



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
des affaires sociales**

**Le jeudi 20 septembre 2001 — Vol. 37 N° 28**

Consultation générale sur le projet de loi  
n° 36 — Loi sur la santé publique (3)

**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 jeudi 20 septembre 2001

### Table des matières

Auditions	1
Confédération des syndicats nationaux (CSN)	1
Centrale des syndicats du Québec (CSQ)	10
Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)	19
Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx & D)	28
Mémoires déposés	37
Remarques finales	37
M. Jean-Marc Fournier	37
M. Rémy Trudel	40

### Autres intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente

- \* Mme Denise Boucher, CSN
- \* M. Michel Tremblay, idem
- \* M. Simon Tremblay, idem
- \* Mme Louise Chabot, CSQ
- \* Mme Hélène Le Brun, idem
- \* M. Renald Bujold, ASPQ
- \* M. André Marcheterre, Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx & D)
- \* M. Carl Viel, idem
- \* M. Alain Boisvert, idem
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le jeudi 20 septembre 2001

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

*(Neuf heures trente-quatre minutes)*

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, je vous souhaite la bienvenue. La commission des affaires sociales est réunie... S'il vous plaît! S'il vous plaît. Alors, 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, Loi sur la santé publique.

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

**La Secrétaire:** Oui, Mme la Présidente. M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) sera remplacé par M. Fournier (Châteauguay).

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Alors, ce matin, à 9 h 30, nous entendrons les représentants de la Confédération des syndicats nationaux; 10 h 30, Centrale des syndicats du Québec; 11 h 30, Association pour la santé publique; suspension. Et, par la suite, à 14 heures, Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, avec remarques préliminaires à 15 heures et ajournement à 16 heures.

**Des voix:** ...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Pardon?

**Des voix:** Les remarques préliminaires finales.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Les remarques préliminaires finales. Alors, vous pouvez les appeler comme vous le désirez, je n'ai pas le goût de vous contredire ce matin.

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

**Une voix:** Nous non plus, Mme la Présidente.

## Auditions

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, sans plus tarder, j'accueille avec beaucoup de plaisir les représentants de la Confédération des syndicats nationaux. Alors, je demanderais au porte-parole de bien vouloir s'identifier et d'identifier aussi les personnes qui vous accompagnent.

## Confédération des syndicats nationaux (CSN)

**Mme Boucher (Denise):** Mme la Présidente, Denise Boucher, vice-présidente à l'exécutif de la CSN. Avec moi, j'ai le président de la Fédération des professionnels, Michel Tremblay. Et j'indique aussi que M. Tremblay fait partie des syndiqués Régie régionale Montérégie et... à la Direction de la santé publique. À ma droite, et à votre gauche, j'ai Simon Tremblay.

Simon Tremblay est de la Fédération de la santé et des services sociaux; M. Tremblay vient de la Régie de la santé de Chaudière-Appalaches et aussi de la Direction de la santé publique de cette région. Alors...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, Mme Boucher, vous avez une vingtaine de minutes pour la présentation de votre mémoire.

**Mme Boucher (Denise):** Très bien, madame. Alors, la CSN porte un grand intérêt à l'évolution des différentes missions du domaine de la santé et des services sociaux, y compris celle de la santé publique. Nous remercions donc la commission des affaires sociales de nous donner l'occasion d'apporter nos commentaires sur le projet de loi déposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

La Loi sur la santé publique se doit de couvrir l'ensemble des fonctions à présent conçues comme essentielles en santé publique, c'est-à-dire les fonctions de protection, de surveillance connaissance, de promotion et de prévention de la santé et du bien-être. Le projet de loi n° 36 appelle plusieurs remarques, notamment quant à sa difficulté à dépasser une inspiration strictement biomédicale de la pratique en santé publique. L'approche biomédicale a également comme conséquence une banalisation des déterminants sociaux de la santé et des actions pour diminuer les écarts et les inégalités sociales qui sont pourtant un élément central des approches prônées au niveau international en santé publique.

Peut-être, sans faire le tour du mémoire, parce qu'on y va de façon assez synthétisée, vous rappelez qu'à la page 8 et 9 on fait un rappel historique pour... quelques repères historiques en fait pour démontrer que, dans le cadre de la loi n° 36, quand on parle de strictement biomédical, ça apparaît. On indique aussi que, au moment où on a développé la santé publique, au moment aussi... suite au rapport de Castonguay-Nepveu en 1971 et aussi autour des approches qui ont été développées aux années quatre-vingt, on a quand même établi un constat, c'est qu'au cours des années quatre-vingt-dix les compressions — parce que, quant à nous, ils avaient plutôt une vision globale des choses en ce qui a trait à la santé publique autour des années quatre-vingt... et qu'au cours des années quatre-vingt-dix les compressions dans les finances publiques et le mode d'allocation des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux ont eu aussi un effet sur cette tendance qu'on appelle plutôt strictement biomédicale.

En situation de manque de ressources, la tendance à l'utilisation de médecins rémunérés à partir de l'enveloppe de la Régie de l'assurance médicaments... maladie, pardon, du Québec, est lourde quant au développement des activités en santé publique. Un déséquilibre entre l'approche biomédicale et sociale se développe de nouveau. Depuis 1997, cela se traduit, notamment, dans les priorités nationales en santé

publique, dont les objectifs sont plus orientés en termes de protection que de promotion et de prévention.

Le projet de loi n° 36 quant à l'approche sociale en santé publique. En fait, le projet de loi repose sur une conception tronquée de la santé publique, qui établit une responsabilité forte des autorités publiques en matière de protection face à des menaces épidémiologiques, mais leur donne peu de responsabilités et de pouvoirs quant aux déterminants sociaux de la santé. Pourtant, l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la collectivité québécoise passe assurément le développement social, celui-ci devant nécessairement comprendre une stratégie et des mesures de lutte à la pauvreté.

En santé publique, la fonction de protection demande certainement des pouvoirs d'intervention exceptionnels parce que les circonstances où on doit les appliquer doivent être circonscrites, notamment quant au pouvoir de contrainte ou de limitation des droits individuels. Selon la CSN, il n'y a pas d'évidence que le législateur doive étendre de tels pouvoirs aux fonctions de prévention et de promotion. Cependant, pour la CSN, une loi sur la santé publique s'appuyant sur une conception globale de la santé des populations doit reconnaître un rôle de vigilance aux intervenants de la santé publique et leur confier de réels pouvoirs d'enquête et de recommandation vis-à-vis les populations qu'elles desservent.

● (9 h 40) ●

D'ailleurs, si l'état de santé, et le bien-être d'une population, doit être considéré comme un bien collectif, où est la place des citoyens dans l'expression des demandes d'enquête sur son état de santé? À titre d'exemple, il est clair que ce ne sont pas les experts en santé publique mais bien une pression citoyenne qui s'exprime quant aux dangers potentiels, aux besoins de recherches quant aux impacts du développement des organismes génétiquement modifiés.

Il y aurait aussi lieu de développer des mécanismes d'expression des citoyens face aux inquiétudes quant à leur état de santé et de bien-être et des appréhensions relatives au développement des biotechnologies. On pense, par exemple, aux inquiétudes de plus en plus fortes face aux aliments transgéniques. Nous n'avons pas de modèle à proposer, mais une conviction nous habite pour faire face aux défis, aux enjeux et aux choix qui attendent la société dans le domaine de la santé et du bien-être: il faut augmenter le lien de confiance entre la population et les directions de santé publique, les régions régionales et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les citoyennes et citoyens doivent percevoir que les DSP exercent une réelle vigilance sur leur état de santé et de bien-être.

