien des organisations réalisent actuellement des activités du type de celles qui sont décrites comme étant des fonctions de surveillance dans le projet de loi: les universités, les centres hospitaliers universitaires, les instituts de recherche, le regroupement formel et informel de médecins et de professionnels dans une discipline donnée, l'Institut de la statistique du Québec, et bien d'autres.

Pour nous, à l'Institut de santé publique, l'exclusivité de la surveillance confiée au ministre et aux directeurs de la santé publique nous semble en contradiction avec notre loi constitutive qui nous confie la mission, à l'article 3 de notre loi, à l'alinéa a.1, de

contribuer au développement et à la mise à jour des connaissances dans le domaine de la santé publique et, alinéa 3, d'informer la population sur son état de santé et de bien-être sur les problèmes en émergence, leurs déterminants et les moyens efficaces de prévenir ou de résoudre ces problèmes. Les mots utilisés pour décrire cette partie de la mission de l'Institut sont les mêmes qu'on utilise pour le projet de loi n° 36 pour établir en quoi consiste la fonction de surveillance confiée en exclusivité au ministre et aux directeurs de santé publique. Ailleurs dans le monde, les instances indépendantes du ministère ont des rôles majeurs à jouer en surveillance, les organisations équivalentes à la nôtre, et on pense aux mandats qui ont été confiés entre autres à l'Institut de veille sanitaire en France, au Center for Disease Control aux États-Unis et au Publical Laboratory Services en Angleterre.

Au Québec comme ailleurs, les experts de santé publique oeuvrant dans les institutions scientifiques doivent être au coeur de ces travaux de surveillance de l'état de santé de population tout en soutenant bien sûr les décisions et les actions menées par les autorités gouvernementales de santé publique.

En proposant l'exclusivité de cette fonction au ministre et au directeur de santé publique, on cherche peut-être à s'assurer qu'ils assument adéquatement ces tâches de surveillance éminemment nécessaires à la santé publique. Le législateur devrait pouvoir indiquer dans le texte de loi à ce moment-là que le ministre et les directeurs sont responsables d'élaborer et de réaliser des plans de surveillance.

Si par contre... ou en outre l'objectif est de s'assurer de la sécurité des banques de renseignements personnels utilisées à des fins de surveillance telles que celles des maladies à déclaration obligatoire, les fichiers d'hospitalisation, ceux de décès ou d'autres fichiers contenant des renseignements nominatifs confidentiels, pourquoi ne pas rédiger plus précisément le texte du projet de loi en limitant à la gestion de ces banques de données l'exclusivité confiée au ministre et au directeur de la santé publique?

Notre quatrième point va porter sur le chapitre IX, les pouvoirs des directeurs. Le chapitre IX du projet de loi est très explicite sur l'ensemble des mesures et actions à prendre lorsqu'il y a menace sérieuse à la santé publique. Il est important et rassurant que soient ainsi définies avec clairvoyance les responsabilités des intervenants dans les situations graves de menace à la santé. Les articles 96 et 102 précisent respectivement quels sont les pouvoirs d'un directeur de santé publique pour mener une enquête épidémiologique et pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour contrer une situation de menace à la santé publique.

Ces pouvoirs sont importants, de nature quasi judiciaire et s'appliquent dans des circonstances très particulières définies par le projet de loi. Des balises sont mises en place pour déterminer dans quelles circonstances ces pouvoirs contraignants peuvent être exercés, mais elles auraient pu être mises plus en évidence pour indiquer les caractères d'exception de ces pouvoirs attribués au directeur de la santé publique.

L'expérience nous apprend qu'il est exceptionnel qu'une enquête ou une intervention de santé publique doive utiliser la contrainte pour être menée à bien.

Généralement, la collaboration des organisations publiques, des entreprises, des professionnels de la santé et des citoyens est acquise lorsqu'il s'agit de mener une enquête sur un problème de santé publique ou de mettre en place des moyens qui permettent de la corriger.

Le projet de loi reconnaît cette situation en indiquant aux articles 94 et 103 qu'il appartient au ministre, aux municipalités et aux organismes d'assurer leurs responsabilités dans leur champ de compétence lorsqu'un problème de santé publique survient. Nous sommes d'accord avec le pouvoir d'interpellation des directeurs de santé publique, tel que mentionné à l'article 52, qui lui permet formellement de demander formellement aux autorités dont l'intervention lui paraît utile de participer avec lui à la recherche d'une solution adéquate dans les circonstances.

Nous aurions par contre souhaité que le projet de loi utilise un langage moins impératif pour investir les directeurs de santé publique de leur pouvoir d'intervention. En situation de menace à la santé publique, lorsque personne d'autre n'a le pouvoir d'intervenir ou lorsque ceux qui ont ce pouvoir n'interviennent pas, le directeur de la santé publique devrait être autorisé à demander plutôt qu'à ordonner la réalisation des actions identifiées aux articles 96 et 102, exemples: transmettre des renseignements personnels, exiger de se soumettre à des examens médicaux, fournir un échantillon de sang, ordonner la destruction d'un animal, ordonner la cessation d'une activité.

Pour certains de ces pouvoirs, il est indiqué que, en cas de refus d'une personne d'obéir à l'ordre du directeur de la santé publique, un ordre de cour doit être obtenu pour pouvoir faire exécuter la demande du directeur, alors que, pour d'autres de ses pouvoirs, on peut requérir d'emblée un agent de la paix. Nous suggérons que tous les alinéas des articles 96 et 102 soient rédigés en parlant du pouvoir du directeur de la santé publique... de demander telle ou telle action et que le pouvoir d'ordonnance soit émis par le ministre ou un juge en cas de refus de répondre à cette demande. Nous croyons que cette balise est nécessaire pour éviter que le directeur ne soit à la fois juge et partie dans l'évaluation de la nécessité de son intervention contraignante auprès d'une autre partie qui s'y oppose.

En terminant, nous joignons nos voix à ceux qui s'inquiètent des faiblesses du fichier de vaccination instauré par le projet de loi, qui souhaiteraient que l'on indique plus clairement la volonté du gouvernement de favoriser la fluoruration de l'eau potable, qui s'inquiètent des abus des examens médicaux obligatoires pour les travailleurs et qui souhaiteraient qu'on fasse mention dans la loi du rôle du directeur national de santé publique.

● (9 h 50) ●

En conclusion, l'Institut national de santé publique du Québec est une organisation jeune, mais qui s'inscrit dans une longue tradition de santé publique au Québec. Nous voulons contribuer activement à la prévention et à l'amélioration de la santé de la population du Québec dans le respect des consensus sociaux en matière de protection de la vie privée, la liberté de choix, en cohérence avec les meilleurs standards de pratique professionnelle de la santé publique et basé sur la compétence et l'enthousiasme de ceux qui travaillent

dans ce champ. Nous sommes donc très favorables à ce projet de loi sur la santé publique qui offre le cadre légal pour agir dans cet esprit et dans cette continuité. Je vous remercie.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, je vous remercie, M. Dionne, pour la présentation de votre mémoire. Alors, je cède maintenant la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Trudel:** Merci, Mme la Présidente. Merci, Dr Dionne, de votre présentation, et je veux saluer vos collègues également qui sont avec vous ce matin. On n'a pas le nom de la dame qui vous accompagne.

**Mme Beaupré Bériau (Michèle):** Michèle Beaupré Bériau.

**M. Trudel:** Bonjour, Mme Beaupré Bériau, Dr De Wals, Dr Poirier, bienvenue. C'est important d'avoir votre opinion et vos commentaires sur ce projet de loi, parce que, d'entrée de jeu, vous resituez à nouveau la juste perspective de la présentation de ce projet de loi réclamé unanimement par les milieux de la santé publique depuis un bon nombre de mois, et on peut même dire un bon nombre d'années. Et tout ça a fait l'objet de beaucoup de travaux pour tricoter le projet de loi dans la perspective où, probablement, nous aurons à travailler avec ce nouveau cadre législatif et réglementaire peut-être pour une trentaine d'années, comme ça a été le cas pour notre loi, qui va devenir ex, je le souhaite, le plus rapidement possible, notre Loi sur la protection de la santé publique. Vous avez bien raison aussi d'inclure maintenant dans la perspective... dans la perspective qu'il y a un nouvel instrument qui existe, qui est apparu justement dans l'évolution et des politiques, et des outils, et des instruments en matière de santé publique, l'Institut national de santé publique. Il faut, au niveau du paradigme de travail en santé publique, faut être capable de maintenant travailler avec un échafaudage un peu différent et qui doit compter sur tous les acteurs. Alors, votre contribution est importante pour jeter de l'éclairage.

On va tenter d'y voir clair quand même sur un certain nombre d'éléments de précision que vous souhaitez qu'ils soient apportés au projet de loi, tout en renotant votre appui global au projet de loi et sur la nécessité de son adoption le plus rapidement possible dans le contexte de l'approbation de nos projets de loi.

La question des programmes, c'est important que ça aussi vous le souligniez, parce que, pour faire une image... l'économie générale de la loi et donc à trois éléments forts, la loi... le cadre législatif, le programme et le plan d'action... La foi sans les oeuvres, ça compte pas. Si nous n'avions pas dans la perspective d'adjoindre la pièce essentielle, concrète d'un programme et d'un plan d'action, tout cela donnerait une discussion passionnante entre spécialistes et passionnés de santé publique, mais ça n'irait pas beaucoup plus loin. Et là on a tout un défi qui pourrait se résumer aux articles 13, 14, 15 et 16 du projet de loi.

Vous le prenez sous l'angle de 16, à partir de l'article 16, et je pense qu'il vaut la peine de le relire pour tenter de bien saisir votre perspective... en tout cas,

j'aimerais bien la saisir: «Le ministre doit s'assurer d'une action concertée — voilà le mot-clé — du réseau de la santé et des services sociaux et de l'Institut national de santé publique créé en vertu de la loi [...] dans la dispensation à la population des services de santé publique requis et dans la réalisation des activités de santé publique, prévues au programme national de santé publique.»

Je loue que vous montriez la lumière jaune, et non pas rouge, sur les dangers de la centralisation, de la bureaucratisation, de l'autoritarisme, mais il va falloir relever le défi du local, du régional et du national. En quoi le fait de requérir une approbation aux niveaux régional et national va-t-il... en quoi ce geste-là va-t-il entacher l'efficacité du programme d'action? Et je vous dis, évidemment, quand je pose cette question-là avec les mots que j'emploie, vous voyez bien que j'ai aussi quelque chose derrière la tête. Je crains le flou, je vous le dis, je crains le flou en pareille matière. Trop grande dispersion pourrait nous amener à un flou ou à un flou artistique inefficace. Ne pensez-vous pas que la nécessité en matière de santé publique appelle une... la fabrication de plans au niveau local, au niveau régional qui entrent dans la perspective d'orientation nationale et aussi d'une certaine conformité pour ne pas trop... pour ne pas se répandre et se retrouver dans un flou artistique?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Dionne.

**M. Dionne (Marc):** Je vais répondre brièvement, mais je passerai la parole aussi au Dr Poirier. C'est une question d'équilibre, M. le ministre. Donc, on est bien d'accord avec vous qu'il y a une nécessaire coordination, qu'il y a des mesures de base à définir. Il faut s'assurer que le niveau régional les réalise, que le niveau local les réalise. Et on doit aussi accommoder le besoin, aux niveaux local et régional, de répondre à des problèmes locaux et régionaux, et, dans certains cas, on voudra que l'intervention qu'on mène par rapport à un problème local soit approuvée par le ministère. Je ne nie pas ça. On peut prendre l'exemple justement des programmes de vaccination. Donc, ça sera important que le ministre autorise, dans certaines situations, une vaccination qui pourrait créer des précédents, mais c'est... Donc, cette notion de programme-cadre et d'approbation par le niveau supérieur d'initiatives est probablement nécessaire, mais de vouloir, au niveau central, définir dans le menu détail ce qu'on doit faire et de chercher à autoriser, au niveau régional ou au niveau central, dans le menu détail ce qui est fait peut être dangereux. Donc, c'est cet équilibre-là qu'on voudrait voir respecter. Et je demanderais au Dr Poirier, qui est responsable, là, chez nous, de l'ensemble des programmes, de commenter sur cet élément.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, Dr Poirier.

**M. Poirier (Alain):** Bien, vous avez raison, c'est une lumière jaune qu'on met. On souscrit totalement à l'idée d'un programme. Peut-être pour faire un peu d'historique, dès le début des années quatre-vingt-dix,

alors que Marc Dionne était au ministère, j'ai travaillé avec votre sous-ministre actuel à l'élaboration d'un cadre de référence qui a été publié en 1992 sur le programme de santé publique. Alors, nous sommes tous ici, en quelque part, dans les mêmes eaux et dans les mêmes intérêts.

La lumière jaune, c'est au niveau de l'actualisation, comment améliorer la situation actuelle, parce qu'actuellement nous n'en avons pas. Pourtant, on loue partout les actions de santé publique au Québec. Donc, nous avons un programme virtuel actuellement, sauf qu'on peut toujours améliorer et on pense qu'un vrai programme va le faire. Il y a des travaux en ce sens en ce moment. Donc, tout le monde est d'accord sur la nécessité de.

Cependant, on a des expériences passées. Qu'on réfère à... le plan d'action ou ce qui devait découler de la Politique santé et bien-être dans les régions, ce qui... les plans régionaux d'organisation de services, toutes ces notions de plan qui devaient requérir des approbations et qui devaient faire du cheminement jusqu'au niveau local, ça donné toutes sortes de modalités et beaucoup... Les gens ont mis beaucoup de travail, de façon très différente parfois, et c'est là qu'on dit que, sur le plan bureaucratique ou sur le plan de la... il y avait de la contre-productivité ou ça pas abouti à ce qu'on voulait.

Je veux juste vous citer un exemple. Moi, j'étais en Montérégie quand la Politique santé et bien-être est arrivée. Ça été redistribué dans sept sous-régions en Montérégie, et chacune des sous-régions a consulté les CLSC. Et, quand on a reçu des plans, il y avait pas la nécessité d'approbation peut-être, mais il y avait autant de variantes que dans certaines sous-régions. On avait retenu 280 quelques actions de la PSBE, et dans d'autres, trois ou quatre. Donc, il faut être assez précis dans la définition de ce qu'est le programme national. Et, à cet égard, je vous mentionnerais qu'on exige des plans d'action des instances inférieures, mais on n'en exige pas comme tels du ministère. Donc, si tout le monde veut avoir des plans d'action, c'est un outil essentiel pour n'importe quelle organisation, il faudrait que le ministère s'en donne un aussi.

● (10 heures) ●

Et il nous semble qu'il serait utile cependant, au-delà du programme national, qu'il y ait aussi la réflexion pour produire à quoi ça ressemble, dans une région, un programme de santé publique et à quoi ça ressemble, dans un CLSC, un programme de santé publique pour éviter que chacun fasse l'interprétation des besoins et des demandes nationales, pour dire chez nous à quoi ça peut correspondre. Donc, dans cet effort de rationaliser et d'économiser, en termes de planification, il me semble que chacune des organisations pourrait avoir un plan type à chacun des niveaux plutôt que de leur demander chacun de faire leur plan d'action, avec un processus d'approbation à tous les niveaux, régional et local. Donc, pour faire des économies dans l'organisation de ce programme de santé publique, il me semble que ça serait la philosophie qu'on devrait donner à ce programme national.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Dr Poirier. M. le ministre.

**M. Trudel:** Alors, je retiens ce mot, là, de la nécessité de l'équilibre. Et c'est très délicat à réaliser, mais ça doit nous occuper l'esprit. Parce que je vous disais tantôt: 13, 14, 15 et 16, de l'action concertée. Puis là je remonte à 15, et il faut qu'on soit capables de noter, parce qu'on a... Mettons qu'on a travaillé beaucoup sur la nuance, hein, pour essayer d'atteindre cet objectif pratique. «Les régies régionales doivent, avant de le mettre en oeuvre, déposer leur plan d'action régional de santé publique au ministre.» Remarquez le verbe transitif, «déposer au ministre», ce qui, formellement, ne requiert pas l'approbation sanctionnelle, formelle. C'est-à-dire pourquoi, donc, demander de les déposer au niveau national? C'est parce que, Dr Poirier en particulier, le plan d'action du ministère, au niveau national, il va s'appeler le programme de santé publique, qui va avoir les grandes orientations, qui va avoir les grands objectifs, ces orientations et objectifs puisant leur origine dans la politique de santé et bien-être, parce qu'il y a comme un corpus, là, je dirais, à respecter, avec lequel il faut travailler.

Alors, je retiens cela, parce que la notion d'équilibre, là, ça va être... Il faut vraiment que cela soit... Ça retient notre attention en termes de perspective de travail: plan au niveau local, planifié et coordonné au niveau régional, dans des orientations nationales puisées dans la politique de santé et bien-être, avec l'obligation de ne pas tomber dans une espèce de bureaucratie nationale paralysante. Ce serait le pire qu'il pourrait nous arriver compte tenu, vous avez bien raison, de nos succès en santé publique au cours des dernières décennies.