Inscrire le principe de précaution dans le projet de loi de la santé publique. La rapidité des développements technologiques, notamment en biotechnologie, et surtout la rapidité avec laquelle elles sont traduites dans des applications concrètes posent de plus en plus de questions quant à leur innocuité ou à leurs conséquences possibles sur la santé. De plus en plus, on questionne avec raison le peu de preuves scientifiques solides quant à leur effet sur la santé humaine. D'ailleurs, en Europe, le concept de précaution est de plus en plus invoqué en matière de santé publique. La mise en place d'une nouvelle loi sur la santé publique est une

occasion privilégiée d'inclure le principe de précaution dans les principes directeurs de celle-ci. D'ailleurs, il faudrait inclure dans ces principes directeurs une obligation de multiplier les avis des chercheurs d'autres disciplines et d'y associer une forte participation du public, une participation des non-initiés, du savoir profane.

Une occasion manquée. Alors, une occasion manquée dans la mise en place de la Loi sur la santé publique est l'encadrement législatif des examens médicaux prescrits par voie législative ou réglementaire. On sait que, dans le document de consultation préliminaire qui a circulé, préparé par la Direction de la santé publique, il allait dans le sens de l'établissement d'une obligation d'obtention d'un avis de pertinence de ces examens avant d'en imposer l'usage.

Quelques remarques sur l'organisation des activités en santé publique. Alors, en juin dernier, lors de notre présentation devant la commission des affaires sociales étudiant le projet de loi modifiant, notamment, la gouverne dans le réseau de la santé et des services sociaux, nous avons exprimé des craintes quant aux possibilités d'impartition de certaines activités faites présentement en CLSC qu'introduisait le projet de loi n° 28. À notre avis, les régions régionales pourraient donc impartir une partie des activités de prévention, promotion, à des intervenants extérieurs au secteur public, alors que le but de la mise sur pied d'une loi sur la santé publique devrait être d'établir des principes directeurs et de clarifier les rôles et pouvoirs des intervenants en santé publique. La place que doivent prendre les CLSC est ambiguë dans le projet de loi n° 36. Pourtant, on sait que plusieurs activités de prévention et de promotion sont effectuées en CLSC.

Le projet de loi n° 28 adopté au mois de juin a renforcé le pouvoir du ministre sur la gouverne du réseau de la santé et des services sociaux, particulièrement sur les régions régionales. L'actuel projet cherche en plus à renforcer le pouvoir du ministre de la Santé et des Services sociaux sur la planification des activités en santé publique. Dans tout le débat sur la coordination provinciale des programmes, de la cohésion de l'intervention en santé publique, il ne faudrait pas confondre effort de standardisation et centralisation. En effet, les populations du Québec sont diversifiées, et il ne faudrait pas que les problématiques spécifiques et des visions régionales soient éliminées par une trop grande volonté d'uniformisation. Par exemple, il faudrait à tout le moins prévoir que le directeur de la santé publique puisse, dans le cadre du chapitre IV, agir sur des projets autres que ceux prescrits au plan national de santé publique.

Alors, sur la création du Comité éthique, même si c'est abordé et qu'on sait pas trop quel rôle... qu'est-ce que... comment... On sait peu ce que ferait ce Comité d'éthique là; on veut quand même apporter un commentaire: alors, dans un premier temps, que ce Comité devrait être nommé par l'Assemblée nationale plutôt que par le ministre ou le gouvernement. La mise sur pied de cet organisme consultatif risque de banaliser cette fonction de la mission de l'Institut pour la cantonner dans les mains de quelques individus, à quelques courants de pensée en santé publique ou même en éthique. Alors, pour nous, il y a là un apport important, et nous tenions à le dire.

Même si on parle de la participation citoyenne dans les chapitres précédents, on y voit cependant une amorce d'une participation citoyenne plus directe dans le projet de loi en santé publique en ce qui a trait au Comité d'éthique. Cependant, placer deux citoyens sur un tel comité n'est qu'apparence de contrôle démocratique des décisions, et nous voudrions que ce soit beaucoup plus large.

Nous demandons aussi qu'un véritable débat sur la place citoyenne dans la santé publique sur l'opportunité du développement démocratique du principe de précaution en santé publique et en protection de l'environnement soit entrepris rapidement. Sur ces questions, l'État devrait faire une place privilégiée à la mobilisation du monde ordinaire pour légitimer les décisions. Cette nécessité vient bien entendu de la nécessité d'une appropriation par les populations de son appareil sociosanitaire, mais aussi de la nécessité d'un encadrement par les citoyens et des experts dans l'application du principe de précaution.

Et enfin, à la toute fin du mémoire, nous avons regroupé les propositions. Alors, pour la première proposition, c'est que la place et le rôle de la dimension sociale de la santé et du bien-être doivent être confirmés dans le cadre d'une loi sur la santé publique. À cette fin, la CSN propose que le ministre de la Santé et des Services sociaux consolide le mandat de prévention et de promotion de la santé et du bien-être de la population dans la nouvelle loi sur la santé publique.

La CSN propose que la nouvelle loi confère à la santé publique un réel rôle de vigilance quant à l'état de santé des populations desservies. Les directions de santé publique devront obtenir un véritable pouvoir d'enquête et de recommandation s'appuyant sur une définition holistique que la santé, donc globale. La CSN considère que les autorités responsables de la santé publique doivent demeurer vigilantes quant à l'état de santé et de bien-être de la société québécoise. En ce sens, la mise en place d'une loi sur la santé publique doit introduire le principe de précaution dans les principes directeurs encadrant l'action en santé publique.

Et enfin, la santé et le bien-être sont des biens collectifs. Dès lors, des citoyens devraient de plus en plus participer directement aux décisions relatives à la santé publique. La CSN demande que le gouvernement profite de l'occasion de la mise en place d'une loi sur la santé publique pour amorcer un débat sur la participation citoyenne directe en santé publique, notamment quant à la place des non-initiés dans l'application des décisions entourant l'application du principe de précaution. Alors, Mme la Présidente.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, je vous remercie beaucoup, Mme Boucher, pour la présentation de votre mémoire. Je cède maintenant la parole au ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux.

**M. Trudel:** Bienvenue, merci beaucoup de votre présentation et d'avoir aussi pris le temps... pris le temps d'examiner précieusement, on le voit bien, et en détail le projet de loi n° 36 qui est présenté.

On l'a ici répété à plusieurs occasions, mais il faut le rementonner à chaque fois, parce que c'est

important, c'est une entreprise législative de modernisation extrêmement importante, parce que ça fait 29 ans, 28, 29 ans que nous n'avons pas abordé les modifications à la Loi sur la protection de la santé publique pour maintenant s'orienter davantage vers une loi sur la santé publique, évidemment, et c'est une... je pense que c'est une bonne nouvelle.