Et un autre élément... Deux autres éléments, pardon, qui vont entrer... qui entrent en compte, c'est que là il va nous falloir, dans l'orchestre, compter sur l'expérience et l'expertise des ressources de l'Institut national de santé publique. C'est un violon important dans l'orchestre. Puis, par ailleurs... Et là je vous pose une question sur... On donne beaucoup plus de pouvoirs — il faut dire que cela a fait aussi l'objet de beaucoup de discussions — beaucoup plus de pouvoirs, en région, aux directions de santé publique, aux directeurs de santé publique. Je relie ça à l'autre... à ma remarque, est-ce que cela contredit, est paradoxal avec la notion, tantôt, d'équilibre quand on donne beaucoup plus de pouvoirs aux directeurs de santé publique dans les régions?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Dionne.

**M. Dionne (Marc):** Bien. Notre mémoire ne demande pas de retirer aucun des pouvoirs qui sont donnés. Nous soulignons qu'il y a des situations d'exception, de menace à la santé publique qui nécessitent ce type d'intervention. Nous voulons nous assurer aussi que l'équilibre est préservé et que c'est réellement dans des situations de nécessité, lorsqu'il y a pas moyen de faire autrement, que le directeur de santé publique intervient de façon contraignante. Ce que nous soulignons, c'est que généralement l'expérience, la conviction, la démonstration qu'il y a un problème et qu'il faut agir sera suffisante pour amener les gens... Il existe des circonstances où certaines personnes ne

veulent pas ou certaines organisations ne veulent pas se conformer, et on pense qu'effectivement il doit y avoir une capacité d'agir en région.

Ce que nous avons l'impression, c'est que, sur plusieurs de ces pouvoirs, le législateur... la proposition du législateur, c'était de reconnaître que l'actualisation du pouvoir du directeur en situation où on s'objectait à l'exercice du pouvoir du directeur devait faire l'objet d'un ordre de cour, et nous recommandions de systématiser cette provision. Mais nous n'avons pas recommandé d'enlever aucun des pouvoirs au directeur.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, M. Dionne. M. le ministre.

**M. Trudel:** Parce qu'on... Pour en faire un autre petit bout là-dessus, là, c'est énorme, là, le geste qui est posé. C'est énorme, là, il y a... De tous ceux et celles qui ont examiné le projet de loi, je pense... Et on verra avec les semaines et les discussions que nous aurons... Les semaines à venir et les discussions que nous aurons, mais que c'est une modification de trajectoire substantielle, là, parce qu'on dépose des pouvoirs — et là le mot le dit bien — d'ordonnance au niveau du directeur de santé publique au niveau régional, et ça comporte des conséquences qui sont, en termes de perspective... qui sont assez différentes de ce que nous avons jusqu'à maintenant.

Et c'est voulu comme tel, puis j'ai envie de vous tirer la pipe un peu en disant: Vous, docteur, quand vous faites une ordonnance, vous recommandez pas à votre patient de prendre tel médicament, vous faites une ordonnance de prendre tel médicament parce que...

**M. Dionne (Marc):** ...suffisamment confiance en nous pour le prendre...

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Trudel:** Nous aussi, on va espérer cela.

**M. Dionne (Marc):** Mais ça arrive des fois qu'on échoue.

**M. Trudel:** Donc, on essaie de faire en sorte... Mais je comprends votre souci, là, de... Je comprends votre souci au niveau des mots, il veut traduire aussi une façon d'être et de travailler davantage, j'imagine, là, que sur le mot à un endroit, parce que, bon, on se retrouve en situation de pouvoir, et il faut, à notre avis, que le directeur de santé publique, au niveau de la région, possède ce pouvoir et qu'il soit pas trop, trop en nuance. Parce qu'on risque de se retrouver dans des arbitrages devant les tribunaux de droit commun, et, en pareille situation, vous êtes les experts, les spécialistes, la rapidité d'intervention est un élément-clé en santé publique.

Je voudrais, parce qu'il doit pas rester beaucoup de temps...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Encore quatre minutes, M. le ministre.

**M. Trudel:** Quatre minutes. Bon, le Comité d'éthique, là, ça, ça me chicote, parce que je pense qu'on

pourrait peaufiner, là, à l'aide de vos suggestions, notre libellé sur la désignation. Parce que, je vais vous dire, l'esprit du législateur, là, ce n'est pas de créer un comité d'éthique en santé publique qui soit relié au ministre, parce que... Je prends au pied de la lettre votre façon de voir les choses, c'est qu'on doit tout mettre sur la table pour élever le taux de chances, de crédibilité de ce Comité d'éthique. Parce qu'un comité d'éthique, ça existe surtout par son autorité morale, et on doit amenuiser toute espèce de facteur qui n'irait pas dans cette direction. Le protecteur de la santé publique... La protectrice de la santé publique nous disait, hier soir...

**Une voix:** Des citoyens.

**M. Trudel:** Des citoyens. La protectrice des citoyens nous disait: Bon, bravo à la loi. Bravo, très, très bon projet de loi. Mais, là-dessus, elle reprenait un des éléments que vous soulevez sur la nomination des membres. Je vais vous poser une petite question qui est assez simple: Comment on va procéder à la nomination de ces membres-là? Puis, si on veut rejoindre l'objectif de l'espèce d'indépendance réelle et perçue — en pareille matière, c'est important — on va les faire nommer par qui, là? Faites-moi une suggestion.

**M. Dionne (Marc):** Michèle.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, alors, Mme Beaupré Bériau.

**Mme Beaupré Bériau (Michèle):** Oui, c'est bien ça. Disons que, si on se réfère aux expériences du passé, ce qu'on voulait attirer votre attention, c'est effectivement... Je pense que l'indépendance d'un comité d'éthique, c'est une des conditions fondamentales, puis aussi la composition du Comité. Dans le fond, ce qu'on remarque, c'est beaucoup centré sur des personnes qui ont une formation en santé publique. Ce qui fait la richesse des comités d'éthique, c'est justement toute la diversité des opinions et des types de formation des membres qui composent ce Comité d'éthique.

● (10 h 10) ●

Si on regarde comment ça se passe, comme il y en a un comité d'éthique où on faisait référence au niveau de la France par exemple, qui, quand même, existe depuis 1983, c'est souvent des regroupements qui font des propositions et c'est souvent ces noms-là. Et c'est surtout le fait aussi que là on parle de cinq à six personnes au niveau de la composition du Comité, alors qu'en France c'est 40 personnes, 40 membres, et que, par exemple, un autre en Belgique, c'est 35 membres. Souvent, c'est une représentation beaucoup plus grande et ça se fait par des regroupements qui proposent des candidatures.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci, Mme Beaupré Bériau.

**M. Trudel:** Une petite conclusion?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, vous pouvez, je vous laisser... Je vais vous permettre une petite... très courte.

**M. Trudel:** Bon. Alors, merci de ces suggestions. On va regarder ça au détail, en particulier, donc, là aussi sur le Comité d'éthique, là. Bon, on s'était beaucoup appuyé sur l'exemple d'Héma-Québec, le Comité d'hémovigilance, qui était désigné par le ministre. Mais c'est pas parce qu'on l'a fait une fois qu'il faut nécessairement toujours prendre la même direction. Il faudra probablement songer au gouvernement — c'est différent, au gouvernement — ou à d'autres formes qu'on pourrait découvrir, la volonté étant le résultat recherché, c'est-à-dire l'autorité morale pour arriver au... Merci beaucoup de vos suggestions. Merci de votre contribution. On va souhaiter que vous soyez aussi dans le rang des premiers violons à l'orchestre. Merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci, M. le ministre. Je cède maintenant la parole au député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Merci, Mme la Présidente. À mon tour de vous souhaiter la bienvenue. Merci beaucoup d'être là. J'assiste avec plaisir à l'évolution du ministre, qui est probablement influencé par les représentations d'hier. Et la vôtre, encore, sur l'indépendance, notamment, du Comité d'éthique, ouvre une porte, et je pense que c'est intéressant. Il faut le souligner quand il y a une porte qui s'ouvre pour essayer qu'elle reste ouverte. Alors, moi, je salue cette ouverture de la part du ministre.

À la page 3 du mémoire... Je veux pas vous poser une question, mais je veux simplement relire un passage de votre mémoire qui permet... À mon avis, il donne une image de ce que vous voyez dans ce projet de loi. Peut-être pour relativiser un peu les propos du ministre à l'égard de sa loi, sans lire tout le premier paragraphe au complet — j'ai déjà eu l'occasion de le lire — je vais quand même lire la dernière phrase: «Il faut éviter que, pour des dispositions légales, qui ne changeront à peu près rien dans l'action, l'ensemble d'un beau projet puisse être perçu comme une recherche trop importante de pouvoirs.»

Alors, je crois comprendre de ce paragraphe, où vous faites état de ce que contient ce projet de loi, qu'on peut peut-être dire qu'il s'agit d'une nouvelle loi. Je pense qu'on peut en convenir facilement, c'est une nouvelle loi. On peut même convenir qu'il y a des nouveaux pouvoirs dans cette nouvelle loi. On n'aura pas nécessairement une nouvelle santé publique ou une nouvelle pratique, comme tel, qui découlera. Je comprends aussi que le ministre nous a dit tantôt que ce qui était bien important, c'était d'avoir des plans... dans l'action. Il faudrait ajouter ce que d'autres ont dit aussi, c'est... À tel point même qu'ils souhaitaient que ce soit inscrit dans le plan. Il faudrait aussi avoir les ressources pour implanter le plan. Mais ça, je pense que c'est une donnée qui, pour l'instant, va toujours continuer d'être le test de crédibilité de cette nouvelle loi, à savoir: Est-ce qu'on a les moyens qui permettent, autant en ressources humaines que financières... qui permettent de développer une approche plus forte en matière de promotion et de prévention?

Bien, voilà pour les remarques préliminaires que je voulais faire, et je vais revenir sur la question du Comité éthique. On parlera ensuite de la protectrice du

citoyen, qui en a parlé hier, puis des méthodes qui peuvent peut-être être dessinées pour s'assurer de cette indépendance-là, en tout cas partiellement. C'est jamais parfait non plus, mais, si on peut aller plus précis, ça va nous aider, puisque notre travail de consultation se fait. Par la suite, il y a aura des débats en Chambre, il y a une étude article par article où on va regarder des amendements à cette loi-là, et il faudra apporter des amendements pour s'assurer de cette indépendance qui n'apparaît pas, pour l'instant, dans les documents.

Je vais vous poser une première question simplement pour bien établir pourquoi l'indépendance est importante, pour pas que ça ne soit que certains membres affiliés à un parti politique qui le disent, donc qu'on nous dise que c'était pas crédible. Mais vous nous dites, à la page 4, ceci: «Ces conditions ne garantissent — les conditions de nomination, de composition du Comité d'éthique, telles que prévues par le projet de loi — ne garantissent aucunement l'absence de conflit d'intérêts et l'indépendance du Comité et de ses élus face au pouvoir politique qui a l'administration du ministère.»

Voulez-vous m'imaginer les possibilités de conflit d'intérêts que vous voyez, puisque vous avez pris la peine de nous mettre en garde et de nous dire: Assurez-vous que ce soit indépendant pour éviter qu'on soit dans une situation périlleuse? Pouvez-vous nous dire quelle est la menace qui pèse sur nous si d'aventure on ne suivait pas votre recommandation et on laissait le Comité d'éthique constitué comme il est sur le projet de loi?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Dionne.

**M. Dionne (Marc):** Ce qu'on comprend du Comité d'éthique, c'est un comité qui va étudier des questions éthiques, donc qui ne s'opposera pas sur des questions de ressources financières, normalement n'examinera pas les questions scientifiques, qui auront dû être débattues ailleurs. On a l'impression que, dans la préparation du projet de loi, on a hésité un peu à savoir où positionner le Comité d'éthique, est-ce qu'on en faisait un comité qui examinait l'ensemble des éléments éthiques de toute action de santé publique ou est-ce qu'on en faisait un comité éthique qui se positionnait principalement sur l'utilisation des renseignements personnels à des fins de surveillance. Donc, ça, il y a eu, je dirais, un certain flottement. Dans des périodes de consultation, c'était pas clair si on focuserait le Comité davantage sur les éléments de surveillance.

Ce qu'on comprend maintenant c'est qu'on veut avoir un comité d'éthique qui examine largement les questions d'éthique, et on souhaite que justement cet examen-là se fasse de façon assez indépendante des considérations administratives et des considérations scientifiques, donc que ça ne soit pas un palier supplémentaire sur le plan administratif ou un palier supplémentaire sur le plan scientifique, mais qu'on puisse réellement donner des points de vue. Des points de vue, je dirais, probablement un peu extérieurs, même, aux spécialistes de santé publique, des points de vue un peu extérieurs à ceux du ministère, qui aura eu amplement l'occasion d'examiner sur le plan de l'utilisation des ressources.

Mais, pour répondre spécifiquement à votre question, il y a des dossiers très difficiles qu'on a eu, dans le passé, à étudier en matière de surveillance, par exemple, est-ce qu'on doit cibler ou non certains groupes à risque ou certaines populations qui pourraient être plus exposées au virus, et ça a été des discussions très difficiles, et on avait, sur ces questions-là, réellement le besoin d'avoir des points de vue extérieurs, de comprendre la sensibilité de gens en dehors, je dirais, de la bureaucratie ou de la technocratie de la santé publique. Et c'est en ce sens-là qu'on veut s'assurer que le Comité d'éthique va réellement bien jouer son rôle, s'assurer que, dans nos interventions de santé publique, on ne lèse pas des individus ou des groupes et qu'on ne biaise pas les discussions à partir des choix scientifiques ou de choix administratifs qui auraient pu être faits pour d'autres raisons.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** J'ai... Je pense que vous avez raison, de toute façon, puis je pense que le ministre fait ce cheminement-là aussi en constatant combien le Comité peut être un outil pour l'acteur politique, le décideur. C'est pour lui un moyen, surtout si, comme on le disait hier, les intervenants disaient: Il faut que ces avis-là soient publics, c'est-à-dire il faut que les gens sachent qu'est-ce qui se passe. Et ça enlève absolument aucun pouvoir décisionnel au gouvernement, sauf que ça éclaire sa décision et ça rend son imputabilité plus aisée si la population est au courant de ce que fait le... de ce qu'a dit le Comité d'éthique. On a une lumière beaucoup plus grande. Et, moi, à mon avis, ça me semble être un outil important pour le ministre, puis je suis content qu'il ait ce cheminement-là.

La protectrice du citoyen nous proposait hier à peu près ceci, bon, que ce soit public — on en a parlé — que le ministre nomme des membres du Comité après consultation des groupes socioéconomiques. J'imagine qu'on peut penser à un système qui pourrait ressembler à la nomination des juges. Bon, il s'agit d'identifier certains groupes dans le projet de loi qui fourniraient une liste et qu'à partir d'une liste constituée par des groupes indépendants ou intéressés par la santé publique le gouvernement puisse choisir à partir de cette liste-là. Le gouvernement a toujours, dans cette façon de faire, une option parmi des noms qui, eux, ont été identifiés par des organismes, des organisations, des instituts... Et elle propose par la suite que les membres du Comité d'éthique eux-mêmes se choisissent leur président et vice-président.

Est-ce que vous considéreriez que ce serait là un des moyens d'arriver à l'indépendance dont vous parlez, qui nous permettraient, nous, de... lors des processus d'amendement du projet de loi, de prévoir des stipulations comme celle-là pour s'assurer justement d'une indépendance?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Dionne.

● (10 h 20) ●

**M. Dionne (Marc):** Rapidement, oui. Je crois que c'est une belle formule. Je voudrais juste revenir

rapidement — puis je vais passer la parole à Michèle Bériau — sur la capacité du Comité de choisir ses sujets. Donc, on trouvait aussi que l'indépendance face au ministère devrait s'exercer là-dedans, que les membres du Comité puissent identifier les sujets dont ils allaient débattre et...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Beaupré Bériau.

**Mme Beaupré Bériau (Michèle):** C'était justement l'élément que je voulais apporter. Je pense qu'une des belles façons, c'est justement de permettre au Comité de lui-même choisir des sujets et même d'accueillir les demandes d'autres acteurs plutôt que le ministre et les directeurs de santé publique. C'est vraiment un... Puis, si on regarde ce qui se fait dans les deux conseils qu'on a vus, d'examiner de plus près, c'est exactement une opportunité où eux peuvent déterminer de leur propre agenda et recevoir des questions qui viennent de toute autre source.

**M. Fournier:** Je prends bonne note de la réponse à l'égard du processus de nomination pour s'assurer une indépendance. Je suis content que vous ouvriez l'autre porte qui est de savoir quels sont les sujets qui seront traités et surtout cette fenêtre que vous ouvrez — d'ailleurs, dans votre mémoire, c'est clair — sur la participation citoyenne, sur le fait que les gens puissent directement eux-mêmes soulever... Évidemment, comme je le disais hier, il n'y aura pas... Parce que je m'inspirais un peu de votre mémoire, hier, avec la protectrice du citoyen, je lui parlais de vos propositions. D'ailleurs, à cet égard, je l'ai prise un peu de court, elle l'avait pas lu, votre mémoire. Bien, elle a pas eu la possibilité d'y réfléchir, mais je lui demandais: Est-ce que vous trouveriez pas utile que le Comité d'éthique puisse recevoir les demandes ou, au moins, les souhaits et les désirs de citoyens intéressés? Et elle dit: Bien, au début ça va être prématuré, il faut que ce Comité-là prenne sa place, et c'est pas évident dès le départ, peut-être dans une deuxième phase, un autre projet de loi plus tard, ce qui me faisait craindre... Considérant que ça a pris 30 ans pour avoir une phase II à la loi actuelle, je veux dire, s'il faut attendre une deuxième phase, peut-être c'est un peu long.

Mais j'aimerais ça, d'une part, que vous me précisiez comment de façon... Puis je garde en pensée la réponse de la protectrice du citoyen qui... Enfin, c'est du gros bon sens, là, on lance un comité, c'est nouveau, on n'est pas pour commencer à l'inonder de demandes qui finiront plus. Mais, en même temps, quels moyens on peut prendre dès aujourd'hui pour prévoir... Moi, je suis toujours en réflexion, là, d'avoir une commission parlementaire où on va discuter article par article. Je suis en train de voir comment on peut s'assurer qu'après un certain temps... Est-ce que c'est possible de prévoir dans la loi que le Comité d'éthique fait son roulement pendant les deux premières années puis qu'après ça on peut ouvrir la porte à la participation des citoyens? Comment vous réagissez à ça, à un délai qu'on donne? Est-ce que vous considérez que c'est une bonne idée de donner un délai au Comité d'éthique pour d'abord se prendre en main avant d'ouvrir la porte à trop de

monde? Et, deuxièmement, si d'aventure on suit votre proposition d'ouvrir la porte à la participation des citoyens, comment ça doit se faire, là? Donnez-nous une petite piste, là, pour voir comment on pourrait écrire ça dans un projet de loi. C'est-à-tous les citoyens qui cognent à la porte? Je pense qu'il y a une limite aussi, là, là-dedans.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Beaupré Bériau.

**Mme Beaupré Bériau (Michèle):** Oui. Dans le fond, ce qui peut être intéressant, c'est qu'on le trouve très petit, là. Actuellement, tel qu'il est proposé, à six membres, c'est très petit. Ce qu'il serait intéressant d'avoir, c'est peut-être d'avoir justement un exécutif qui tourne autour de huit à 10 personnes qui s'entourent peut-être d'un comité élargi composé d'une quinzaine de membres. Donc, ça laisse de la place pour des citoyens. Et, souvent, comment ça fonctionne, c'est qu'eux peuvent se déterminer des groupes de travail. C'est à peu près partout la même chose, il y a des groupes de travail qui se constituent pour réfléchir à la question. Des gens qui sont intéressés par la question proposent leurs suggestions au Comité d'éthique, et notre comité élargi d'à peu près peut-être une vingtaine de personnes qui... Et là ça se fait en discussion plénière, et de là ressort l'avis du Comité d'éthique. Donc, le fait d'avoir des différents groupes de travail comme ça, ça permet justement d'élargir les réflexions et de permettre au Comité d'avoir un fonctionnement.

Et je peux vous dire aussi que c'est curieux, mais partout ailleurs les gens sont très heureux de participer à ces types de travaux là et à titre bénévole. Là, ici, on prévoit une rémunération. Comme on a dit, on comprend que c'est beaucoup de travail, et tout, on n'est pas contre non plus le fait, mais il faut penser aussi au groupe d'éthique sur la recherche, dont on n'a pas parlé ici, mais qui le font à titre bénévole maintenant et qui sont en lien avec les conseils d'administration d'établissements, par exemple.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, madame. Dr Poirier, vous voulez ajouter quelque chose?

**M. Poirier (Alain):** Bien, je pense que la gestion, l'introduction d'un délai dans l'accueil de demandes, c'est vous qui connaissez le mieux ces processus ou ces façons de faire dans un projet de loi. Ça m'apparaît un peu compliqué de le faire, puis, effectivement, les lois de santé publique revenant aux 30 ans, ça m'apparaît un peu compliqué. Je pense que ça serait un heureux problème si le Comité d'éthique était inondé de demandes et de préoccupations éthiques par rapport à zéro avant. Et, comme n'importe quelle organisation doit faire un exercice de priorité pour dire quels sont les objets sur lesquels ont travaillé... Michèle Beaupré Bériau a proposé une façon de faire en constituant des groupes de travail, mais je pense pas qu'il faut, dans une loi, qui, elle, doit être assez large et prévoir ces 30 prochaines années, se cantonner à qui et comment on introduit des sujets, mais plutôt faire confiance... Si on nomme des gens intéressés et intéressés, faire confiance qu'ils sauront faire des choix

sur l'analyse des sujets plutôt que de prévoir l'introduction éventuelle, un jour, par règlement ou je ne sais pas, de demandes venant de l'extérieur du ministère et des directions de santé publique.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Merci beaucoup, je pense que ça répond à la question. Je sais pas s'il me reste beaucoup de temps, mais...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Il vous reste trois minutes.

**M. Fournier:** Juste assez, peut-être, pour faire l'explication pourquoi je vous la pose. À la page 6, vous parlez des expériences française, anglaise. Je trouve ça, honnêtement, très intéressant, ne serait-ce que les termes qui sont choisis d'institut de veille, les observatoires de santé. Je vois qu'ils ont le mandat de «détecter toute menace pour la santé publique et d'en alerter les pouvoirs publics». Ça, c'est en France. En Angleterre, ils auraient ce pouvoir: «Looking ahead to give early warning of future public health problems.»

Dans le mémoire de l'Association pour la santé publique du Québec, on viendra nous parler... D'ailleurs, c'était prévu dans les projets du ministère qui se retrouvent pas dans le projet de loi, mais de mécanismes d'analyse d'impact des politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être, mais des mécanismes beaucoup plus formels, beaucoup plus institutionnels et d'une évaluation des actions gouvernementales, si on veut, qui sont assez pointues et systématiques.

Je vais essayer de mélanger les deux sujets puis de vous poser la question suivante. Dites-moi que j'ai tort, pour moi, je considère que, lorsque le gouvernement décide de poser... de lancer un programme comme celui des départs massifs à la retraite dans le contexte où ils ont été faits, que cela a causé un problème. J'appelle ça même de la santé publique dans la mesure que ça a pu affecter beaucoup de choses. Ça a affecté aussi le système en général, et donc on ne s'en est pas prémuni, ça... Il y a une prévention qui aurait dû être appliquée, là, pour éviter qu'on se fasse mal plus tard. C'est ce qu'on est en train de subir présentement.

Est-ce que les instituts dont vous parlez, soit de France ou d'Angleterre, lorsqu'ils ont à regarder — là, je prends «looking ahead to give early warning of future public health problems» — ont la capacité de regarder, de faire un suivi? Il s'agit pas de changer la décision gouvernementale. Je comprends bien que ces observatoires ne sont pas le gouvernement, ils sont là pour donner des avis, pour informer, pour qu'il y ait de la transparence. Est-ce qu'ils ont... Est-ce qu'ils auraient, ces organismes-là, ces instituts-là, la capacité de dire à un gouvernement et de faire un avis public disant: Cette décision-là risque de comporter certains problèmes? Une espèce de chien de garde des politiques qui sont prévues.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Dionne.

**M. Dionne (Marc):** Je vais profiter de votre question pour permettre au Dr De Wals d'intervenir, il connaît bien ces organisations internationales.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. De Wals.

**M. De Wals (Philippe):** Je crois que c'est important, dans une société démocratique, qu'il y ait des contre-pouvoirs. Et les contre-pouvoirs, c'est que les mandats de surveillance, dresser le portrait de l'état de santé des populations, d'alerter l'opinion, les pouvoirs publics qu'il y a un problème et le pouvoir de dire: Ce que vous avez fait, c'était bon, c'était pas tout à fait bon, c'était une catastrophe... Donc, que ces mandats de générer de l'information n'appartiennent pas exclusivement aux ministères, aux directions de santé publique mais puissent être, appartenir à tout citoyen, à tout groupe organisé, que ce soit l'industrie, que ce soient les universités. Et je crois qu'ici, en confiant l'exclusivité du mandat de surveillance épidémiologique au ministère, c'est un écueil important, parce que j'ai des exemples vivants où on a été frapper aux portes, on n'a pas été entendus, et finalement ce sont des citoyens, des chercheurs qui ont été soulever un problème, réaliser une enquête qui a montré qu'il y avait un problème majeur de qualité des soins pour les personnes âgées dans les centres d'accueil, d'hébergement, et, grâce à ça, on a pu identifier un problème et éventuellement prendre les mesures correctrices.

Et c'est la même chose pour l'évaluation. Lorsque, en tant que chercheurs, on a évalué les programmes d'immunisation, on l'a fait en toute indépendance et on a pu prendre des initiatives. Donc, je crois que c'est important que, dans la loi, ce soit clairement établi que le pouvoir de générer des alertes, surveillance, connaissance, et d'éventuellement évaluer les politiques gouvernementales, bien sûr, cela doit se faire par le gouvernement, par les directions de santé publique et le ministère, mais pas exclusivement. Il faut que ça puisse se faire partout ailleurs. Donc, ça serait un petit peu le point que je voulais lancer.

Et je voudrais peut-être lancer un dernier petit point, c'est l'histoire des registres de vaccination, parce qu'on a eu une discussion récemment sur les registres de vaccination, et je crois qu'il faudrait peut-être que l'on s'asseye avec des acteurs du terrain pour vérifier que la loi sera bien applicable et qu'on ne sorte pas avec un mammoth qui serait complètement inexploitable au niveau des registres de vaccination. Il y a peut-être un petit message ici à lancer parce qu'on va vacciner 1 800 000 personnes et des enfants à l'automne et on voudrait bien déjà utiliser le cadre législatif et tester les propositions — et je crois que ce serait important comme test — et veiller à ce que tout ça soit applicable. Et on est prêt, nous, à vous aider à discuter de ces points-là.

● (10 h 30) ●

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Dr De Wals. Alors, en terminant, M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Juste pour savoir. J'ai compris de votre réponse qu'il était utile d'avoir des avis extérieurs.

Est-ce que votre Institut a ce pouvoir de poser des diagnostics d'elle-même pour qualifier des décisions gouvernementales et en aviser l'opinion publique? Et, si oui, le fait-elle abondamment et a-t-elle les ressources pour le faire?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr De Wals.

**M. De Wals (Philippe):** Ça fait partie de son mandat, mais il faudrait pas non plus que ce soit exclusivement le mandat de l'Institut. Il faudrait que ce soit partagé par d'autres groupes, et j'imagine que l'industrie pharmaceutique ou des groupes de citoyens, de protection des consommateurs, seraient également intéressés à ce que les mandats d'alerter, d'évaluer puissent être largement répandus partout dans la société.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Alors, le temps qui a été mis à votre disposition est malheureusement écoulé. Oui, M. le ministre.

**M. Trudel:** Juste prendre 30 secondes pour publiquement remercier le Dr De Wals, qui est aussi président du comité des infections... d'immunisation au Québec et qui, avec son groupe d'experts, nous a tellement aidés avec des avis particulièrement éclairés dans le cas de la méningite à méningocoque de type C. Et la grande campagne qu'on va conduire dans quelques jours, bien, elle repose largement sur l'éclairage qui nous a été donné. Et je veux que publiquement cela soit connu et reconnu avec les membres de votre comité, Dr De Wals, qui est au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke, dans votre région, Mme la Présidente. Je veux profiter de l'occasion pour vous remercier publiquement de cet éclairage et de la collaboration. C'est nécessaire pour le ministre. Merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci, M. le ministre. Alors, j'imagine qu'on va pouvoir aussi écouter ses sages conseils pour l'avenir. Messieurs, madame, je vous remercie pour votre participation à cette commission.

J'invite maintenant l'autre groupe, la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, à prendre place et je suspends les travaux pour quelques minutes.

(Suspension de la séance à 10 h 33)

(Reprise à 10 h 37)

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, la commission reprend ses travaux. Nous accueillons maintenant les représentants de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle. Alors, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette commission. Je laisse la parole à M. Vanasse, Claude Vanasse. Si vous voulez bien nous présenter la personne qui vous accompagne, M. Vanasse, et vous avez une vingtaine de minutes pour la présentation de votre mémoire.

**Fédération québécoise des centres  
de réadaptation en déficience intellectuelle  
(Fédération québécoise des CRDI)**

**M. Vanasse (Claude):** Bien. Alors, Mme Mireille Tremblay, qui est directrice générale de la Fédération québécoise des centres de réadaptation. Comme vous savez... Mme la Présidente, je vous salue d'emblée, je vous souhaite une bonne journée puis une bonne réflexion autour de ce projet de loi. Je salue aussi le ministre et les membres de la députatation qui ont accepté de nous recevoir aujourd'hui dans le cadre de la commission parlementaire sur le projet de loi sur la santé publique.

Mme la Présidente, vous le savez, la Fédération québécoise des centres de réadaptation, c'est une fédération qui regroupe 23 établissements de santé publique spécialisés dont la mission est, en déficience intellectuelle, de dispenser des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle. Un projet de loi tel que proposé par notre ministre de la Santé, un projet de loi sur la santé publique interpelle toujours un regroupement comme le nôtre qui est un regroupement essentiellement basé sur le social.

Alors, je ne vous ferai pas la lecture complète de notre document. Je pense que chacun d'entre vous est en mesure de faire toute la lecture nécessaire. Mais je vous dirais, M. le ministre, d'entrée de jeu, que le premier objet qui nous a intéressés le plus, c'est l'article 1 de votre loi qui dit: «...la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population en général.» C'est votre article 1.

Mais, un coup qu'on a lu l'article 1, malheureusement, le projet de loi évacue à peu près totalement toute la vision d'intervention sociale. Alors, ce qu'on retrouve naturellement, c'est un projet de loi qui est essentiellement médical et épidémiologique, donc... et aussi une vision qui relègue au second plan l'intervention liée aux déterminants de la santé et du bien-être. Il relègue la notion de bien-être elle-même dans le fond.

● (10 h 40) ●

On sait qu'en 1992, M. le ministre, la politique de la santé et du bien-être édictait clairement que la santé et le bien-être représentent en quelque sorte deux façons... deux faces d'une même réalité. Alors, la santé et le bien-être, on dit que ça représente les deux faces d'une même réalité. Il nous apparaît essentiel, M. le ministre, que votre projet de loi, même s'il est essentiellement santé, doit contenir un volet bien-être, doit contenir... doit être une préoccupation de la part du ministre de la Santé et des Services sociaux, doit soulever et doit soutenir cette préoccupation de bien-être.

Je vous réitère la page 4 de notre rapport où on vous dit que la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux réaffirmait ce lien entre la santé et les conditions de vie en affirmant ce qui suit: «Nous savons aujourd'hui qu'il est possible, voire nécessaire, d'agir collectivement sur les grands déterminants de la santé, notamment sur les habitudes de vie, l'éducation, l'emploi, le revenu et l'environnement.» La Commission ajoute aussi: «Des gains substantiels en matière de santé

et de bien-être pourraient être obtenus par des actions soutenues et cohérentes sur les déterminants de la santé.»

Essentiellement, M. le ministre, on vous fait des recommandations qui sont naturellement contenues dans notre rapport, qui sont supportées par différentes observations que nous faisons, et une des premières, naturellement, ça serait que la loi soit la loi sur la santé et le bien-être public et qu'on retrouve, partout dans votre projet de loi, cette préoccupation reliée au bien-être de la population, des citoyens, Québécois et Québécoises. Et on pense que le ministre qui doit être responsable, Mme la Présidente, de ce volet bien-être, c'est seul le ministre de la Santé et des Services sociaux qui a cette responsabilité-là envers la collectivité québécoise.

Alors, en gros, je vous l'ai dit, je ne reprendrai pas mon rapport, ça termine en bonne partie l'exposé que j'ai à faire relativement au projet de loi sur la santé publique tel que proposé.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, M. Vanasse, pour la présentation de votre mémoire. Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose, Mme Tremblay?

**Mme Tremblay (Mireille):** Non, ça va.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Non.

**Mme Tremblay (Mireille):** Bien, il y a toute la question d'introduire aussi, au niveau de toute la surveillance épidémiologique, les clientèles les plus vulnérables, et il y a toute la problématique des questions sociales, mais qui découlent de ces premières recommandations-là. Alors, tant au niveau des enquêtes et des travaux de surveillance et puis de la santé et aussi dans le cadre de tous les plans qui seront faits, c'est-à-dire le plan national, le plan régional et le plan local, on souhaite que des intervenants des secteurs sociaux soient associés à cette planification-là.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Tremblay. Alors, je cède la parole au ministre.

**M. Trudel:** Merci, Mme la Présidente. Rebienvenue, M. Vanasse et... Dr Tremblay? Dr Tremblay? Vous êtes pas médecin, mais vous êtes docteur.