Les choses ont changé, les choses ont changé, et nous devons modifier les... modifier l'encadrement, moderniser les outils, faire plus de place à un certain nombre d'intervenants, parce qu'on comprendra assez facilement. Prenons un exemple. En 1972, on ne... on ne pouvait pas, je pense, au niveau du législateur, préciser davantage le rôle de la première ligne en santé publique. Les CLSC, les centres locaux de services communautaires, étaient à... presque à signer leur acte de naissance. Et, si la volonté était là dans la mission des CLSC à l'égard de la santé publique, il fallait bien que le petit vienne au monde, et qu'il grandisse un peu, et que nous soyons en mesure de préciser davantage sa mission à l'égard de la santé publique.

● (9 h 50) ●

Et la notion de santé publique également. On en était presque, sans abuser, vous avez un beau rappel historique dans votre mémoire, on était encore quasiment aux unités sanitaires... aux unités sanitaires et aux départements de santé communautaire, mais ça l'a beaucoup, beaucoup évolué. Vous rappelez à juste titre que, à la réforme de Marc-Yvan Côté de 1990, vous aviez souscrit largement, je m'en souviens très bien. C'étaient pas les mêmes acteurs qui étaient l'autre côté de la table, mais ils avaient souscrit à cette façon de réorganiser la santé publique.

Je me permets de faire une petite parenthèse, d'ailleurs. On voit souvent dans les mots que les directions de santé publique sont rattachées aux régies régionales. Le législateur de l'époque avait eu, je pense, la sagesse... Elles ne sont pas rattachées aux régies régionales de la santé et des services; elles sont dans les régies régionales au plan de l'administration, mais la direction de la santé publique a sa propre responsabilité et peut... a ses propres pouvoirs d'initiative. Je me rappelle très bien la description des pouvoirs des directions de santé publique dans la loi 90 de l'époque. Ça avait fait l'objet d'un immense débat qui finalement s'était, je pense, bien solutionné en laissant le pouvoir d'initiative aux directions de santé publique, qui sont administrativement dans un corps qui s'appelle une régie régionale, mais qui ne dépendent pas, en termes de... directement elles relèvent pas hiérarchiquement des régies régionales de la santé et des services sociaux. Je ferme ma parenthèse là-dessus, en vous remerciant d'abord de l'appui, aussi, global au projet de loi, de cette entreprise de modernisation.

Si vous voulez, je vais tenter de creuser un peu cette notion du social dans la santé publique, parce qu'on est dans le courant occidental, dans le courant des pays industrialisés, et je pense que c'est juste de dire que la santé publique a des racines fortes et une tendance à s'appuyer sur le biomédical, qui est une tendance mondiale, je dirais.

À cet égard-là, est-ce que vous trouvez que de faire maintenant obligation à la première ligne, à la porte d'entrée, qui s'appelle les centres locaux de

services communautaires, nos CLSC, qu'on le dise nommément dans la loi, ils auront à préparer avec les gens terrains, les professionnels et les personnels des centres locaux de services communautaires des plans de... un plan de travail et un plan d'action au niveau de la santé publique, est-ce que vous trouvez que c'est un geste suffisant en quelque sorte pour déplacer à un niveau encore plus près du terrain — je vais employer une expression pour l'imager — pour introduire davantage le social dans la santé publique sur le thème que vous avez soulevé d'entrée de jeu?

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

**Mme Boucher (Denise):** Alors, je vais donc peut-être juste répondre un petit peu à M. Trudel. Effectivement, c'est une initiative de modernisation à laquelle on est tout à fait d'accord. Et je vous indiquerais aussi que, au moment où on avait passé devant la commission Clair et je pense aussi que dans notre mémoire sur la loi n° 28 sur la gouverne, on avait aussi indiqué l'importance de moderniser la Loi sur la santé publique. Donc, on est tout à fait... Et que de creuser la notion du social pour nous ça demeure important, et on ne voudrait pas non plus que les expériences qui ont porté fruit pendant des années et des années soient reléguées strictement à la question biomédicale. Donc, je pense qu'on s'entend là-dessus et je sais aussi, en ayant lu les verbatims des autres présentations qui ont été faites, cette question-là revient aussi.

Alors, monsieur... Michel, là-dessus.

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

**M. Tremblay (Michel):** Alors, si vous permettez, M. Trudel, c'est une excellente question. Je vais essayer d'y répondre d'une façon un peu plus large. D'une part, oui, on pense que c'est intéressant de rapprocher la santé publique du local et que la porte du CLSC est la bonne porte. Par contre, vous comprendrez, oui, c'est important de le faire dans le texte de loi, mais disons que les CLSC ont été beaucoup amochés au niveau de la prévention et de la promotion au cours des dernières années et qu'il devra y avoir des mesures supplémentaires qui suivraient le texte de loi. Mais, sur votre question précisément, ceci est intéressant au niveau local, c'est aussi intéressant que le ministre de la Santé et des Services sociaux ait une porte d'entrée supplémentaire auprès des autres ministres pour intervenir de façon beaucoup plus large auprès du gouvernement, mais une des pièces maîtresses quant à nous est au niveau de la définition de la santé, au niveau de la portée de la santé publique sur le volet santé.

Quant à nous, de la façon que la santé est définie dans les quatre premiers articles, elle est beaucoup trop restrictive au volet protection santé physique. Et j'ai lu le verbatim de l'ouverture de mardi et je vous dirais que l'ensemble des interventions dans cette salle vont dans le sens de nos représentations pour élargir la notion de santé pour couvrir au niveau de la définition de l'OMS et que ce soit santé et bien-être.

Et, dans ce sens-là, si le CLSC fait une intervention — je vais prendre un exemple que vous avez utilisé vous-même — au niveau des sans-abri dans une région urbaine en hiver, oui, c'est nécessaire, c'est... il est temps que ça se passe, mais il faut que, et au niveau du CLSC et au niveau des autres ministères, on prenne des actions plus structurantes pour que... contrôler le problème à la source. Le problème des sans-abri, c'est un problème l'hiver, mais c'est pas juste le problème des sans-abri l'hiver. Et, dans ce sens-là, je pense que le texte de loi qui est sur la table, le projet de loi qui est sur la table, vous l'avez dit, on révisé cette loi-là aux 30 ans, je pense que c'est un moment privilégié pour que le législateur aille de l'avant et couvre l'ensemble du terrain de la santé publique.

**Mme Boucher (Denise):** Pour un complément, Mme la Présidente, M. Simon Tremblay.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Simon Tremblay, vous avez la parole.

**M. Tremblay (Simon):** Tout simplement pour préciser un peu ou pour répondre plus précisément à la question de M. Trudel concernant les plans d'action et les CLSC. Je voudrais simplement ajouter que effectivement jusqu'à maintenant, et l'histoire nous l'a démontré récemment avec les coupures, tant dans les CLSC que dans les directions de santé publique, il y a eu une priorisation dans le volet de protection. Et on comprend la protection, c'est, je pense, historiquement aussi le volet fondamental sur lequel repose une loi de la santé publique.

Cela dit, l'esprit même de la loi et la modernisation qu'on doit en faire doivent élargir considérablement la vision de la santé, telle que d'ailleurs on la retrouve dans la Politique de la santé et du bien-être du Québec, qui date de 1992, et qu'on prévoit remettre à jour prochainement. Cet esprit-là doit être reflété davantage dans les premiers articles de la loi.