**Mme Tremblay (Mireille):** Docteur social.

**M. Trudel:** Bon, alors, en social. Alors, ça nous fait plaisir de vous accueillir et d'avoir à nouveau votre éclairage, avec une petite lumière jaune aussi que vous faites tinter à l'égard de cette question de l'inclusion du social dans la santé. Ça, c'est pas vos mots, c'est les miens, là, parce qu'il faut pas que je vous mette quelque chose dans la bouche, là.

Je dois vous dire que la formulation, l'emploi des mots pour saisir la réalité en matière de santé publique, on s'est largement appuyé sur la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, de l'OMS, en particulier de la mise à jour de la définition à Jakarta, en Indonésie — je pense que c'est 1990 ou

1992, là, aux alentours — qui donne une définition assez claire que la santé est plus les deux faces d'une même réalité — là, pour employer vos mots — et je comprends que la... je comprends très bien cependant le message de... Si, nous, on s'appuie sur une déclaration très largement partagée au niveau du monde occidental industrialisé et au niveau mondial de la définition de la santé, la langue commune ne reflète pas tout à fait cela encore dans le langage courant ou dans le langage des intervenants.

Et je veux d'abord, donc, vous souligner l'inclusion dans notre définition de la partie sociale de la santé publique quand on parle du mot «santé», et je pense simplement qu'on aura à faire des progrès encore dans la langue commune pour que la santé soit incluse toujours et reflète — parce que je pense que c'est ça, votre préoccupation — la partie du développement social ou de — ouvrez les guillemets — «l'épidémiologie sociale» qui existe aussi en termes de réalité.

Ceci étant dit, je vous vois opiner du bonnet lorsque je dis: Mais c'est dans le reflet que nous en ferons au niveau de la trilogie ou des trois piliers — loi, programme, plan d'action — que va se retrouver l'incarnation de la volonté dans le programme. Est-ce que nous devrions, à votre avis, dans le programme et dans ses manifestations régionales et locales, inclure spécifiquement un volet lié à ce que d'aucuns ont appelé hier le «développement social» et que vous énoncez sous l'angle de la partie sociale de la santé? Est-ce qu'on devrait explicitement inclure un volet, un pan au niveau du social dans le programme de santé publique?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Vanasse.

**M. Vanasse (Claude):** Si je voulais être méchant, M. le ministre...

**M. Trudel:** Vous ne l'êtes pas.

**M. Vanasse (Claude):** Non, mais je vais vous passer un commentaire personnel. À la lecture du document, si j'avais voulu être méchant... Si j'avais été médecin, j'aurais été heureux, je me sentirais conforté par un document tel qu'il est là. Ma lecture personnelle, moi, de citoyen du Québec qui n'est pas dans le réseau de la santé, c'est que je me suis dit: C'est un document essentiellement pour les médecins, pour soigner, pour guérir, pour la collectivité lorsqu'elle est malade. Naturellement, la notion de santé elle-même est une notion très préoccupante pour les citoyens québécois, les citoyens et citoyennes du Québec. On est tout à fait d'accord avec vous, M. le ministre, lorsque vous avez cette préoccupation-là. Dire le contraire, ça serait accepter de se faire couper la tête sur la rue en sortant d'ici. C'est une préoccupation première d'abord des citoyens et des citoyennes, mais aussi des journaux et des journalistes. O.K. Il faut pas les oublier, ceux-là, parce qu'ils servent à alimenter les citoyens et les citoyennes. O.K. En ce sens-là, M. le ministre, je pense que votre projet de loi, O.K., tel qu'il est formulé, a son sens.

Moi, je pense qu'il serait fondamental que vous n'ignoriez pas le volet santé. Même si on dit, là, que

c'est deux facettes réunies sous le même mot, O.K., je pense que le social a sa place partout, écoutez, et particulièrement les personnes qui sont vulnérables à travers le social. Il y a des personnes qui sont plus vulnérables que d'autres. Nous, en tant que Fédération, les gens que l'on dessert dans nos établissements sont des personnes vulnérables, ce sont des personnes qui souffrent de déficience intellectuelle. On pense qu'il faudrait nécessairement que vous accordiez cette attention-là dans votre projet de loi et que, à travers toute la structure, tant nationale, régionale que locale, il y ait un ascendant, une place pour le social et non pas que le projet de loi tel qu'il est libellé donne l'impression que c'est juste au cas où il y aurait une épidémie, c'est juste au cas où il y aurait un dérapage au niveau de la santé, point à la ligne. C'est juste l'effet que ça a laissé.

Je vous dis pas que votre plan d'action pourrait pas refléter ça. Vous l'avez bien dit, M. le ministre, votre plan d'action pourrait refléter qu'il y a un volet social qui pourrait être couvert à travers ça et que ça se concrétiserait au niveau des régions, au niveau du gouvernement. Je vous dis pas ça, sauf que ça, ça transpire pas dans le document qu'on a. Alors, c'est simplement ça, M. le ministre.

Je sais pas si Mireille a quelque chose à ajouter, là.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Tremblay, vous voulez ajouter un commentaire?

● (10 h 50) ●

**Mme Tremblay (Mireille):** Et c'est une particularité, parce qu'on réfère à l'Organisation mondiale de la santé, à la définition de l'Organisation mondiale. Par ailleurs, l'Organisation mondiale est spécifiquement une organisation surtout médicale. Si vous allez chercher dans leurs travaux, vous trouverez très peu de choses... bon, des choses sur les déterminants, c'est sûr, mais très peu de choses sur les personnes handicapées ou ces aspects-là de la santé. On est un des rares systèmes au monde qui combinent le social et la santé, et c'est ce qui fait que c'est si difficile parfois à arrimer.

Dans le cadre de la commission Clair, on avait signalé que le volet social avait été moins présent. On s'était dit qu'on reprendrait la réflexion à un autre moment donné, mais on a toujours l'impression que c'est un petit peu difficile d'intégrer le volet social qui non seulement a des impacts sur l'état de santé, mais il fait partie de la santé. On n'a pas seulement une santé physique, pour laquelle les déterminants sociaux ont un effet, mais on a aussi une santé psychologique, mentale, sociale. Donc, on a de la difficulté dans le ministère, dans l'ensemble du réseau de la santé, à intégrer ces dimensions-là parce que... parce que c'est rare, parce que c'est pas ce qu'il y a ailleurs dans le monde.

Je suis allée récemment en Ontario. Par rapport à la déficience intellectuelle, ils ont un ministère des Affaires sociales et des organismes communautaires. Il y a des gens dans... une personne en particulier, dans les centres en déficience intellectuelle, qui dit: Ah! On n'est pas dans le bon ministère parce que ce volet-là est toujours difficile à intégrer. À une certaine époque, c'était plus près du ministère de l'Éducation. Donc, ça veut pas dire que c'est simple, mais on sait que

l'intégration du social et de la santé, c'est un défi qu'on a à relever.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Tremblay. M. le ministre.

**M. Trudel:** C'est un... Pour faire une observation, c'est un travail permanent. C'est un travail permanent qui fait en sorte qu'on classe les choses dans une tradition nord-américaine. En sciences, les scientifiques des sciences pures et des sciences molles, hein, il y a toujours une bataille entre les secteurs mous... pas les secteurs mous, mais les sciences molles et les sciences dures, il y a toujours une opposition ou une incompréhension à la limite entre les sciences humaines et les sciences exactes — ça, c'est le langage courant — les sciences humaines et les sciences exactes, plus physiques, entre les empiristes et les humanistes, l'école du positivisme avec, par exemple, en psychologie, les behavioristes, mais cela doit toujours retenir notre attention de la deuxième dimension de la santé.

Vous allez... Je vais vous retourner la balle, là, parce que vous allez avoir des responsabilités, vous autres mêmes, à l'égard de l'inclusion dans le programme de santé publique parce que, au niveau de l'établissement des plans locaux et régionaux, sur la base d'orientations nationales, vous allez avoir à vous inclure dans le processus et d'être là sur des dimensions de santé — je reprends votre mot, Dr Tremblay — la santé psychologique, la santé morale, dans le plan de santé publique. Est-ce que vous croyez que les ressources humaines, dans le réseau de la déficience intellectuelle en particulier, je dirais, que ces ressources sont prêtes au concours, à concourir à l'établissement, au plan local et régional, du plan en santé publique?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Tremblay.

**Mme Tremblay (Mireille):** Ce qui va être important aussi, c'est les ponts à construire. Il y a récemment un avis qui est sorti sur le syndrome du X fragile, et c'est l'avis du Conseil sur l'évaluation des technologies médicales, et c'est possible maintenant de diagnostiquer de façon très précise, par exemple, l'apparition chez un fœtus du syndrome du X fragile. Alors, dans l'univers médical, il y a des choses qui se font en matière de prévention de la déficience intellectuelle. Les interventions peuvent être diversifiées: conseil matrimonial, conseil à la fertilité. Sauf que, quand je regarde les deux univers, quand je regarde le rapport qui a été fait sur cette question-là, c'est comme deux planètes. Alors, non seulement on a des ressources qui sont intéressées à travailler dans ce secteur-là, mais on a des ponts à faire avec le réseau médical, avec le réseau universitaire médical, avec le secteur de la santé publique. Alors, c'est plus qu'une contribution, c'est des ponts à établir, effectivement, entre les sciences plus dures aussi et les sciences sociales.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. M. le ministre.

**M. Trudel:** Alors, vous vous inscrivez dans le concours nécessaire pour en arriver à l'établir. Je vous prie d'intervenir aussi auprès des 23 de votre réseau pour qu'ils soient présents lorsque nous aurons à élaborer, préparer, adopter ces plans. Il y aura une responsabilité que vous devrez assumer parce que... On voudrait l'imposer d'en haut — ce qui n'est pas la volonté du législateur — qu'on ne le pourrait pas, dans la réalité, si cela participe pas d'abord d'une volonté à la base de travailler sur cet élément.

En disant aussi que, bon, on va réfléchir sur cette proposition d'ajout à la définition de menace à la santé, je vais vous indiquer cependant qu'on a fait un bon bout de chemin là-dedans. Il est vrai qu'on a de la difficulté avec les mots parce que, si on l'inclut de façon manifeste pour donner un signe, il faut que cela corresponde à des pouvoirs, les pouvoirs en termes de mieux-être. Comment définir les pouvoirs et d'intervention et d'action d'une direction de santé publique? Par exemple, au niveau régional, on va donner beaucoup de pouvoir au directeur de santé publique. On a un peu de difficulté à saisir quel est le pouvoir et comment le décrire, ce pouvoir, au niveau du... vous employez le mot «bien-être», on dit souvent «mieux-être» ou l'amélioration de tout ce qui constitue le développement social.

Avez-vous déjà réfléchi à cette question? Je vous demande pas, là, une définition bien précise, puis le nec plus ultra, mais vos réflexions sur ce couple qui devrait exister en termes de menace à la santé eu égard au mieux-être et des pouvoirs en termes de santé publique. Ça voudrait dire quoi, ça, en pratique?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Tremblay.

**Mme Tremblay (Mireille):** Il me vient un exemple, c'est la question du désastre dans le Saguenay. On a décrété que c'était une menace à l'état de santé mentale et à la sécurité de la population. Et il y a des équipes, entre autres, de psychologues et d'intervenants qui ont été mises sur pied pour rassurer la population, intervenir auprès des gens traumatisés. Alors, c'est tout simplement un exemple qui est aussi grave et qui est aussi dangereux pour la santé d'une population, qui va conduire au chaos, au déséquilibre, au burnout, à toutes sortes de traumatismes sociaux, et sur lequel un directeur de santé publique pourrait avoir le pouvoir d'intervention.

Maintenant, il faut que le directeur de la santé publique ait une vision pas seulement médicale, alors ça prend des gens qui sont aptes à intervenir socialement aussi pour détenir les pouvoirs sur cette question-là et savoir comment intervenir. Alors, c'est un exemple qui me vient parce qu'on l'a vécu, là, il y a quelques années.

**M. Vanasse (Claude):** En 1996, on était là, le déluge. là. Il y a eu une intervention...

**Mme Tremblay (Mireille):** Le verglas.

**M. Vanasse (Claude):** Il y a eu le verglas, aussi, à Montréal, mais le déluge a eu encore plus d'impact. Il y a eu une intervention beaucoup plus grande au

niveau du social qu'au niveau de la santé. Donc, l'intervention sociale a fait que le directeur de la santé publique a dû dépêcher des psychologues, des gens pour supporter la population, supporter les individus qui ont été touchés particulièrement par ça. Puis là on en cite un, c'est un exemple, mais il pourrait se produire autre chose.

On a connu dernièrement des catastrophes, au niveau des États-Unis, il y a à peine une semaine de ça. C'est un autre exemple d'éléments qui, socialement, risquent d'avoir des impacts beaucoup plus qu'au niveau de la santé. Alors, on vous les soumet, M. le ministre, en réflexion. Je pense qu'il y a des choses qui peuvent être faites. Écoutez, c'est une intervention auprès d'autres ministères. On peut comprendre que Santé et Services sociaux pourrait être obligé de mettre à contribution d'autres ministères. Mais ça, c'est une position et une volonté gouvernementale de dire que le responsable pourrait avoir le pouvoir de coordonner avec d'autres ministères des actions sociales ou des actions particulières pointées que je ne suis pas en mesure d'énumérer pour l'instant.

Je pense que c'est... Écoutez, le gouvernement a les pouvoirs... a ces pouvoirs-là. Vous avez aussi un pouvoir de recommandation auprès de vos collègues gouvernementaux en regard de ces orientations-là. L'opposition aussi a un pouvoir auprès du gouvernement pour influencer ce type d'intervention là. Moi, je pense que c'est des choses qui sont faisables. On n'a pas vraiment médité là-dessus, mais advenant le cas où le ministre voudrait qu'on y médite, on pourra s'y pencher.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, M. Vanasse. M. le ministre.

• (11 heures) •

**M. Trudel:** C'est une question un peu persistante que d'assurer la continuité des deux faces et de les retrouver continuellement. Vous citiez l'exemple de l'Ontario qui n'a pas réussi cela. C'est un des acquis importants du système de santé au Québec de toujours avoir été dans la... dans le double santé et services sociaux. Ça, c'en est un autre, aspect d'une réussite québécoise particulière avec les CLSC, avec l'assurance médicaments, avec la façon d'intégrer les deux dimensions, avec Info-Santé. Et, en particulier en matière de santé publique dans tout programme, il faudra réfléchir sur le volet Info-Santé sociale aussi, Info-Santé sociale. Ça fait partie de la santé parce qu'on peut pas ne prendre que les mots de l'OMS, de l'Organisation mondiale de la santé. Il faut que cela se prolonge dans les instruments.

Une dernière question quant à moi: Vous n'avez pas fait allusion, mais juste quand même connaître votre opinion sur... On va aussi former un comité d'éthique en termes d'intervention parce que vous soulevez justement des questions qui... qui se rapprochent de ce monde de l'éthique en termes d'interventions et de types d'interventions. On a eu pas mal de remarques tout au cours de la... tout au cours de la commission sur sa composition, son rattachement, sa façon d'être dans la... dans l'ensemble du corpus santé publique, au Québec.

Je sais pas si vous avez regardé cela un peu, et est-ce que vous avez des remarques également sur la... le type de monde que l'on retrouverait dans ce comité

d'éthique au niveau de la santé publique, rejoignant toujours cette préoccupation de la liaison de la réalité à deux faces?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Tremblay.

**Mme Tremblay (Mireille):** On a moins étudié cette...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, allez.

**Mme Tremblay (Mireille):** On a moins étudié cette question-là. Mais j'écoutais les débats antérieurement, avant notre présentation, et c'est sûr que ce comité-là doit voir... doit être indépendant, composé d'un certain nombre... On parlait, je crois, de six personnes. Six personnes, c'est effectivement très peu. Donc, il faudrait avoir une structure qui permette de représenter plus largement ou de réfléchir plus largement aux différents enjeux de la santé. Et, évidemment, les enjeux sociaux doivent être intégrés à cette préoccupation.

À un moment donné, on a parlé beaucoup, beaucoup de bioéthique, on parle beaucoup d'éthique au niveau des démarches scientifiques, mais on discutait à un moment donné de la possibilité de réfléchir, par exemple, sur l'acte socioéthique. C'est un aspect dont on tient carrément compte. On prenait l'exemple plus particulièrement et malheureusement dans le secteur de la déficience intellectuelle où les cas deviennent tellement exigeants pour les familles que, pour toutes sortes de raisons, on en arrive extrêmement malheureusement à un meurtre.

Ça s'est vu au Québec à quelques reprises, ça s'est vu ailleurs, et la question qu'on doit se poser à ce moment-là, c'est: Quelles sont nos responsabilités d'État dans l'intervention et la prévention de tels actes? Parce qu'on est responsable collectivement des personnes qui sont en difficulté. Donc, c'est juste un exemple de débat socioéthique qui doit déterminer quelles sont les responsabilités des uns et des autres pour protéger des personnes particulièrement vulnérables, que ce soit de la violence, que ce soit de l'abus financier, que ce soient de mauvais traitements. Donc, la dimension au niveau du contenu socioéthique est importante.