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

**M. Trudel:** Très bien. Merci de la réponse, c'est éclairant. Savez-vous, j'ai envie de vous faire une remarque laudative — vous êtes en santé publique, là, vous deux, là, au niveau régional: pas de corporatisme, pas de... dans vos remarques et dans vos réponses, parce qu'on en a vu aussi, hein, garder le pouvoir là où il est actuellement. Et ça va changer vos responsabilités au niveau régional, parce que les plans d'action au niveau local, M. Tremblay, ce que vous venez de mentionner, ça va appeler votre concours au niveau des directions de santé publique régionales. On a tous une tendance en termes d'organisme, c'est la loi de Miller, en 1958, sur les systèmes, l'instinct de conservation en quelque sorte, de dire: Bien, on pourrait garder cela parce qu'on est déjà en place.

Il y a donc une transformation du rôle, puis je loue les propos que vous nous faites et la marque que cela inscrit pour les ajustements qui pourraient survenir lorsqu'on arrivera article par article dans le projet de loi. Je ferme la parenthèse. Ça vaut la peine de le

mentionner, parce que, dans notre grande entreprise sociale de santé et services sociaux, c'est encore beaucoup le cas souvent, et ça fait partie de la dynamique, ce qu'on ne retrouve pas ici, et je m'en réjouis.

● (10 heures) ●

J'attirerai, sur le social, j'attirerai votre attention sur l'article 52 du projet de loi à l'égard de ce que vous venez de nous indiquer et qui va donner beaucoup de pouvoir, et de responsabilités surtout, à la Direction de la santé publique, au directeur lorsqu'il «constate [...] ou craint l'apparition dans sa région d'une situation présentant des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables pour la population ou pour un groupe d'individus et, qu'à son avis, il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques, il peut demander formellement aux autorités dont l'intervention lui paraît utile de participer avec lui à la recherche d'une solution adéquate dans les circonstances». C'est pas petit, hein? C'est pas petit comme pouvoir mais aussi comme convocation de responsabilité aussi au niveau des équipes particulièrement compétentes qui se sont développées en santé publique dans chacune des régions du Québec sous l'égide du directeur ou de la direction des santés publiques... de la santé publique. Alors, c'est un peu là qu'on a essayé de le mettre large pour être capable de rejoindre votre objectif de davantage de développement social pour la prévention aux véritables... en un certain sens, dans chacune de nos régions du Québec. Et vous l'avez, l'exemple des sans-abri là, l'exemple des sans-abri, le premier Tremblay des deux Tremblay, et c'est là qu'on pourrait exercer. Mais il va falloir une conscientisation assez, je dirais, renouvelée parce qu'on est tous dans le modèle un peu dominé par le biomédical et il va falloir tous qu'on fasse des efforts en termes de développer la partie sociale.

La participation des citoyens, ça aussi, c'est un aspect important que vous avez présenté, Mme Boucher, et qui vous préoccupe aussi parce que ça... Les changements et un très grand nombre de gestes en termes de prévention en santé publique n'appartiennent pas, ne pourront jamais appartenir, à mon humble avis, aux professionnels, aux intervenants en santé publique. Ça relève des groupes constitués dans la population, des groupes de citoyens, des groupes d'action communautaire, des groupes dans la communauté. Est-ce que vous pensez qu'on pourra arriver, parce que c'est inclus dans la loi, ça, on pourra arriver à ce que, dans les plans d'action au niveau local, des centres de services communautaires, des CLSC, centres locaux de services communautaires, on pourra compter sur ce réseau de 147 portes d'entrée en social et médical au Québec pour assurer la participation des groupes communautaires ou des groupes de la communauté, des membres de la communauté dans les actions de prévention, à votre avis? Et je vous demande pas de me dire: Oui, ça va marcher; non, ça marchera pas. Votre avis là-dessus.

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

**Mme Boucher (Denise):** Je vous indiquerai que, peu importe le canal par où ça pourrait passer, ce qui compte, c'est que la population soit consultée. Mais,

en même temps, quand on parle, nous, de participation citoyenne, nous ne voudrions pas que cette participation citoyenne ressemble à celle maintenant votée en ce qui a trait, entre autres, à la gouverne et la façon dont les gens font partie maintenant... la population dite citoyenne fait partie des régions régionales parce qu'elle est maintenant nommée par vous. Pour nous...

**M. Trudel:** C'est votre proposition. Parce que vous allez m'en proposer là, je vous ai écrit.

**Mme Boucher (Denise):** De toute façon, M. le ministre, vous savez que là-dessus... vous nous avez écrit, mais ça demeure que c'est vous quand même qui allez déterminer qui siègera...

**M. Trudel:** On ne peut rien vous cacher.

**Mme Boucher (Denise):** ...et qu'il y a juste un seul siège pour les représentants syndicaux, alors.

**M. Trudel:** On ne peut rien vous cacher.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le ministre, on laisse la parole à Mme Boucher.

**M. Trudel:** Pardon.

**Mme Boucher (Denise):** Merci, Mme Tremblay. Alors, peut-être juste indiquer que, pour nous, oui, c'est important et cette participation citoyenne doit être prise en compte. Quand on parle, entre autres, de la question de la lutte à la pauvreté, parce que, pour nous, c'est un des déterminants en santé publique, ces gens-là ont des idées, ils sont capables d'aller de l'avant et ils sont aussi capables de promouvoir des solutions auprès du gouvernement et même auprès des gens de la santé publique. Donc, pour nous, la participation citoyenne est importante, mais elle ne doit pas être artificielle, peu importe par où elle passera, peu importe: C'est-u bon là ou mauvais là? Nous, ce qu'on veut, c'est qu'elle ne soit pas artificielle, et que les citoyens soient reconnus, et que ça soit pas perçu comme frivole, des fois, une idée, qui pourrait avoir toute son importance. Alors, on sait actuellement qu'il y a... Parlons juste sur la lutte à la pauvreté, hein, on sait qu'il y a un collectif qui a émis une loi sur une lutte à la pauvreté et on perçoit ça comme étant frivole, mais, en même temps, c'est quand même les citoyens qui l'ont créé, ce projet de loi là.

Alors, peu importe par où ça passera, nous, ce qu'on veut, c'est que les citoyens soient consultés, les citoyens et les citoyennes, et que... Est-ce qu'il faut... Les CLSC, à mon avis, font déjà beaucoup d'efforts à cet effet-là, ils sont une porte d'entrée, oui, mais ils sont aussi un soutien aux collectivités. Mais, je vous le dis, peu importe par où ça passera, nous, ce qu'on veut, c'est qu'on veut pas que ça soit artificiel. M. Tremblay, Michel...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, M. Michel...

**Mme Boucher (Denise):** ...pour distinguer nos Tremblay.

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

**Mme Boucher (Denise):** Vous savez que c'est une forte population au Québec quand même, hein.

**Une voix:** C'est du bon monde.

**Mme Boucher (Denise):** C'est du bon monde.

**M. Trudel:** Surtout qu'ils sont trois dans cette salle, ils vont finir par...

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

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, M. Michel Tremblay.

**M. Tremblay (Michel):** Premièrement, sur 52, j'entends ce que vous dites, si ce que... si vous modifiez le texte pour être conforme à ce que vous nous dites, ça nous satisfait totalement. Quand, moi, je lis le texte, oui, il y a beaucoup de pouvoirs de donnés au directeur de santé publique. Il est pas évident que ça va jusqu'à certains aspects du social. Et je reprends l'exemple des machines vidéopokers, c'est pas évident que ça donne le pouvoir à un directeur de santé publique de faire sortir les machines ou de faire des recommandations pour sortir les machines de son territoire, à titre d'exemple. Si on clarifie, dans les quatre premiers articles, la notion de santé et la notion de risque pour élargir la portée de l'article 52, ça nous satisfait totalement.

Sur le citoyen, je pense qu'il faut qu'il y ait un... pas seulement une meilleure écoute, mais un meilleur va-et-vient entre le citoyen, le CLSC, la Direction de santé publique, le ministre de la Santé, le gouvernement en général, dans tous les sens du terme. Je pense que la santé publique n'est pas ou n'est plus une science exacte, dans le sens où on peut asseoir dans une salle deux, trois experts et prétendre avoir un avis sur tout ce qui se passe au Québec d'aujourd'hui. Et, dans ce sens-là, il faut favoriser ce qu'on recommande depuis quelques années, un réseautage de l'expertise le plus large possible. Nous, on pense que, oui, le ministre doit avoir des avis de l'Institut national de santé publique, oui, le ministre doit avoir des avis d'un comité d'éthique, mais il faut élargir le plus possible le réseautage de l'expertise. Et le citoyen là-dedans est maintenant porteur de certaines des solutions; dans le cas des OGM ou d'autres cas, le problème est soulevé par la base avant que les experts se penchent sur le dossier.

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

**Mme Boucher (Denise):** Et M. Simon Tremblay.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui. Alors, en complément de réponse, M. Simon Tremblay.

**M. Tremblay (Simon):** Merci. Je voulais simplement ajouter, effectivement, sur le sens qu'on donne à la loi. L'esprit de la loi est tout aussi important que la loi elle-même, parce que c'est comme ça que les

intervenants en santé publique vont interpréter la loi. Donc, il est très important que l'esprit de la loi, en termes de développement social, de préoccupation sociale, reflète dans toutes ses dispositions l'importance qu'on doit accorder au social. L'esprit de la loi doit donc passer, oui, bien sûr, par les articles, comme le mentionnait mon camarade, M. Tremblay, par un recentrement au niveau des premières dispositions de la loi, sur la définition de la santé, santé, et du bien-être.

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

**M. Tremblay (Simon):** Un dernier commentaire, si vous me permettez...

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

**M. Tremblay (Simon):** ...sur la participation citoyenne. La participation citoyenne en matière de santé publique est très importante, et vous le savez, on a eu de nombreux exemples. La population est très préoccupée par la santé publique. Or donc, c'est une garantie d'une volonté de participation des citoyens et des citoyennes, des organismes représentants, il s'agit de leur donner les moyens pour maximiser cette volonté de participer. On peut prendre des exemples nombreux, mais je rappellerai facilement que les crises de méningite qu'on a connues dans la région de Québec et de Chaudière-Appalaches, par exemple, ont démontré les préoccupations que la population a en situations de crises — mais on pourrait prendre d'autres exemples aussi en dehors des situations de crises — pour la santé publique.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, M. Tremblay. Alors, le temps étant écoulé, vous avez peut-être quelques secondes, M. le ministre, si vous voulez faire quelques remarques finales.

**M. Trudel:** Merci, Mme la Présidente. Oui, on va essayer d'utiliser ces quelques secondes là. Je suis toujours... c'est pas rien que dans notre... dans la question qui est devant nous, mais il y a une question, moi, qui m'interpelle. Mme Boucher, vous avez dit: Il faut qu'il y ait un débat, un grand débat public, ailleurs, pas aujourd'hui, vous avez dit ça, mais, chez vous, quelqu'un a... prend maintenant l'expression «un grand débat public officiel». Qu'est-ce que c'est, ça, un grand débat public officiel? Qu'est-ce que c'est, ça, un débat public?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors là vous suscitez une réponse, M. le ministre.

**M. Trudel:** Bien, tantôt, quand l'opposition va commencer...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, peut-être que Mme Boucher pourra y répondre.

● (10 h 10) ●

**M. Trudel:** ...ils vont passer le message.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Boucher pourra y répondre, peut-être, à une question...

**M. Trudel:** Merci de votre présentation.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui? Vous permettez? Oui?

**Une voix:** ...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Bon bien, la question étant posée, j'ai le consentement de l'opposition. Alors, vous pouvez y aller, Mme Boucher, pour répondre.

**Mme Boucher (Denise):** C'est M. Michel Tremblay qui va répondre.

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

**M. Tremblay (Michel):** Bien, un grand débat public officiel? Je vais prendre l'exemple des vaccins. Simon l'a mentionné, il y a eu une crise dans la région de Québec. Le ministre a demandé des avis et de cet avis sort une grande campagne de vaccination, que je veux pas remettre en question. Cependant, je pense que oui, autour de cette question-là, il y a un débat public et ça doit susciter aussi de l'information. Nous, dans la région de Montréal, on n'a pas vécu la crise de la même façon et maintenant, ce qu'on sait, c'est qu'il y a pratiquement obligation de vaccination, même si c'est pas le cas, pour tous les enfants, entre une date et une date. Est-ce qu'on peut avoir plus d'information? Est-ce qu'on peut savoir c'est quoi, les contre-indications? Est-ce qu'on peut savoir s'il y a des effets secondaires? Est-ce qu'on peut savoir s'il y a des dangers à la vaccination? Et je pense qu'il devrait y avoir un débat public sur ce cas-là, même si la décision, je pense, serait la même en bout de piste.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, M. Tremblay. Alors, M. le député de Châteauguay, je vous cède la parole.

**M. Fournier:** Merci, Mme la Présidente. À mon tour de vous souhaiter la bienvenue, je suis bien content de vous avoir parmi nous. Je vais... j'ai quelques questions, mais je vais peut-être commencer par le sujet qui est sur la table présentement, celui de la participation des citoyens, ce que vous appelez la pression citoyenne, aussi, entre autres, et je suis tout à fait d'accord avec vous sur l'importance, surtout en santé publique... je dirais, de façon générale, dans tous les cas, mais surtout en santé publique, puisque ça interpelle chacun de nos concitoyens dans tous les cas. Si on veut élargir le concept de la façon dont vous le présentez, il faut qu'ils fassent partie de la discussion puis il faut qu'ils soient informés, je suis persuadé là-dessus.

On avait discuté jusqu'ici surtout en termes, et le ministre l'a amené de cette façon-là, en termes de la participation des citoyens ou des différents groupes de citoyens, individuels ou collectifs, à l'ébauche du plan local ou régional, la participation donc à fournir les objectifs. Mais il a aussi été vu sous un autre angle... la participation des citoyens, je réfère notamment à l'Institut national de santé publique qui en parlait, quant

à eux, à l'égard du comité d'éthique. Et je vais juste vous citer un passage, c'est à la page 5 dans le mémoire: «Au plan des mandats — du comité d'éthique — en plus de répondre aux demandes d'avis provenant du ministre ou des directeurs de la santé publique, le comité devrait pouvoir répondre aux demandes provenant de groupes de citoyens, de groupes sociaux ou d'intervenants directement impliqués par les actions de santé publique proposées.»