J'écoutais aussi le débat sur la question de la participation des citoyens qu'on suggérait que les citoyens peuvent s'adresser à cette instance-là pour apporter leurs réflexions le cas échéant, et évidemment, ça paraît intéressant.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Tremblay. Alors, c'est...

**M. Trudel:** Merci de votre contribution. Merci beaucoup de votre contribution. Lorsqu'on arrivera au moment d'une instance — parce qu'on va examiner ça particulièrement — d'une instance pour désigner les membres du comité d'éthique, je pense qu'on pourrait aussi, dans le secteur social, retrouver un certain nombre de docteurs qui ont des compétences. Bonne fin de journée!

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci. M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Merci, Mme la Présidente. Bienvenue à nouveau. On se voit régulièrement, toujours avec plaisir. Je vous remercie particulièrement des... de l'ouverture que vous faites sur la socioéthique. Je trouve ça particulièrement intéressant, ça nous interpelle.

Et, effectivement, c'est pas une donnée avec laquelle on a l'habitude — en tout cas, quant à moi — de travailler, et je pense que votre participation à nos travaux... D'ailleurs, j'ai compris que le ministre avait été influencé par à peu près tous les points que vous avez soulevés. Alors, je ne peux que vous remercier d'avoir été ici. Vous avez fait avancer la science ministérielle.

Je voudrais... En fait, j'ai un seul axe de questions. J'entendais le ministre qui disait tantôt que les trois piliers, c'étaient la loi, le programme et le plan d'action. Et, quant à moi, j'aurais le goût d'ajouter un quatrième pilier à l'édifice, ne serait-ce que pour être sûr qu'il est encore plus solide, et s'il faut une loi, un programme et un plan d'action, je pense qu'il faut aussi des ressources. Et le passé nous a appris que le ministre de la Santé à lui seul ne doit pas, à mon avis, ne doit pas être vu comme le seul responsable de la santé et du social, au Québec. Parlons chez nous, au gouvernement. Et le problème, en fait, moi, la façon que je le vois, je me dis: Il devrait plutôt être une espèce de capitaine d'équipe santé sociale, il devrait être capable de mobiliser tous les autres ministères à ces fins-là parce que tous ont... puis je pense que vous le faites bien, vous êtes pas les seuls qui avez vu — je ne sais pas si vous avez vu les autres mémoires qui ont été déposés — vous êtes pas les seuls qui avez vu — soyons gentils — de la timidité du côté social, qu'il y avait un axe beaucoup plus médical, et puis vous nous parlez des déterminants, puis je pense qu'il faut s'en souvenir. Mais, quand on les regarde, on s'aperçoit, là... on est forcé d'admettre que c'est pas juste le ministre de la Santé et des Services sociaux qui est responsable de l'ensemble de l'action gouvernementale à l'égard des déterminants de la santé.

Je reviens souvent avec cet exemple-là. Mais, moi, je trouve que le Trésor prend pas mal de place dans la santé, personnellement. Puis il me semble que le Conseil du trésor devrait voir qu'il n'est pas juste responsable de s'assurer de comment les sorties de fonds se font; il doit avoir une préoccupation en santé. Et lorsque le Trésor fait une tutelle du ministère de la Santé, notamment lorsqu'il y a eu la question des départs massifs à la retraite — je prends cet exemple-là, je pourrais en prendre bien d'autres — bien, ça cause un problème. Et si on veut donner des outils au ministre de la Santé pour qu'il puisse jouer un rôle de capitaine d'équipe, et à ce moment-là, avoir des préoccupations qui vont sortir du médical, il va être capable d'aller chercher beaucoup plus large.

Il y a des propositions qui sont faites par d'autres groupes. Elles sont pas, à mon avis, parfaites dans la mesure où elles jouent a posteriori. Puis je vais vous mentionner ce que deux groupes disent notamment, et c'est l'axe de ma question. J'aimerais ça savoir ce que vous pensez de ces propositions-là qui, à mon avis, vont permettre de donner une préoccupation

santé sociale à tous les membres du gouvernement et à tous les ministères. Mais pour y arriver... Puis, à mon avis, c'est pas parfait parce que c'est a posteriori.

Mais je vous cite un bout du mémoire de la CSQ qui dit ceci: «Le document de consultations préliminaires en vue de l'élaboration du projet de loi actuel introduisait l'idée que celui-ci contienne des clauses reliées à une analyse des conséquences des politiques, des plans et des programmes adoptés dans les ministères et les municipalités sur la santé et le bien-être de la population. Cette avenue n'a pas été retenue dans le présent projet de loi. À notre avis, elle mériterait de l'être, et devrait donc être réintroduite.»

Par ailleurs, l'Association pour la santé publique du Québec, et là, je vous lirai pas le long passage qui amène l'ajout qu'ils veulent faire, mais disons un ajout. Ils ont écrit un amendement, qu'ils veulent voir à l'intérieur du projet de loi, et qui dirait à peu près ceci, à l'article 51: «À cette fin, il doit voir — le ministre — à mettre sur pied un mécanisme formel d'analyse systématique de l'impact sur la santé et le bien-être des grandes politiques gouvernementales en voie d'élaboration, et tous les ministères doivent y collaborer.»

Evidemment, moi, je trouve ça particulièrement intéressant. Ce que je trouve, en vous écoutant, c'est que j'ai l'impression que ce mécanisme-là ne peut jouer un rôle qu'une fois que la politique est lancée, qu'une proposition qui est faite, et là, dit: Bien, attention! Quelles sont les conséquences qu'on va vivre autant à l'égard du bien-être, du mieux-être de la santé? Et ça serait le fun qu'on puisse aller même en avant des coups, et qu'il y ait une possibilité de mettre sur la table différentes hypothèses.

Il va toujours rester au gouvernement... puis j'en suis, de ceux qui disent que l'argent est pas infini non plus, puis les ressources humaines non plus, on le sait. Alors, pas tout faire, mais quand il y a une panoplie qui est offerte devant nous puis qu'elle est publique, bien, il y a pas mal... il y a un intérêt, me semble-t-il, pour qu'on ouvre à plus large que ça. J'aimerais ça connaître vos commentaires à l'égard de ces mécanismes, là.

● (11 h 10) ●

Les deux groupes que je vous ai cités, dans le fond, ce qu'ils disent, c'est qu'on s'assure, par une mécanique, que chacun des intervenants assis autour de la table du Conseil des ministres se souvienne que son action a un impact sur la santé et le bien-être de la population. J'aimerais ça connaître votre position là-dessus.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Vanasse.

**M. Vanasse (Claude):** C'est pour ça que ma prétention... je l'ai dit d'emblée, le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable. Quand on dit: «le responsable», c'est lui, le responsable de la santé publique et du bien-être public. Donc, c'est par son action à lui, coordonnée avec les autres ministères... vous en avez cité quelques-uns, et vous avez parlé des municipalités, vous avez parlé...

Écoutez, ça se passe tout au niveau du Conseil des ministres, au niveau d'une volonté et d'une orientation gouvernementales, ce que vous avez dit. Ça se

passé au niveau de l'Assemblée nationale, ce que vous avez dit. Moi, je pense que, écoutez, l'éducation est interpellée dans ça, l'emploi est interpellé dans ça. Quand les gens reçoivent l'éducation nécessaire, reçoivent tout... et qu'on a une éducation, pas nécessairement et uniquement axée sur la santé et les services sociaux, mais tout au moins une préoccupation santé et services sociaux à travers l'éducation, lorsqu'on a une préoccupation et une obligation de créer de l'emploi, de permettre à l'emploi... à la collectivité québécoise de travailler sur des chantiers, à travailler sur des projets, O.K., on occupe.

Lorsqu'on occupe les gens, les gens sont moins malades; c'est prouvé. C'est pas moi qui l'ai dit, ça. Il y a plein de grands penseurs qui l'ont dit, qui l'ont développé. Je comprends que le gouvernement est pas responsable de tout ça, mais je pense qu'il doit avoir une préoccupation. Et ça, c'est vraiment la tâche du ministre de la Santé, c'est vraiment sa responsabilité. La santé publique, la santé sociale publique, c'est sa responsabilité. Et, moi, je vous dis d'emblée, là, et j'abonde dans le sens des mémoires — puis je pense que le ministre peut pas être contre la vertu non plus — écoutez, c'est fondamental, cette préoccupation-là, en disant: Écoutez, moi, je propose un projet de loi sur la santé publique, et j'espère, sur le bien-être public, et je le propose, O.K.? Mais, en le proposant, d'emblée je dis: Je ne suis pas le seul porteur de ce dossier, d'autres doivent s'y intéresser aussi.

Et ce «d'autres» là, ce sont les autres ministères qui risquent d'être interpellés et ce sont aussi l'opposition, qui doit le rappeler au gouvernement, qui doit rappeler au législateur, au gouvernement, que: Aïe! écoutez, les actions qu'on va poser, là, elles ont aussi des répercussions au niveau de l'éducation, de l'emploi, de l'environnement, des municipalités. On a un ministère de la Métropole et des municipalités. C'est sa responsabilité, le ministère aussi, d'aller secouer les puces de ceux d'en bas si c'est une nécessité, si ça a des impacts sur la santé et le bien-être publics. Dans mon sens à moi, je vous le dis, le ministre, c'est sa responsabilité, notre bien-être et notre santé, entre guillemets. C'est la responsabilité du gouvernement, mais on en a désigné un dans la gang, là, et c'est le ministre de la Santé.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, M. Vanasse. M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Oui, je veux terminer sur cette note, simplement en vous disant que, quand on est ici réunis à l'Assemblée nationale ou en commission, bien sûr, on est face à face, parfois on reflète vraiment le sens d'une opposition par rapport à un gouvernement. Mais j'aime toujours penser qu'on est aussi tous autour d'une même table et non pas face à face, et qu'on a un rôle de législateur, et que — et puis c'est souvent le sens de mes questions — et que, lorsque vous dites que le ministre de la Santé est responsable, j'en suis, mais j'aimerais ça l'aider, l'aider dans l'opposition. Je voudrais pas pouvoir l'aider pour vrai, là, mais dites pas ça...

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Fournier:** ...dites pas ça, parce que...

**M. Trudel:** ...j'écoutais pas.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Fournier:** ...parce que je suis autour d'une même table. Ça nous arrive parfois, autour de la même table, d'être face à face. C'est correct, ça fait partie de notre rôle d'opposition. Oui, on n'est pas juste l'opposition, on est législateur, et...

**M. Trudel:** On n'a pas eu le virus du Nil. C'est parce qu'on est autour de la même table.

**M. Fournier:** Oui, malheureusement, peu de monde l'ont su comment, autour de cette table, des moments magiques nous ont réunis.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** C'est ça. Oui, grâce... grâce à votre présidente.

**M. Fournier:** Mais, de fait, il arrive de ces moments. Mais...

**M. Trudel:** ...une Société d'admiration mutuelle.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Fournier:** Ha, ha, ha! Mais on l'oublie assez souvent qu'on est dans une société. Ha, ha, ha!

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Je vais vous rappeler à l'ordre si vous poursuivez.

**M. Fournier:** Mais, ceci étant, l'objectif comme législateur, surtout quand on parle d'un projet de loi comme celui-là, et puis qu'on débat sur le rôle qu'ont tous les ministères, tous les acteurs à l'Exécutif, puis qu'on dit: Bien, c'est le ministre de la Santé qui est le capitaine — puis ça, je pense qu'on partage le même point de vue — puis qui est responsable, moi, comme législateur, je veux lui donner des outils. Je veux qu'il puisse avoir les moyens de faire valoir auprès des autres que c'est lui, le capitaine.

C'est pas juste en disant: Bien, si on continue comme avant, c'est en disant: C'est moi qui est responsable de la santé, puis là, le Trésor dit: Oui, c'est correct, mais tasse-toi parce que c'est moi qui décide en ce moment. Puis là, bien, là, il se tasse, puis, pour les trois prochaines années, la santé vit avec les problèmes.

Me semble-t-il que des propositions comme celles qui sont faites permettent d'outiller le ministre à être le responsable que vous dites qu'il est. Moi, je suis avec vous; il est responsable, mais je veux l'aider dans ce sens-là. Je veux qu'il puisse, au Conseil des ministres, être imposant dans sa responsabilité. Je veux que la préoccupation gouvernementale, à tous égards, que ce soit le ministre des Affaires municipales, de la Solidarité, nommez-les, ils sont tous visés directement. Mais, probablement, la machine, c'est gros; les clientèles, il oublie. Alors, ça prend une mécanique en quelque part, qui ramène tout le monde, puis qui dit:

Oh, faites attention! Là, si je fais ça, il y a des conséquences.

On se plaint trop souvent que le bras droit sait pas ce que le bras gauche fait. Alors, à un moment donné, quand t'as une priorité comme celle qu'on a sur ce projet de loi qui est comme une vision de société majeure, si on veut vraiment mettre les ressources pour y arriver, bien, il faudrait des mécaniques. Je fais juste vous remercier de votre présence, qui nous a permis de faire ce court laïus sur la santé de notre démocratie et notre système parlementaire, mais aussi qui permet d'outiller le ministre, et j'espère qu'il va concourir dans un autre moment magique, et qu'on va permettre de l'aider avec un mécanisme comme celui-là. Merci beaucoup.

**Une voix:** Merci beaucoup.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Alors, Mme Tremblay, est-ce que vous voulez ajouter quelque chose?

**Mme Tremblay (Mireille):** S'il vous plaît. Toute la question du partenariat, c'est quelque chose, depuis cinq ou 10 ans, qu'on travaille de façon très intense à la Fédération et avec les centres de réadaptation en déficience intellectuelle. C'est un secteur où non seulement on a besoin d'évaluer l'impact des politiques sur la santé de la population, mais on a besoin aussi d'être en amont sur l'élaboration des politiques.

Si je prends la politique d'éducation, il y a des politiques d'intégration des personnes handicapées en classe régulière ou en école spéciale. Donc, il y a toute une stratégie par rapport à ça. On peut pas demander au réseau de la santé d'avoir une philosophie d'intégration sociale puis à l'éducation de prôner, par exemple, une philosophie d'exclusion ou de...

Donc, cette intervention-là en amont est extrêmement importante, est importante avec le transport. On travaille actuellement avec le ministère des Transports sur toute la question du transport adapté. On travaille aussi avec le ministère de Solidarité et Emploi pour l'intégration des personnes en déficience intellectuelle.

Quand les personnes psychiatisées ou qui ont une déficience intellectuelle étaient dans des asiles et ghettoïsées, il y avait pas de liens avec d'autres ministères. Mais, maintenant, pour nous, la question des relations avec les autres ministères est extrêmement vitale, et l'enjeu... On vient d'avoir une politique en déficience intellectuelle qui est sortie au printemps de laquelle on est très content, de cette politique-là, mais elle nous dit: Vous devez travailler en partenariat avec tous les secteurs d'activité concernés, et c'est là que ça commence à être difficile, toute la question du leadership du ministère de la Santé par rapport aux activités des autres ministères, parce que, pour nous autres, c'est vital pour l'intégration sociale des personnes.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Alors, Mme Tremblay, M. Vanasse, merci beaucoup pour votre participation. J'inviterais maintenant les représentants de l'Ordre des infirmières et des infirmiers

du Québec à bien vouloir prendre place, et je suspends les travaux pour quelques minutes.

*(Suspension de la séance à 11 h 18)*

*(Reprise à 11 h 22)*

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, la commission reprend ses travaux avec l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. Alors, je demanderais à la porte-parole de bien vouloir s'identifier, et nous présenter les personnes qui vous accompagnent. Je vous rappelle que vous avez une vingtaine de minutes pour la présentation de votre mémoire, et par la suite, nous échangerons pendant une quarantaine de minutes. Je vous cède la parole.

#### **Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)**

**Mme Cantin (Louise):** Merci et bonjour. Je suis Louise Cantin. Je suis la directrice du développement et du soutien professionnel à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Je suis ici en remplacement de Mme Gyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre, qui, malheureusement, avec son agenda, ne pouvait pas être ici aujourd'hui, et elle s'en excuse.

Je suis accompagnée par Mme Hélène D'Anjou, qui est avocate dans nos services juridiques, et Mme Lucie Bédard, infirmière experte en santé publique.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Alors, vous avez la parole, Mme Cantin.

**Mme Cantin (Louise):** D'accord. Alors, M. le ministre, M. le sous-ministre, membres de la commission, c'est avec intérêt que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a répondu à la consultation sur le projet de loi n° 36 sur la Loi sur la santé publique, et nous vous remercions de nous offrir l'opportunité de faire nos représentations aujourd'hui.

Tel que vous le savez, l'Ordre est une corporation professionnelle qui regroupe 65 000 membres et notre mandat spécifique est un mandat de protection du public. Donc, cette commission-là nous interpelle directement.