Je sais que, dans votre proposition, vous souhaitez que le comité d'éthique puisse agir sans attendre la demande du ministre, puisse proprio motu, se lancer dans son travail qu'il a à faire. Je voudrais savoir comment vous réagissez à la proposition de l'Institut national de santé publique à l'égard de demandes d'avis, de demandes de débat ni plus ni moins qui soit lancé, mais qui ne vienne pas du comité d'éthique lui-même, mais qui soit élargi à un ensemble beaucoup plus vaste. Et, si vous me répondez que vous trouvez cette façon... Évidemment, si je vous pose la question, c'est parce que, moi, je trouve ça utile, moi, je trouve ça intéressant. Mais je vous demanderais comment vous voyez... comment ça pourrait se faire, ce genre de débat. Et je vous mets le contexte au complet, j'ai déjà posé la question à quelques groupes. La protectrice du citoyen nous a dit: Moi, je pense que c'est prématuré; le comité d'éthique, il faut qu'il commence à faire son travail. D'autres nous ont dit: Non, le comité d'éthique, avec les ressources qu'il a, pourra faire le tri des demandes qui lui sont faites, des demandes d'avis, et choisir ceux qui veulent. Mais on n'a pas encore, non plus, le profil de comment ça pourrait se faire. Alors, ma question, c'est donc: Êtes-vous d'accord? Et, si oui, avez-vous une idée du comment?

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

**Mme Boucher (Denise):** Alors, bonne question. Je vous dirais que, pour le moment, sur le comment, non. Oui, c'est une bonne idée parce que, en fait, pour nous, il y avait... Il faudrait peut-être qu'on sache un peu quel va être le rôle de ce comité d'éthique là, parce qu'on y fait à peu près... on n'a pas de formulation bien déterminée du rôle qu'il va pouvoir jouer. Mais ce qu'on indique aussi dans notre mémoire, c'est qu'on dit qu'il y a des régions quelquefois qui peuvent avoir des dynamiques et des problématiques particulières pour lesquelles il vaudrait peut-être que le ministre intervienne, au lieu de venir directement du ministre. Alors, nous, il y a ça là-dedans. Sur le comment, à moins que mes amis y aient pensé en s'en venant ce matin, je peux leur donner la parole, puis peut-être changer par Simon.

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

**M. Tremblay (Simon):** Merci. Moi, je serai très bref. Un comité d'éthique, tel qu'il est défini actuellement dans le projet de loi, va se préoccuper d'éthique. On comprend que... je pense que la principale préoccupation d'un comité d'éthique doit être les questions d'éthique. Cependant, si on veut élargir le mandat du

comité d'éthique et lui inclure un volet de consultation de la population, il faudra définir, comme le disait précisément Mme Boucher, le mandat en conséquence ou encore multiplier les représentations de la population, et ça demeurera toujours un comité d'éthique. Là, on est comme dans deux comités, si j'ai bien compris le sens de votre question, dans deux instances différentes. On veut discuter d'éthique d'une part, et c'est important que les citoyens et les citoyennes soient présents bien sûr, mais, pour l'ensemble de la problématique de santé publique, qui n'est pas seulement une question d'éthique, alors là il faut se trouver peut-être une autre tribune ou, si on utilise cette tribune-là, il faudra le préciser dans le contexte législatif.

**M. Fournier:** Et l'autre tribune, parlez-moi de l'autre tribune. S'il fallait se donner une autre tribune qui permette aux citoyens de se préoccuper, ou de donner suite à leur préoccupation en matière de santé publique, quel genre de tribune on pourrait imaginer?

**Mme Boucher (Denise):** Peut-être, si vous me permettez, parce que je suis après...

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

**Mme Boucher (Denise):** Pardon, Mme Tremblay, mais je suis après... Bon, la loi n° 28 donne, autour de la question des régies régionales, la place d'un forum de citoyens. Est-ce que ça pourrait pas être là? Même à ça, le forum de citoyens, même si on sait qu'il est mis en place, on sait pas trop comment il va travailler, lui aussi. Est-ce qu'il a libre cours, au forum des citoyens, dans une régie, de travailler, de les convoquer, deux, trois, quatre fois, cinq fois, six fois par année? Ça, c'est pas déterminé. Alors, est-ce qu'il y aurait pas lieu là pour effectivement que les citoyens prennent une partie de... j'allais dire de leur pouvoir autour de cette santé publique là, de passer par les forums de citoyens? Ça pourrait être une des formules. Il faudrait cependant que ça soit clair et qu'il y ait des... quand on l'indique, que ça soit vraiment sur les questions soit de déterminants, de protection ou de connaissances. Alors, je le dis comme ça là, mais il me semble qu'il y a là un espace déjà mis en place qui interpelle les régies régionales et qui sont en lien aussi avec les DSP et les CLSC.

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

Une voix: ...

**Mme Boucher (Denise):** M. Tremblay, Michel.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, vous voulez ajouter quelque chose, M. Michel Tremblay?

**M. Tremblay (Michel):** Oui, peut-être... Le problème qu'on voit avec l'ensemble du chapitre III, c'est que... Comme le disait Simon, on parle d'un comité d'éthique sur lequel il y a un éthicien, et le mandat est très large, là: «Donner son avis sur toute action de santé publique prévue par le programme national, les plans

d'action régionaux ou les plans d'action locaux de santé publique.» Mais on définit pas clairement quelque part c'est quoi, l'éthique, où commence le champ d'intervention, où s'arrête le champ d'intervention du comité, de sorte que, structuré comme ça, le comité peut faire à peu près n'importe quoi, là.

**Mme Boucher (Denise):** Puis on pourrait rajouter, si vous me permettez, Mme Tremblay, pour répondre toujours à la question de M. le député, il y a des états généraux aussi qui pourraient être annoncés par l'État sur une dynamique importante qui pourrait se développer. Alors, il y a plein... à mon avis, là, s'asseoir et réfléchir, il pourrait émerger beaucoup de solutions.

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

**M. Fournier:** Bien, déjà, quand vous avez parlé du... et, à mon avis, ça serait qu'une facette, mais, bon, vous avez quand même mis sur la table à brûle-pourpoint le forum des citoyens, et j'ai comme entendu le ministre dire qu'il trouvait que c'était une bonne idée, alors on trouverait un moyen comme législateur... trouver une disposition dans le projet de loi pour qu'on puisse bonifier le rôle de ces forums dont on ne sait pas encore grand-chose, comme vous le dites. Mais, pour lui donner un axe important sur les déterminants de la santé, on va trouver un moyen, puis je suis sûr que les légistes qui accompagnent le ministre sont déjà en train de cogiter à la question. Alors, je trouve déjà cette chose intéressante.

On parle du comité d'éthique, vous identifiez déjà les zones grises. Est-ce que ce serait interpréter respectivement, largement... on le sait pas, on va le voir à l'usage, j'imagine. Mais vous profitez de votre mémoire pour souligner qu'il devrait être indépendant. Alors, comme vous en avez peu parlé durant la présentation, je vous demanderais de nous expliquer pourquoi vous justifiez cette demande d'indépendance et, en même temps, si vous vouliez me parler du directeur national de santé publique pour savoir s'il devrait, lui aussi, à cet égard avoir une certaine indépendance.

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

● (10 h 20) ●

**Mme Boucher (Denise):** Comme on l'a indiqué dans notre mémoire, c'est que ce qu'on craint aussi, c'est que ce soient quelques experts qui aient à suivre une ligne directrice. C'est pour ça que, nous, on disait: qu'ils soient nommés non pas par le ministre ou... par l'Assemblée nationale, pour nous, ça demeure important parce qu'il faut qu'ils soient le plus intègre possible et que ces gens-là aussi soient... répondent aux besoins de la population. Alors, c'est beaucoup plus dans ce sens-là. Parce que, pour nous, il est important, on l'a dit, la santé publique, c'est collectif. Il se doit de répondre aux élus, il se doit de répondre à la population, et c'était dans ce sens-là qu'on l'amenait, nous.

Pour ce qui est du directeur, peut-être que... Simon, là-dessus?

Des voix: ...

**M. Fournier:** La protectrice du citoyen proposait, comme formule de nomination des membres du comité d'éthique, qu'ils soient nommés par le gouvernement, mais à partir de liste, de groupes à déterminer, là. C'est pas rendu là, le «fine-tuning» est pas là, mais un peu comme si on nommait les juges, ni plus ni moins. Alors, il y a une liste, puis il faut qu'il choisisse dans la liste. Est-ce que, par rapport à une nomination par l'Assemblée nationale qui, évidemment, offre une optique tout à fait différente... est-ce que ce genre de proposition de la protectrice du citoyen, qui l'amène justement pour assurer... par souhait d'indépendance... serait une formule qui pourrait satisfaire?

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

**Mme Boucher (Denise):** Non, c'est vrai, on n'y a pas pensé, mais je vous dirais que ça arrive aussi dans d'autres lieux où on a à nommer, par demande du ministre, qui on voudrait qui siège là. Ça se fait. Nous, je ne crois pas qu'on soit fermés. On le fait d'ailleurs en ce qui a trait à la question, entre autres, du Code du travail, les commissaires.

**M. Fournier:** Dernière série de questions... enfin de questions, puis je verrai...

**Mme Boucher (Denise):** En rafale.

**M. Fournier:** On verra...

**Mme Boucher (Denise):** Questions en rafale.

**M. Fournier:** On verra à l'usage si c'est une série. C'est peut-être juste une question. Vous parlez du principe de précaution. Je dois vous dire que ça m'intéresse particulièrement, mais c'est appelé peut-être autrement dans d'autres mémoires. J'aimerais que vous me disiez comment vous le voyez dans son application, ce principe de précaution, pour voir si je le comprends de la même façon que j'imagine que je le comprends. Alors, ce que vous y voyez dedans, comment vous voyez... quels mécanismes permettent à ce principe de ne pas être qu'un principe, mais qu'il y ait aussi une application?

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

**Mme Boucher (Denise):** Alors, M. Tremblay, Simon.

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

**M. Tremblay (Simon):** Oui. Essentiellement, le principe de précaution, ça se définit de façon très élémentaire, c'est que, dans le doute, on s'abstient. Et ça, évidemment, quasi-certitude pourrait nous permettre d'agir. L'exemple des organismes génétiquement modifiés, je pense, est le meilleur. Je pense qu'à ce chapitre-là, si on résume de façon aussi synthétique le principe de précaution, il devrait avoir comme corollaire, au

niveau des directeurs de santé publique et du directeur national de santé publique, un rôle confirmé en ces matières qui devrait lui permettre de donner des avis, des avis précis sur les précautions qui doivent être prises en matière de santé publique. Les organismes génétiquement modifiés, par exemple, devraient être... seraient un bon exemple d'utilisation du principe de précaution. À défaut de certitude, à tout le moins le directeur national ou les directeurs de santé publique devraient être en mesure d'aviser les citoyens des réserves qui s'imposent dans les circonstances, puisqu'il y a des avis scientifiques qui, pour le moment, divergent en ces matières.

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

**M. Fournier:** Dans le mémoire de la CSQ et dans celui de l'Association de santé publique du Québec, on nous parle beaucoup — et là je ne suis pas dans le principe de précaution, bien que j'y trouvais un certain lien — de mécanisme systématique d'évaluation des impacts à l'égard de la santé, de décision gouvernementale. Comment vous réagissez à ces propositions qui amènent... d'abord, de façon mécanique, systématique, qui amènent le gouvernement à interpeller tous les ministères comme étant des acteurs en santé sociale, qui jouent sur les déterminants de la santé, donc un mécanisme qui voit, pour chacune des décisions, quels seraient les impacts, avec un rôle renforcé pour un observatoire, serait-il l'Institut national de santé publique ou autre, qui fait le suivi public, généralisé, très largement diffusé, des atteintes ou non de cibles, d'indicateurs, d'objectifs qui sont inclus dans différents plans ou dans différents programmes? Alors, je comprends que le principe de précaution, c'est de dire: On creuse le problème le plus possible et, si on pense qu'on devrait pas agir ou on devrait pas permettre telle pratique, on le prohibe ou on permet aux gens, en tout cas, d'allumer une lumière à cet égard-là. D'autres mécanismes sur la conduite gouvernementale, que ce soit à l'égard d'actions qu'elle veut lancer dans toutes ses sphères d'activité de l'État québécois ou à l'égard de programmes qu'elle se donne, d'indicateurs qu'elle se donne, mais qui ne sont... qui restent toujours là comme lettre morte, on n'en reparle plus, puis... Oui, je sais que les gens qui sont, par exemple, en santé publique, pour les indicateurs qu'il peut y avoir, ils sont au courant qu'il y a des indicateurs, puis ils sont au courant, peut-être parfois, où on est rendu. Mais le monde en général le savent pas. Si le monde en général le sait pas, l'engagement gouvernemental ne se vérifie pas dans son imputabilité, là. Il y a pas personne qui crée une pression pour faire en sorte qu'on suive vraiment et qu'on mette des ressources pour suivre les indicateurs qu'on a lancés.

**Mme Boucher (Denise):** Alors, M. Tremblay, Michel.

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

**M. Tremblay (Michel):** Oui. On est d'accord qu'il y ait une meilleure ou une plus grande évaluation

des actions terrains, particulièrement si on en rajoute, si on augmente le rôle des CLSC, si on donne plus de pouvoirs d'action dans les régions. Donc, c'est bien évident qu'il doit y avoir une meilleure évaluation. Mais le plus important, c'est la rétroaction. C'est-à-dire que l'évaluation soit faite dans une perspective de rétroaction pour que, dans le processus de décision menant à des actions importantes, le plus en amont possible on soit en mesure d'élargir le champ de l'expertise ou des questions qui devraient être touchées par l'expertise lors d'une autre action du même type. Et on revient donc à la question en amont du rôle du comité d'éthique, de l'INSP, des experts en général sur des questions bien précises de santé publique.

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

**M. Fournier:** Oui, juste un commentaire sur le sujet. La raison pour laquelle je vous pose ces questions-là, c'est qu'il me semble que, lorsqu'on veut lancer un projet de loi comme celui-là, des programmes, des plans — puis ça a déjà existé, il y avait aussi des cibles qui étaient données, puis on va les suivre — les gens qui travaillent là-dedans, bien, ils savent un peu ce qui se passe. Mais le monde en général le sait pas. Et, moi, où j'en ai... Puis vous parliez tantôt de la participation des citoyens à l'égard du comité d'éthique comme à l'égard de la confection de plans ou à tous égards... si c'est des forums des citoyens. Si on veut que cette participation-là soit, un, réelle, active, utile, il va falloir que ce soit largement diffusé, non seulement les objectifs qui sont lancés, mais les résultats qui sont atteints, les raisons pourquoi on les a pas atteints.