Au Québec, les infirmières sont largement impliquées dans les dossiers de santé publique, particulièrement dans les CLSC et dans les directions de santé publique, et vous savez actuellement, avec le développement des groupes de médecine de famille, les infirmières, on va leur conférer une responsabilité encore plus grande sous l'angle de la prévention et de la promotion de la santé. Évidemment, ce sera en collaboration avec les médecins omnipraticiens.

Le réseau des CLSC compte 6 000 infirmières qui ont un axe de prévention et de promotion. Donc, lorsqu'on dit que les infirmières sont largement impliquées, ça se quantifie — il y a 6 000 infirmières — et dans les directions de santé publique, il y a environ 200 infirmières d'impliquées.

Notre expertise est également sollicitée à plusieurs comités d'importance. Je pense au Comité sur

l'immunisation du Québec. J'ai la chance de siéger avec M. Massé sur les priorités nationales de santé publique. Donc, les infirmières, on est très présentes dans ces comités-là.

En CLSC, sans vous faire le déploiement de l'ensemble des activités de prévention ou de promotion que les infirmières font, je pense que vous savez que les infirmières organisent des cliniques de dépistage des MTS. C'est elles qui voient au bon fonctionnement, voient à la clientèle, et gèrent ces cliniques-là. Elles appliquent le protocole d'immunisation du Québec qui est largement utilisé de ce temps-ci. Alors, c'est grâce à la contribution des infirmières notamment qu'on peut déployer l'ensemble de ces programmes-là.

Dans les directions de santé publique, les infirmières sont également très actives. Elles exercent une surveillance et un contrôle des maladies infectieuses, particulièrement celles à déclaration obligatoire; elles effectuent des enquêtes épidémiologiques, et donc, elles sont très actives avec le directeur de santé publique.

Donc, à notre avis, les infirmières ont une place fort importante dans l'ensemble des dossiers touchant la Loi sur la santé publique, et l'angle de nos commentaires met en évidence la contribution et l'apport de ces professionnels-là dans le déploiement de ce projet-là, mais aussi dans une perspective d'accessibilité des services. Alors, ce n'est pas seulement pour faire des revendications. Je pense que c'est un... il y a une volonté d'accessibilité sous-tendant nos commentaires.

Ce préambule étant terminé, j'aimerais d'entrée de jeu faire nos commentaires à l'égard du programme national et des plans d'action régionaux et locaux de santé publique. Nous avons accueilli très favorablement la proposition du projet de loi n° 36 de coordonner l'ensemble des activités de santé publique dans l'ensemble du territoire du Québec en dotant le ministère d'un véritable programme national qui encadre les activités aux niveaux national, régional et local.

Vous savez que le CLSC constitue un maillon fort de cette démarche-là, et nous sommes très favorables de les voir inscrits nommément dans le projet de loi. Tel qu'on vous l'a écrit dans le mémoire, on voit que le projet par contre attribue des responsabilités spécifiques, oui, aux régies régionales et aux CLSC. Par contre, il reste silencieux sur le rôle des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, à l'égard des problématiques de santé publique.

Et, tel que vous l'avez vu, je ferai pas la nomenclature de tous nos commentaires en lien avec ça; vous avez eu la chance de nous lire. Mais on croit que... nous sommes d'avis qu'un projet de surveillance des infections nosocomiales dans les centres hospitaliers de soins généraux spécialisés et en CLSC doit être une priorité du ministre. En effet, on sait que les infections nosocomiales touchent une proportion non négligeable des patients hospitalisés, hébergés ou suivis à domicile. Les infections nosocomiales affectent la qualité de vie des patients, sont une cause de morbidité et de mortalité, et les coûts qui y sont associés sont fort importants, entre autres pour l'antibiothérapie et la durée de séjour prolongé.

L'Ordre a déjà soumis au gouvernement une liste d'indicateurs de performance des établissements de santé. À deux reprises, on a été sollicités à différents

projets de loi où on a ciblé très spécifiquement que le taux d'infection en cours de traitement constituait un des principaux indicateurs à documenter. Donc, notre préoccupation n'est pas récente, à cet effet-là. D'ailleurs, nous avons financé en 1998... nous avons été partenaires d'une étude, l'étude SPIN qui, je pense, est assez bien connue dans le réseau, et des constats plus qu'inquiétants relativement aux impacts des infections nosocomiales avaient été identifiés suite à cette étude-là.

Je vous rappelle les grands paramètres. On parle que durant la période de trois mois où s'est faite la collecte de données, 503 épisodes de bactériémie avaient été décelés dans 30 centres hospitaliers du Québec, et le décès de 9 % des patients infectés avait été recensé. D'ailleurs, nous avons soumis, en annexe de notre mémoire, un résumé plus élaboré de ce résultat de recherche là.

Une autre dimension qui nous apparaît d'importance, qui est l'autre étude récente sur les ressources en prévention des infections que vous devez certainement connaître, qui est l'étude qui a été faite par... l'étude sur les ressources en prévention des infections qui s'est faite avec le projet SPIN également. On sait qu'actuellement il y a environ 75 % des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés qui bénéficient d'un service d'un professionnel en prévention des infections. Alors, lorsqu'on dit ça, de ce nombre-là — 75 % — il y en a 58 % des gens, qui occupent cette fonction-là, qui sont amenés à exercer d'autres fonctions. Alors, c'est très inquiétant sur le plan des ressources, les mains-d'oeuvre attribuées à cette fonction-là. Les infirmières sont souvent celles qui exercent les rôles de prévention des infections dans les établissements.

Donc, à notre avis, il apparaît essentiel qu'il y ait un plus grand nombre d'infirmières qualifiées et compétentes dans ce domaine, et que les ressources soient mises de l'avant, soient mises disponibles pour qu'on puisse mettre de l'avant l'ensemble des programmes d'infections nosocomiales. Et, d'ailleurs, on s'inscrit... c'est pas nouveau, ça, les études jusqu'à maintenant... en 1985, le CDC, aux États-Unis, avait déjà recensé largement l'ensemble de ces éléments-là. On s'inscrit juste dans la foulée des tendances actuelles.

Donc, nous, ce que nous avons fait finalement dans nos recommandations, c'est peut-être d'appuyer plus fortement le fait que ça devrait apparaître spécifiquement dans la loi. Alors, nos recommandations, que je vous relirai pas mais que je pense que vous pouvez retrouver facilement à la page 5, étaient à l'effet que le projet de loi devrait être modifié pour attribuer aux établissements exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés un mandat particulier à l'égard de la surveillance de l'existence des infections nosocomiales, et que le projet de loi soit aussi modifié pour que ces centres-là participent à l'élaboration et à la mise en oeuvre des plans d'action régionaux de santé publique.

Evidemment, nous avons intérêt, à notre avis, de confirmer les responsabilités des infirmières qui exercent en prévention des infections dans ces établissements-là, et qu'on alloue les ressources. On sait que c'est prévu dans les projets de loi mais qu'on l'alloue de façon très claire, les ressources suffisantes pour qu'elles soient

affectées à ces ressources-là pour qu'on puisse mettre de l'avant les programmes.

● (11 h 30) ●

D'ailleurs, actuellement, juste pour vous donner un indice, l'étude sur les ressources nous dit qu'à peu près 20 % des budgets dans les établissements est dédié à la prévention des infections. Alors, lorsqu'on dit 20 %, c'est très peu significatif par rapport à ce qui devrait être investi.

Également, nous avons voulu porter à votre attention un autre volet important du projet de loi qui est les mécanismes de consultation que doit respecter la régie régionale avant de mettre en oeuvre son plan d'action régional. Nous avons mis en évidence que la Commission infirmière régionale pourrait être une instance des choix, une instance de consultation de choix. D'ailleurs, vous le savez, c'est tout récent, la Commission infirmière régionale, maintenant, est instituée dans la Loi sur la santé et les services sociaux. Et, de par son mandat, si on regarde aussi clairement, par exemple, la campagne de vaccination contre la méningite, les commissions infirmières régionales, en collaboration avec les régies régionales, auraient été l'instance tout à fait appropriée pour faire la planification en lien avec l'organisation, et la dispensation, et la structuration des ressources nécessaires pour déployer ces programmes-là, évidemment en collaboration avec les CLSC. Alors, nous avons donc porté à votre attention cet élément-là dans nos recommandations, et c'est la recommandation qui est formulée à la page 6 du document.

Un autre chapitre concerne le Comité d'éthique de santé publique. Vous avez vu, nos recommandations sont assez spécifiques à cet égard-là. Donc, considérant que j'avais beaucoup de choses à vous dire, peut-être qu'on pourrait simplement répondre aux questions en lien avec ça. Mais je pense qu'à la page 7 nous sommes assez explicites sur le plan de nos recommandations. Si vous me le permettez, je passerais à la section suivante.

La section... Le troisième aspect que nous souhaitons vous entretenir, c'est l'aspect de la collecte de renseignements et des registres. On sait qu'il est prévu à l'article 41 que le ministre doit établir et maintenir à des fins de surveillance épidémiologique un système de collecte de renseignements, là, sur les naissances, mortinaissances et décès et que doivent être complétés les bulletins de naissance, de mortinaissance et de décès. De façon très, très simple, ce que je veux vous évoquer dans cette section-là, c'est l'application de... le fait de compléter le bulletin de décès. Et, encore là, nous faisons une proposition ici qui peut peut-être paraître étonnante dans le projet de loi de la santé publique, mais qui est une proposition d'humanisation et d'accessibilité de services.

De façon concrète, actuellement un patient qui meurt sur un étage, dans un centre hospitalier, s'il meurt de nuit, la dépouille, très souvent, va rester sur l'étage le temps que le médecin d'urgence puisse se déplacer pour venir constater le décès. Alors, je sais pas si vous savez dans quel contexte ça peut se faire, avec la famille qui est au chevet, qui est très anxieuse et qui est éplorée, et dans une perspective d'organisation des services. Alors, très souvent, les corps séjournent régulièrement sur les unités de façon plus longue en attendant que le médecin

de l'urgence qui, vous le savez, est très débordé, puisse avoir... puisse y arriver. Un exemple aussi simple que les patients suivis à domicile par les CLSC en soins palliatifs. Si, malheureusement, ils décèdent de nuit, actuellement ce qu'on va faire, c'est qu'on va prendre le corps, la dépouille et on va, avec une ambulance, l'amener à la salle d'urgence pour pouvoir constater le décès.

Alors, la proposition que nous faisons ici, c'est vraiment une proposition en lien avec l'accessibilité et des propositions d'humanisation. Et, ça s'inscrit dans la foulée de ce qu'on a vu sur les tendances sur le plan canadien et américain, que les infirmières, à certaines conditions, puissent faire la constatation objective des signes cliniques de décès. Il s'agit pas de faire... d'établir la cause, il s'agit pas de démontrer la preuve civile du décès, on n'est pas dans ce registre-là. Mais, pour des fins d'accessibilité et d'humanisation, on pense que les infirmières, à certaines conditions, pourraient être habilitées à remplir le bulletin de décès à l'intérieur de l'établissement et hors établissement.

Évidemment, quand aucun médecin est accessible, alors, le projet, qui n'a pas été modifié, on dit: Le maire, le ministre du culte peut également faire le constat de décès. Alors, nous sommes d'avis — puis vous pouvez facilement l'imaginer avec l'expertise que nous avons — que l'infirmière pourrait certainement être ajoutée à cette liste-là. Je pourrais vous en parler un peu plus, si jamais vous voulez, de l'étude que nous avons faite pour voir ce qui se passe sur le plan canadien et américain à cet égard-là, et on pourrait même vous faire des propositions dans ce sens-là.

Au niveau du registre... Ouf! Il reste cinq minutes. Alors, le registre central de vaccination. Écoutez, dans l'ensemble, vous le savez, nous sommes d'avis qu'un registre de vaccination doit être également un instrument de suivi clinique pour la clientèle qui le désire. Alors, ça a été essentiellement le commentaire que nous avons passé. Le bien-fondé d'un registre central de vaccination avec un caractère administratif revêt une importance particulière, et on revient pas là-dessus. Par contre, nous avons un intérêt à avoir ce registre-là comme un suivi clinique, soit un outil de suivi clinique. Et, d'ailleurs, on s'est beaucoup basé sur l'expérience de l'Estrie où actuellement il y a des registres locaux et régionaux en interface avec les cabinets de médecins privés qui permettent de suivre efficacement la clientèle avec un suivi vaccinal. Donc, évidemment, la majorité des infirmières qui administrent les vaccins, nous sommes d'avis qu'elles devraient avoir automatiquement avoir accès aux informations du registre pour pouvoir vérifier l'histoire vaccinale de la personne afin de fournir un service de qualité et de répondre à ces obligations de diligence professionnelle.

Donc, c'est une question de recherche d'équilibre entre le droit de la vie privée et l'efficacité du service à la population. Et, dans ce sens-là, nos recommandations sont très claires, nous croyons que le vaccinateur devrait avoir accès, et ce, sans condition — vraiment une règle d'accès sans condition — à ces registres concernant les renseignements relatifs à l'histoire vaccinale, à moins que la personne concernée lui en refuse l'accès par écrit. Et je vois que, dans les

débats actuellement, notre proposition est beaucoup supportée par le Comité d'immunisation du Québec.

Commentaire additionnel qui nous apparaît tout à fait pertinent à ce stade-ci: Le fait que les infirmières appliquent le Protocole d'immunisation du Québec est fort important. Peut-être que vous êtes pas au courant, mais actuellement l'acte vaccinal est encadré par le Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale. De façon très claire, ce qui arrive actuellement, c'est qu'à chaque fois qu'il y a un nouveau vaccin on doit passer par un processus réglementaire qui est très long, qui est très laborieux et qui freine, finalement, la dispensation de ces services-là à la population. Le Comité sur l'immunisation du Québec a fait plusieurs représentations à cet effet-là, comme quoi le Règlement constituait un frein à l'application de cette pratique-là. Alors, nous sommes d'avis que l'ouverture de la Loi sur la santé publique est une occasion plus que rêvée pour régler cette situation-là et, donc, nous demandons qu'il apparaisse dans la Loi sur la santé publique le fait que les infirmières puissent appliquer sans ordonnance médicale le Protocole d'immunisation du Québec, et je pense que ça ferait l'unanimité de toutes les professionnelles à cet effet-là. D'ailleurs, nos services juridiques pourraient vous faire une proposition très efficace dans ce sens.

Au niveau des maladies à déclaration obligatoire, le chapitre qui concerne cet aspect-là, vous savez qu'il est proposé que cette déclaration indique le nom et l'adresse de la personne atteinte. Alors, évidemment les déclarations nominales, dans tous les cas, constituent une atteinte importante à la vie privée. Il faut être clair, l'Ordre ne met pas en cause les principes sous-jacents à cette proposition-là. Par ailleurs, on est inquiets sur les répercussions que pourrait avoir la déclaration nominale sur la pérennité de certains programmes de dépistage et de traitement anonyme. Alors, comme on ne remet pas quand même en cause le principe, nous sommes d'avis que, quand même, au niveau de l'article 76 du projet de loi, ça devrait être soumis pour avis à la Commission d'accès à l'information en tout temps.

Dans un autre ordre d'idées, les infirmières devraient également être habilitées à déclarer la présence d'une intoxication, d'une infection ou d'une maladie à déclaration obligatoire lorsqu'elles constatent la présence de signes cliniques caractéristiques de ces situations-là. Actuellement, l'évaluation du Programme québécois de gratuité des prescriptions pour le traitement des MTS confirme qu'on a tout avantage à ouvrir le fait de déclarer obligatoirement à d'autres professionnels. En effet, actuellement le nombre de bénéficiaires qui bénéficient du Programme de gratuité est de trois fois plus de cas traités que de cas déclarés. Donc, nous savons que nous avons avantage à déclarer plus efficacement la clientèle visée par ce projet là.

La raison, donc, qui nous amène à apporter ce point particulièrement, c'est que les infirmières en CLSC, elles gèrent les cliniques de MTS, elles sont seules. En région isolée, très souvent, même si elles travaillent en collaboration avec le médecin, le médecin est très loin. Donc, on pourrait être un apport fort important dans le déploiement de cette mesure-là. Et la recommandation que nous avons faite à la page 14 va

dans ce sens-là, et ça s'inscrit dans la foulée de la tendance canadienne à cet égard-là.

Au niveau du traitement obligatoire pour les infections contagieuses, le projet de loi prévoit que les maladies sexuellement transmissibles ne soient plus à traitement obligatoire. Nous voulons vous faire part que l'Ordre considère qu'il faut agir avec prudence et reconsidérer les motifs qui militent en faveur du retrait, même transitoire, des maladies sexuellement transmissibles des dispositions du règlement d'application actuel. Le fait de ne pas se soumettre au traitement de certaines maladies vénériennes peut provoquer des répercussions très graves.

Nous nous inquiétons également du sort du Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement. Est-ce que... Ces nouvelles dispositions du projet de loi mettent-elles en cause la pérennité de ce programme-là? Et nous avons pas de réponse, donc on aimerait bien vous entendre à ce sujet-là.

● (11 h 40) ●

Finalement, le dernier volet que constitue le pouvoir des autorités de santé publique. L'Ordre accueille favorablement les pouvoirs extraordinaires et plus explicites attribués aux autorités désignées. Nous sommes d'avis que, lorsqu'un directeur de santé publique constate à l'intérieur une menace à la santé à la population qui provient d'une installation maintenue par un établissement, au même titre que le DSP est informé de ça, que la DSI ou la responsable des soins en soit informée. Il faut être très conscient que dans un établissement... Plus de 50 % du personnel qui oeuvre en établissement est du personnel de soins infirmiers, alors, lorsqu'il y a des actions à mettre en oeuvre pour corriger des situations qui prévalent, qui peuvent causer menace à la population, les infirmières, la directrice des soins est la personne mandatée à travers la loi pour pouvoir corriger la situation, et donc c'est la raison qui nous a motivés à faire la recommandation suivante, à la page 16, que je vous lirai pas ici.

Donc, ceci met un terme à notre présentation. Nous espérons que vous accueillerez favorablement nos propositions. Et nous sommes prêtes à recevoir vos questions.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Cantin, pour la présentation de votre mémoire. Je cède maintenant la parole au ministre.

**M. Trudel:** Merci, Mme la Présidente. Mme Cantin, Mme Bédard, maître, alors bienvenue. Il s'agit, dans la tradition, je dirais, de la présence de l'Ordre des infirmières et quelques infirmiers dans la profession, d'une proposition étoffée. On voit que vous avez examiné avec grande attention ce projet de loi, qui fait l'unanimité au niveau de l'objectif du renouvellement, et que nous avons à peaufiner au niveau des différentes dimensions qu'il contient. Et cela va nous être d'un atout et d'une aide précieuse, les remarques que vous nous faites, tout ça lu à la lumière de votre expérience, dans le champ de la pratique, sur le terrain.

Et c'est toujours avec grand plaisir que je lis à chaque période le journal de l'Ordre, hein, qui est une mine d'informations, de renseignements sur, je dirais,

vosre voracité à progresser dans les soins aux malades et l'accompagnement. Et, il faut noter cela, à chaque fois, c'est... Je peux vous dire que, dans l'ensemble de la documentation dans ce secteur d'activité, c'est probablement la publication, à mon humble avis, qui reflète le plus la volonté de progression et d'implication dans les soins aux personnes. Ça reflète bien ce que... non seulement ce que vous êtes, mais ce que le public aussi perçoit et a comme niveau de confiance dans les infirmières et les infirmiers du Québec, et à raison. Et à raison, ce qui nous donne un puissant appui pour faire progresser encore davantage l'implication des infirmières et des infirmiers dans notre système de santé, dans notre réseau de la santé. Mais, un système, ça se soigne pas, un réseau, ça se soigne pas, c'est des personnes. Des malades et des personnes en détresse, ça, c'est à ça qu'il faut s'attacher.

Je vais prendre différents éléments de votre mémoire. On va essayer de simplifier les mots aussi, parce que, bon, il y a des caméras, puis les gens nous écoutent, là. Et c'est important parce que vous soulignez un des éléments importants, les infections nosocomiales. O.K.? Ça, c'est les infections dans les établissements de santé. Disons qu'on va dire ça simplement, là, même si c'est pas limitatif à ça, c'est l'infection à l'hôpital, parce que, évidemment, c'est un milieu favorable à ce qu'il y ait écloison d'épidémies de toute nature, à l'hôpital. Et, si la Salpêtrière, au début du siècle, avait tenté de régler ça par l'apparition des lampes de berger, maintenant il faut aller plus loin que cela.

Vous jugeriez donc important que l'on nomme, que l'on désigne nommément les établissements dans l'article de loi, là, à 90. L'article 90 qui, actuellement... On dit: «Les directeurs d'établissements qui constituent des milieux de travail ou des milieux de vie, notamment les entreprises, les établissements d'enseignement, les centres de la petite enfance et autres services de garde, les établissements de détention ou les maisons d'hébergement, peuvent signaler au directeur de santé publique...»

Vous souhaiteriez que l'on change — je veux être bien précis — deux choses, j'imagine: Nommer les établissements de santé, en quelque sorte; et, deuxièmement, changer le pouvoir en devoir. Est-ce que c'est ça, le sens de votre proposition?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Cantin.

**Mme Cantin (Louise):** Le sens de notre proposition est à l'effet que dans la loi ça devrait être clair que le mandat qui est confié aux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés soit explicitement inscrit dans la loi. Évidemment, on n'avait pas en tête l'article 90 à cet égard-là. Contrairement à votre proposition, avec nos services juridiques, nous avons regardé possiblement... Ce serait en lien probablement avec l'article 11. Alors, peut-être qu'Hélène D'Anjou pourrait compléter à cet égard-là.

Nous croyons que c'est un... ça serait une obligation et que le mandat devrait être précis et devrait être explicitement inscrit. L'incidence des infections nosocomiales, ça peut être dévastateur. D'ailleurs, les études... la littérature est très claire à cet effet-là, et

l'idée étant que les programmes ont un effet plus que bénéfique pour le déploiement des infections... pour la réduction des infections nosocomiales. Alors, si je regarde l'étude qui s'est faite aux États-Unis en 1985, on sait qu'il y aura une réduction de 6 % des... Une réduction de plus de 6 % des infections nosocomiales autofinancerait largement des programmes de prévention des infections. On sait que plus du tiers des infections nosocomiales pourraient être prévenues par des programmes structurés.

Alors, ces chiffres-là, qui sont largement recensés dans la littérature, c'est excessivement puissant. Et, quand on dit qu'une réduction de 6 % pourrait autofinancer, ça nous apparaît encore plus pertinent, même dans un contexte de rareté des ressources. Donc, nous sommes d'avis que le problème est suffisamment significatif pour que ça apparaisse de façon explicite et qu'il y ait un mandat clair exprimé. Maintenant, est-ce que ça devrait être à l'article 90, l'article 9? Je pourrais demander l'opinion de ma collègue, mais il reste que ça devrait être explicitement inscrit. Est-ce que vous voulez qu'on discute de à quel endroit ou...

**M. Trudel:** Non, parce que notre temps est précieux, mais c'est oui sur la possibilité d'en discuter. Les maîtres se parleront, hein?

**Mme Cantin (Louise):** Oui, tout à fait, on pourrait vous faire des propositions.

**M. Trudel:** Les maîtres se parleront, puisque la volonté, là... Vous touchez la cible, parce que c'est extrêmement important effectivement. Écoutez, vous êtes en quelque sorte les témoins quotidiens de la situation, c'est un milieu qui est extrêmement propice à de telles écloisions en termes d'infections, tout en gardant aussi — je vais juste le mentionner pour pas prendre tout le temps quand même, là — ce que les microbiologistes nous ont dit hier aussi à cet égard: Cependant, ne pas déresponsabiliser les établissements. On n'irait pas, je dirais, tirer ça dans la cour de la santé publique pour déresponsabiliser l'établissement. Puis je sais que c'est pas votre préoccupation puis c'est pas le sens de votre proposition, mais je le renote, là. Oui, on échangera sur les... à quel endroit il faut l'inclure, parce que c'est net que vous touchez là à quelque chose d'extrêmement important, et la pente de mon esprit est non seulement inclinée dans cette direction, mais elle a... Je voudrais qu'on prenne cette direction-là, il s'agit de trouver le bon endroit où le mettre dans la loi. En ne déresponsabilisant pas les établissements, cependant, c'est une responsabilité première. Voilà.

Deuxièmement, au niveau de la consultation. Au niveau de la consultation pour l'établissement des plans locaux, régionaux à l'intérieur des orientations nationales, ces orientations puisant leur origine elle-même dans la politique de santé et bien-être... Parce qu'il y a comme un édifice de logique et de précision, là, c'est d'abord la politique de santé et bien-être au niveau national qui identifie les priorités au chapitre de la santé publique, cela se transporte sur le plan d'orientation, et, les oeuvres se déroulant sur le terrain de la région et du local, c'est là que vont s'élaborer les plans.

● (11 h 50) ●

Je comprends que vous vous inquiétez un petit peu au niveau de la consultation, là, au niveau de la consultation nécessaire, parce que tout le texte de la loi repose sur un équilibre, sur la... concourir à, participer, être autour de la table. On a voulu, je vous le dis, le moins possible nommer des institutions pour ne pas s'enfermer dans des corporatismes ou des... de la pression d'organismes, mais plutôt pour prendre en considération un certain nombre de professionnels dont il est nécessaire d'avoir l'avis. D'ailleurs, à votre égard, c'est dans les CLSC, en particulier au niveau local, que votre action est particulièrement significative sur l'objet de la santé publique — pas uniquement là, là, mais particulièrement significative — et c'est là qu'on avait vu votre rôle essentiel, parce qu'on ne désigne pas la commission médicale régionale ou la commission infirmiers, infirmières régionale qu'on est en train de mettre sur pied ensemble, mais plutôt au niveau de l'action.

Question bien simple, ça peut-u marcher comme ça?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Cantin.

**Mme Cantin (Louise):** Nous sommes d'avis que le projet de loi de la santé publique est un projet interdisciplinaire, dans le sens que, effectivement, on voit l'implication des médecins — et, d'ailleurs, je voyais les personnes qui présentaient avant nous — que la présence des médecins, des directeurs de santé publique, etc., est très présente. Nous sommes d'avis que l'ensemble des développements de la santé publique repose sur des modèles de collaboration et est possible grâce à une contribution particulière, moi, ce que j'appelle le *partnership* infirmières-médecins. Et, dans la santé publique, c'est encore cet exemple-là qui me vient en tête, c'est encore un *partnership* infirmières-médecins. Il faut voir nos infirmières qui oeuvrent dans les régies régionales avec les directeurs de santé publique, c'est des partenariats infirmières-médecins. Et nous sommes d'avis que notre contribution sur le plan de la réflexion sur le plan régional... La Commission infirmière régionale est une instance qui nous apparaît une instance stratégique pour pouvoir valider et voir dans l'opérationnalisation de l'ensemble des plans d'action. Elle serait une instance qui nous apparaîtrait une instance fort intéressante à consulter. D'ailleurs, c'est pour ça qu'on vous l'a inscrit ici.

On sait très bien que les infirmières des CLSC sont consultées et on est très fières de ça, mais il reste que, sur le plan de la structure, le fait que des instances officielles puissent se pencher sur l'ensemble des plans régionaux au même titre que les médecins ou d'autres organismes — je voyais que les organismes communautaires seront également consultés — ça met en évidence justement ce modèle de collaboration là reposant, entre autres, entre les infirmières et les médecins à l'intérieur du cadre de la santé publique. Donc, c'est notre perspective. D'ailleurs, vous voyez, l'ensemble de nos propositions sont basées sur des collaborations. Nous devrions pouvoir aussi déclarer... Parce que, en collaboration avec les médecins, nous pourrions mettre de l'avant des mécanismes plus

efficaces. Alors, ça a été la logique qui a prévalu tout au cours de notre mémoire. Donc, c'est la raison qui nous motive, et on y croit fermement.

Maintenant, comment vous pourrez le traiter ou le recevoir, c'est autre chose, mais je trouve que ça reflète efficacement cette collaboration-là qu'on souhaite mettre de l'avant.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Cantin. M. le ministre.

**M. Trudel:** Vous m'obligez à penser positivement. On va le regarder avec grande attention en vous répétant le souci que nous avions du moins possible — le terme est peut-être un peu exagéré, là — moins bureaucratiser, organiser, corporatiser les... et plutôt retrouver les professionnels terrain, s'assurer que, sur le terrain, elles pourront être consultées. Mais votre préoccupation... quant à moi.

À l'article 43, bien, je vais vous dire, Mme Cantin, quand on le relit comme il faut, dans votre volonté de collaboration, là, ça devient presque gênant d'avoir inclus le maire puis de pas avoir inclus les infirmières. Alors, péché d'omission avoué nous amène à de la correction, hein? Écoutez, c'est à ça que ça sert, les examens particuliers article par article de... La volonté est là très clairement, et votre travail terrain, on le voit, là, on le voit très bien par les temps qui... par la période qui est la nôtre, là, l'apport essentiel des infirmières et des infirmiers sur le plan des soins, des épisodes de soins. Et ça, ça fait partie, et c'est comme... Eh bien, oui, pourquoi ne pas confier cette responsabilité, puisqu'elle n'exige pas de modification à la loi médicale, là — que chacun comprenne, là, on n'a pas besoin de modifier la Loi médicale pour cela — que les infirmières soient, en quelque sorte, des officiers pour le certificat de... pour le bulletin de décès à l'établissement et hors établissement aussi? Vous avez bien raison. Maintenant, les soins palliatifs sont beaucoup, par exemple, à la maison, avec les soins à domicile, alors c'est une préoccupation, là. Je peux pas vous poser une question parce que je suis obligé de vous dire que je suis d'accord, que ça de l'allure.

**Mme Cantin (Louise):** Si je peux me permettre, dans ce sens-là...

**M. Trudel:** Permettez-vous donc.

**Mme Cantin (Louise):** ...tel que je voulais le dire, nous sommes prêtes à regarder certaines propositions à cet égard-là pour voir comment ça pourrait s'opérationnaliser, parce que notre recension... La problématique sur le plan canadien et américain nous permettrait de vous donner des propositions assez opérationnelles dans des délais très courts.

**M. Trudel:** Très bien. Oui, on trouvera, ça aussi, la bonne place puis avec l'autre précision aussi, là — parce que, toujours, on est dans des débats publics ici, là — remplir le bulletin de décès en établissement ou dresser le bulletin hors établissement. On n'entre pas dans le diagnostic, là, on n'empiète pas dans le champ de l'autre. Très bien.

Par ailleurs, sur les protocoles d'immunisation ou sur les registres de vaccination, votre volonté de bien faire les choses nous fait cependant déborder sur un élément qui, à mon avis, n'a pas encore été convenu dans notre société, c'est-à-dire l'obligation et le respect de la liberté individuelle au niveau des renseignements à caractère nominatif par le retrait. Ce n'est pas une notion qui est encore acceptée, la Commission d'accès à l'information ne nous a pas donné d'avis positif dans cette direction-là. Je comprends votre souci, c'est par souci d'efficacité et de résultat recherché. Cependant, même le refus écrit de la personne concernée, de ne pas être au registre n'est pas encore une notion qui a suffisamment progressé en termes de partage par l'ensemble de la société. Et, oui, c'est une façon qui pourrait être envisagée, mais, à moins que vous me soumettiez des arguments supplémentaires, là, je dois constater que le consensus social est pas dans cette direction ou n'a pas atteint ce niveau encore.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, Mme Cantin.

**Mme Cantin (Louise):** Ce que je sais, c'est que notre proposition a été supportée par d'autres groupes que vous avez rencontrés. Je sais que, pour les vaccinateurs, les cliniciens — Mme Bédard pourrait certainement m'appuyer dans ce sens-là — il est certain que ça faciliterait l'accessibilité des services, ça nous apparaît assez évident. Puis peut-être que je pourrais demander à Mme Bédard, si vous aimeriez abonder dans ce sens-là sur le plan de l'apport que pourrait être ce volet-là, le fait que ça soit sans condition.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Bédard.

**Mme Bédard (Lucie):** Oui. On croit que l'idée de demander, à chaque vaccination, le consentement de la personne pour apparaître au registre, ça pourrait alourdir énormément la visite, ça pourrait peut-être la... Il y aurait des problèmes de compréhension d'où va aller cette information-là, il pourrait y avoir des idées de... des impressions de peur aussi. Et, s'il y a un refus, à long terme ça pourrait porter préjudice à la personne elle-même si... Dans 10 ans, dans 15 ans, elle peut ne pas se rappeler qu'elle a été vaccinée avec un vaccin quelconque et recevoir une seconde fois le même vaccin. Alors, c'est une question de s'assurer qu'on a le vrai profil de vaccination de la personne vaccinée. C'est une chose.

Secundo, c'est si, dans 10 ans, dans 15 ans, un vaccinateur doit prendre une décision éclairée sur: Est-ce que je dois vacciner le patient ou la patiente devant moi, et cette personne, le vaccinateur se fie au registre, elle pourrait prendre la mauvaise décision si elle ne voit pas le statut vaccinal de la personne. Alors, il y a des gens, en ce moment, qui sont vaccinés inutilement une deuxième fois. Donc, pour la protection de cette personne-là, ce serait... et diminuer les coûts également, ce serait profitable.

Mais on voit ça comme un outil de suivi clinique, et je me demande... Il existe d'autres registres d'hospitalisation, des registres des gens qui donnent du

sang. Est-ce qu'à chaque fois on demande la permission pour que ces gens apparaissent là, au registre? Alors, pourquoi ça serait spécial pour l'immunisation et pas pour d'autres registres?

**M. Trudel:** C'est une question à laquelle il faut trouver une réponse qui soit socialement partagée en termes de convictions pour faire le bien ou avoir l'effet recherché.

● (12 heures) ●

J'y vais rapidement, parce qu'il nous reste peu de temps, pour indiquer que votre présence ici, le 20 septembre, nous permet aussi de faire un constat de ce que l'Ordre et les infirmières ont fait dans le réseau de la santé, dans les établissements de santé au cours des trois derniers mois pour passer l'été. Je veux, ici, le dire publiquement. Nous avons travaillé avec l'Ordre, en particulier pour établir le plan de travail cet été. Deux fois plus d'étudiantes ont été... Vous le notez d'ailleurs dans votre publication avec une belle description, 1 400 étudiantes en dernière année... en deuxième année sont venues... en deuxième et troisième sont venues joindre les forces, ce qui a permis d'avoir un certain nombre de vacances, c'est normal, pour les infirmières avec un travail toujours assez exceptionnel. Des admissions à l'université ou au collège que vous avez bien moussées, on en aura plus de 4 200 qui vont à nouveau entrer avec des cibles spécifiques, le cégep des Laurentides, 41 infirmières et infirmiers en formation à L'Annonciation, sur place, pour le travail.

C'est parce que ça, vous avez soutenu ça, et je tiens à vous rendre hommage pour ce travail et d'autant plus qu'on est pas les seuls aux prises avec cette situation. Pour ceux et celles qui penseraient qu'on est tout seuls, allez lire la première page du *Figaro* du 15 août de cet été, *Le Figaro*, le 15 août, en première page, vous allez voir *La France manque 10 000 infirmières*, 10 000 infirmières. Et, avec tous les gestes qu'on a posés avec vous autres et en prenant considération, on va être dans le peloton de tête dans les pays qui vont solutionner le plus rapidement possible la pénurie occidentale au niveau des infirmières. Et je vous remercie pour cette participation avec tous les autres mécanismes, y compris aussi ce qui est commencé depuis quelques jours à l'Université de Montréal... à l'Université de Montréal, à la Faculté des sciences infirmières, la formation spécialisée en soins aigus pour les infirmières. Ça, ça fait une illustration — je conclus — en disant: une illustration de la place essentielle des infirmières. Et je ne saurais faire cette description sans me rappeler lorsqu'il s'agira de former le Comité d'éthique en santé publique. Merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, M. le ministre. Alors, M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Merci, Mme la Présidente. C'est à mon tour de vous souhaiter la bienvenue. Merci beaucoup d'être là. J'ai trouvé que votre présentation était très claire, sauf que je vais vous demander, même s'il y a un accord qui est intervenu et il nous reste, si je comprends bien, qu'à trouver les bons articles, j'aimerais ça que vous m'informiez plus abondamment. Je vais simplement lire un formulaire du texte au côté duquel,

lorsque j'ai fait la lecture, j'avais mis un point d'interrogation. Je suis ensuite allé voir l'annexe II et je dois vous dire que, n'étant pas un spécialiste, j'étais un peu mélangé dans toutes ces infections, mais j'aimerais ça que vous m'en disiez un peu plus. D'ailleurs, ça motive le fait que vous demandiez une modification pour permettre aux centres hospitaliers d'être impliqués. Alors, vous dites à la page 4: «Des constats plus qu'inquiétants relativement aux impacts des infections nosocomiales ont été faits à la suite de cette étude. Durant les trois mois où la cueillette des données a été effectuée, 503 épisodes de bactériémies ont été décelés dans 30 centres hospitaliers du Québec et le décès de 9 % des patients infectés a été recensé.»

Pour les profanes, pour ceux qui connaissent pas ça, pouvez-vous nous dire concrètement ce que c'est? Quels sont les facteurs et quels sont les programmes dont vous parliez qui sont utiles à diminuer ces infections?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Cantin.

**Mme Cantin (Louise):** Alors, juste pour vous rappeler, l'étude de SPIN qui a été faite en 1998, il y a un deuxième projet en cours actuellement, ça relève finalement d'une préoccupation qui a été à la fois exprimée tant par les milieux que par les ministères. D'ailleurs, depuis ce temps-là, il y a un comité, le comité CINQ, qui est le Comité d'infections nosocomiales du Québec, qui a été mis de l'avant au niveau du ministère. Donc, c'est une préoccupation qui est connue de tous. Le fait qu'on recense de façon objective ces données-là, c'est un pas vers la guérison dans le sens que, sur le plan déjà canadien et américain, comme j'évoquais tantôt, c'est largement reconnu dans la littérature, et on s'inscrit dans la foulée des tendances à cet égard-là, on n'est pas pire, on n'est pas mieux. On est à peu près au même niveau.

Les actions qui peuvent être prises concrètement dans les milieux, les infirmières en prévention des infections recensent systématiquement tout processus où foyer infectieux. Alors, aux soins intensifs où lorsque le patient arrive à l'urgence et que souvent il est en état de choc, souvent les interventions qui sont faites, c'est des interventions de survie. Alors, les actions qui sont portées, installer un cathéter, etc., sont des actions d'urgence. Et parfois les mesures d'asepsie, etc., ne sont peut-être pas la priorité du moment. Ces clientèles-là sont des clientèles particulièrement à risque de développer des infections. Concrètement, les professionnels en prévention des infections, les infirmières notamment parce qu'elles sont majoritaires dans ces rôles-là, suivent systématiquement ces clientèles-là pour voir l'évolution de sites, par exemple du cathéter, de la sonde urinaire, pour assurer que le patient ne développera pas d'infection. Souvent même des protocoles sont instaurés que, d'entrée de jeu, un patient qui est arrivé en choc à l'urgence, où on sait que sa vie est en danger et qu'on a peut-être arrondi à certains égards certaines techniques stériles, etc., on refait l'exercice dans le sens... on réinstalle des cathéters, etc., et on peut même donner en prophylaxie certaines médicaments pour justement que le patient ne complique pas.

Alors, dans les actions concrètes, dans les programmes... ça c'est une action très concrète de soins directs administrés à la clientèle, mais il y a aussi tout le suivi, le monitoring de ces cas-là. Alors, on sait que dans les hôpitaux actuellement, un autre exemple, les patients sont très, très malades et ils sont porteurs de sondes urinaires très souvent à cause de leur condition qui doit être monitorée. Alors, les infirmières qui oeuvrent dans ce domaine-là vont suivre systématiquement tous les patients qui sont porteurs de sonde, font faire des cultures pour s'assurer qu'il n'y a pas d'infections résistantes, etc., et monitorent ce qu'on appelle sa cohorte de patients, donc pouvoir réagir à l'avance. C'est des exemples concrets de mesures à la fois de traitement et de prévention qui peuvent être mises de l'avant et ça nécessite de mettre les ressources en place et de les confirmer dans ces rôles-là.

Et ce que nous évoquons ici, c'est que, malgré toute la volonté des milieux actuellement, 75 % des milieux ont les infirmières ou des professionnels qui oeuvrent, mais souvent elles sont amenées à jouer plusieurs autres rôles. Alors, elles peuvent pas exercer pleinement la fonction de prévention des infections, et c'est ce que, dans le fond, en mettant ça à l'intérieur de la loi, en y mettant toute son importance, bien, ça confirme les actions qui doivent être mises en priorité pour pouvoir agir dans le bon sens. Alors, c'est très concret, là, c'est très opérationnel ce que je vous dis.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Donc, je comprends essentiellement, c'est les... à 100 %, ou presque, lorsqu'une infection nosocomiale se développe, c'est parce qu'il y a eu une intervention sur une personne dans un cas d'urgence et...

**Mme Cantin (Louise):** Un exemple. Ça se répand à l'hôpital, donc c'est suite à une hospitalisation.

**M. Fournier:** O.K. Les programmes de prévention pour les éviter sont en fait d'avoir des ressources humaines sur place qui font le suivi et interviennent dès le départ pour éviter qu'il y ait une aggravation.

**Mme Cantin (Louise):** Entre autres mesures.

**M. Fournier:** À cet égard, il y a, si je comprends bien, 75 % des centres qui sont dotés de telles ressources, mais elles n'ont pas tout le temps que ça à faire et donc elles ne font pas... le programme lui-même de prévention n'est pas optimal. Qu'est-ce que ça prend pour le rendre optimal en termes de ressources humaines ou ressources financières? Parce que j'imagine que c'est ça qui est le problème.

**Mme Cantin (Louise):** Écoutez, ce qu'on sait de cette étude-là, que nous avons pas été les chercheurs principaux, mais je cite cette recherche-là, nous savons qu'il y a actuellement au Québec, en l'an 2000, 82 professionnels de prévention des infections dans les centres hospitaliers de soins spécialisés et qui équivaut à

peu près à 57 postes équivalents temps complet. Alors, si nous estimons que ce nombre-là compte 75 % de la cohorte possible, on parle environ de... à peine peut-être 10, 12 ressources de plus pour qu'on puisse déployer à l'ensemble. Donc, ce n'est pas si énorme que ça. Alors, évidemment, en termes de coûts, là, on parle d'une ressource... on peut faire les calculs. Donc, on n'est pas dans les chiffres de 3 000 ressources ou... Il faut être très réaliste par rapport à... le fait que ces ressources-là sont excessivement efficaces pour déployer des programmes, et leur efficacité a des retombées fort éloquentes.

Ce que je disais tantôt, lorsqu'on dit 6 %... pour bien citer ce qui était dit, lorsqu'on dit: Le tiers des infections nosocomiales pourraient être prévenues par des programmes structurés, et une réduction de 6 % des infections nosocomiales autofinancerait largement ces programmes, c'est parce que vous voyez dans quoi on se situe, on n'est pas dans un «range» de 1 000, 2 000 ressources, là. Alors, c'est des programmes très, très efficaces sur le plan de la santé publique, d'où l'importance qu'on les mette en place puis qu'on consolide ça dans les meilleurs délais. Et les infirmières ont eu des... Cette responsabilité-là leur a été conférée par le temps, leur expertise est grande dans le domaine, et je pense qu'on a un leadership qu'on devrait maintenir. Et c'est à cet égard-là que nous avons fait les recommandations.

**M. Fournier:** J'étais... Quant à moi, en tout cas, c'est la première fois que j'entends parler de cette importance, et je considère que ce que vous nous dites comme piste de solution étant tellement raisonnable, j'ai l'impression que c'est pas juste une inscription dans un bon article de la loi, là, qui est nécessaire, mais une intervention rapide peut sûrement être faite pour éviter ça, là.

**Mme Cantin (Louise):** Mais d'ailleurs, j'ai vu que dans le projet de loi c'est prévu, là, de déployer les ressources requises. Les régions régionales auront ce mandat-là. Donc, ça me semble assez réaliste dans le contexte de mettre de l'avant ces ressources-là.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député de Châteauguay.

● (12 h 10) ●

**M. Fournier:** Une dernière question sur la vaccination. Je dois avouer que, lorsque j'ai lu le... à la page 11... Lorsque je lisais, je voyais que, bon, à la page 10, troisième paragraphe, «l'Ordre considère qu'un registre des vaccinations doit également être un instrument de suivi clinique pour la clientèle qui le désire». Alors, j'avais comme cru comprendre qu'il y avait une demande de consentement qui était demandée, et l'«opting out» se faisait plus lorsque le registre était consulté. Dites-moi... et là, en écoutant les échanges tantôt, j'ai compris que, finalement, non, c'était... tout le monde consent, à moins qu'il y ait un «opting out», pour éviter des complications.

**Mme Cantin (Louise):** Écoutez, nous sommes partis de l'hypothèse qui est très simple. C'est que la personne, la maman qui arrive avec son bébé au CLSC

pour vacciner ses enfants, il y a un consentement implicite. Évidemment, elle doit être informée, elle doit savoir exactement dans quoi elle s'inscrit. Mais la personne qui prend rendez-vous habituellement, c'est parce qu'elle y va de son plein gré. Alors, quand on a signalé la clientèle qui le désire, nous prenons implicitement le fait que la personne qui se présente est une personne qui souhaite être vaccinée, elle ou son enfant. Alors, c'est dans ce registre-là que nous avons fait notre réflexion.

**M. Fournier:** Mais... comme de... ma femme et moi-même, quand on va avec notre petite au CLSC, honnêtement, là, on y va pour la faire vacciner, on y va pas pour la faire inscrire dans un registre. J'ai rien contre qu'elle se fasse inscrire dans un registre, mais elle va pas pour se faire vacciner et être inscrite dans un registre, là. J'ai même jamais pensé à ça, je savais même pas qu'il y en avait un ou qu'il y en aurait, on s'en va là pour la faire vacciner. Alors, c'est pas le fait d'aller à quelque part pour recevoir un vaccin qui est un consentement implicite à être dans un registre. Je me trompe?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Cantin.

**Mme Cantin (Louise):** Écoutez, je suis moi-même mère de famille, je suis infirmière puis je suis une professionnelle de la santé. Je ne sais pas quel âge ont vos enfants, mais il faut voir un carnet de santé. Je ne sais pas... vos enfants, est-ce qu'ils sont très jeunes actuellement?

**M. Fournier:** Oui.

**Mme Cantin (Louise):** Bon. Alors...

**M. Fournier:** Elle a son carnet de vaccination, mais on le porte avec nous, là, puis il est pas inscrit nulle part.

**Mme Cantin (Louise):** C'est ça. Alors, vous allez voir, là, moi, les miens, ils ont huit ans et 10 ans, et je peux vous dire déjà, avec le carnet de vaccination qu'ils ont, malgré mon expertise, je serais très en difficulté pour vous dire exactement qu'est-ce qu'ils ont reçu au cours des dernières années. C'est excessivement difficile de suivre l'histoire vaccinale à partir des carnets de santé. C'est des instruments, oui, de suivi... Ah, excusez, je pensais que le ministre Trudel me faisait des bonjours. Alors, j'étais partie...

**M. Trudel:** Je saluais l'ex-député de Saint-Jean. Et en même temps, je me rappelais exactement ce que vous dites pour... ils ont passé l'âge, les miens, mettons, là. Mais là c'est réapparu sur l'autre groupe, parce que maintenant il y en a d'autres à la vaccination, les petits-enfants. Je comprends rien ce qui est là-dedans, moi.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, poursuivez, madame.

**Mme Cantin (Louise):** C'est ça. À notre avis, ça compromet dans une certaine façon le suivi vaccinal

de la clientèle. Alors, on a tout avantage évidemment, pour la clientèle qui le désire, là, sur la base qu'ils veulent avoir l'information à apparaître, ça nous apparaît tout à fait pertinent. J'ai d'autres exemples aussi concrets que ça. J'ai quelqu'un de ma famille qui a eu un clou rouillé dans le pied, il s'est présenté à l'urgence et se fait dire: Est-ce que t'as été vacciné pour le tétanos? Grande question. Alors, l'intérêt d'un registre de cette nature-là a tout son sens. Et probablement qu'il aurait peut-être pas été vacciné, on n'était pas en mesure de le savoir, le cinq ans, ou, en tout cas, les règles qui prévalent pour ça. Donc, c'est des règles de gros bon sens.

Évidemment, nous, ce qu'on souhaite, c'est que le vaccinateur ait accès sans condition. Donc, on a une préoccupation, telle que Mme Bédard l'exprimait, qu'on puisse avoir rapidement cette information-là pour offrir un service de qualité. Alors, c'était le sens de notre proposition.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Cantin. M. le député.

**M. Fournier:** À chaque fois qu'on parle de ces sujets-là, le gros bon sens nous amène toujours à dire: Bien, oui, pourquoi on n'est pas là-dedans puis que le monde regarde pas? Pourtant, il faut bien admettre que, pour certaines personnes, pour des raisons — et ça va être ma question — pour des raisons restant comme inconnues, ne souhaitent pas faire partie de ce genre de registre. Il paraît que c'est peut-être pas un si gros nombre. Mais quelles sont les raisons qui pourraient motiver des gens à dire: Je veux le vaccin mais pas le registre? Pourquoi... parce que, moi, s'il y en a pas aucune raison... Je vous pose la question à vous, je devrais peut-être poser la question à un autre groupe, là. Mais j'essaie de comprendre aussi l'autre aspect qui nous amène, comme législateurs, à protéger les droits des citoyens?

**Mme Cantin (Louise):** Évidemment, je suis pas une experte dans le domaine. J'ai des idées là-dessus... peut-être que Mme Bédard pourrait compléter l'idée que j'en ai. Mais il y a certains vaccins qui ont une connotation rattachée, par exemple, à des comportements de type... des comportements sociaux et sexuels qu'on pourrait avoir — l'hépatite — à cet égard-là. Alors, il y a peut-être certaines personnes qui ne voudraient pas voir apparaître ces données-là dans un registre pour que ça soit connu. Je veux pas m'improviser, alors peut-être que je ferais compléter par Mme Bédard.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Bédard.

**Mme Bédard (Lucie):** Là, je suis d'accord avec... Ça peut être une raison. L'autre raison, c'est qu'il y a des gens qui ne veulent pas être... ils ont l'impression qu'ils sont fichés partout et puis... Alors, c'est par principe, tout simplement, mais c'est assez rare.

**M. Fournier:** Merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Ça va? Alors, mesdames, merci beaucoup d'avoir accepté de participer à cette rencontre. Alors, quant à nous, j'ajourne les travaux à demain, le 20 septembre, 9 h 30, dans cette même salle, Louis-Joseph-Papineau.

*(Fin de la séance à 12 h 15)*