Et l'avantage que ça offre, c'est non seulement que ça outille les citoyens dans leur participation à ces débats et ça les interpelle encore plus... Puis, en matière de santé publique, il faut qu'ils se sentent interpellés. Donc, ça, ça permet ça. Mais, d'un autre côté, ça permet de redonner au gouvernement, je dirais, la pression populaire qui l'incite à bouger. Parce que, sans cette pression populaire qui n'a pas suffisamment d'information, on peut lancer à gauche ou à droite des objectifs. Puis, s'ils sont pas suivis, c'est pas plus grave. Alors, s'ils sont pas suivis, puis ils sont pas atteints parce qu'il y a pas eu de ressources, s'il y a pas de coût politique, c'est pas grave. Alors, c'est pour ça qu'il me semble qu'il y a une nouvelle façon de faire qu'on doit se donner. Peut-être réinventer la pression populaire, la pression publique, de manière à ce qu'elle devienne une vraie mesure qui incite à l'action gouvernementale, qui le force à offrir les ressources nécessaires.

Puis je disais déjà plus tôt, je disais hier, à l'égard du ministre de la Santé, de pouvoir l'outiller lui-même à l'égard de ses collègues autour de la table. Là, le mécanisme de suivi, entre autres, de toutes les décisions, ça lui permet de jouer un rôle de capitaine d'équipe puis de dire notamment au Conseil du trésor: La santé, c'est aussi toi, puis le social, c'est aussi toi; le Trésor, quand tu nous mets sous tutelle puis, après ça, tu es rendu à une telle période de notre mandat, puis il se passe telle chose en ce moment, c'est les crédits, puis là tu nous dis: Voici comment ça va se passer... je m'excuse, mais ça te concerne aussi. Alors, c'est... La

raison pourquoi ça m'intéresse de vous entendre puis les autres groupes qui parlent de méthodes de suivi gouvernementales, c'est la possibilité d'avoir une meilleure imputabilité tout en interpellant les citoyens. Je sais pas si vous avez une réaction ou un commentaire.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, M. Michel Tremblay.

**M. Tremblay (Michel):** Bien, la première réaction, quand on vient à bout de s'entendre sur des priorités nationales de santé publique 1997-2002, je pense que, oui, il est important, un, d'en informer la population au fil du temps pour voir c'est quoi, le vécu de ces priorités-là, les actions qui en découlent, et ça va de soi qu'il faut les évaluer au cours de la route et, comme je le disais, faire de la rétroaction, voir si l'action est encore la bonne, appropriée, par rapport à la cible qu'on s'était donnée en 1996-1997. Je pense que ça va de soi.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, M. Tremblay. M. le député de Châteauguay, c'est terminé?

**M. Fournier:** Merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, il ne me reste qu'à vous remercier pour votre participation et l'apport que vous avez apporté à cette commission. Alors, maintenant, j'invite les représentants de la Centrale des syndicats du Québec à bien vouloir prendre place. Et je suspends les travaux pour quelques minutes.

*(Suspension de la séance à 10 h 30)*

*(Reprise à 10 h 36)*

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, si vous voulez prendre place, s'il vous plaît.

Alors, la commission reprend ses travaux. Je dois vous aviser cependant que, contrairement à l'horaire que j'avais mentionné, Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada viendront à midi trente, à 12 h 30 au lieu de 14 heures, de sorte que l'on puisse faire les remarques finales un peu plus rapidement et ajourner plus rapidement.

Alors, je voudrais aussi, bon, tout simplement faire une correction au niveau des remplacements: Mme la députée de Vanier, Mme Barbeau, remplace le député de Dubuc, M. Côté. Alors, c'est une omission qu'on avait faite au tout début. Alors, je veux apporter cette correction.

Maintenant, je souhaite la bienvenue aux représentants de la Centrale des syndicats du Québec. Je laisse la parole à la porte-parole. Je cède la parole, et vous voulez bien, s'il vous plaît, nous indiquer votre nom de même que les personnes qui vous accompagnent.

**Centrale des syndicats du Québec (CSQ)**

**Mme Chabot (Louise):** Bonjour. Louise Chabot, vice-présidente de la Centrale des syndicats du Québec.

À ma gauche, René Beauséjour, qui est président de la Fédération des professionnels de la santé et des services sociaux à la CSQ; et, à ma droite, Hélène Le Brun, conseillère à la Centrale et responsable des dossiers de la vie professionnelle, santé et services sociaux.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, Mme Chabot, vous avez une vingtaine de minutes pour la présentation de votre mémoire.

**Mme Chabot (Louise):** Bon, d'abord, vous connaissez la CSQ. Juste vous dire que la Centrale est majoritairement présente... représente des salariés majoritairement dans le secteur public, éducation et santé. Dans le secteur de la santé et des services sociaux, nous avons trois fédérations: Fédération des professionnels, la Fédération du personnel de la santé et des services sociaux et l'Union québécoise des infirmières et infirmiers. C'est donc conjointement que nous vous présentons notre avis sur le projet de loi.

D'abord, vous dire qu'on accueille favorablement l'instauration d'un projet de loi en santé publique tel qu'il nous est présenté. En effet, pour nous, c'était clair que la Loi sur la protection de la santé publique adoptée en 1972 n'était plus... ne correspondait plus au concept actuel qu'on accorde à la santé, c'est-à-dire le concept beaucoup plus global qui inclut des éléments de prévention, de promotion, de protection et aussi des garanties de santé et bien-être de la population. Donc, on pense qu'un projet de loi doit intégrer toutes ces dimensions-là, et il le fait dans l'esprit qu'il nous est présenté.

Par ailleurs, on pense aussi que le projet de loi appelle à des vigilances par contre plus étroites, particulièrement au regard d'un maintien d'un juste équilibre entre les responsabilités et les pouvoirs d'intervention de l'État et de la Direction de la santé publique et les personnes, c'est-à-dire le respect des personnes, surtout dans un contexte particulièrement de développement accéléré des technologies.

On pense aussi que le projet de loi doit respecter des valeurs démocratiques et éthiques relatives aux services publics de même aussi que la reconnaissance d'un pouvoir d'appropriation personnel et collectif des individus et des communautés. C'est dans ce sens-là que nous avons bâti le mémoire que vous avez eu et que vous avez dû lire, donc en six grandes rubriques qui ont constitué la toile de fond de notre vision.

● (10 h 40) ●

Comme je le disais, c'est nécessaire que la Loi sur la santé publique intègre les volets de santé physique et sociale. Ça se fait dans l'esprit, mais on pense que ça doit se refléter aussi dans l'écriture des textes. On vous suggère à la fin d'ailleurs de notre projet différentes modifications. Et je vous souligne en même temps que, dans notre vision et dans la vision qu'on doit avoir, partout où on écrit «santé de la population», on devrait voir ajouté «santé et bien-être».

Le projet de loi doit aussi faire sienne, nous croyons, la priorité d'action sur les déterminants de la santé. On y fait référence, mais on pense aussi que ça doit être inscrit nommément dans le texte. Facteurs biologiques, les habitudes de vie, l'environnement et le système de soins font partie de ces déterminants qui sont importants.

Le projet de loi doit soutenir les professionnels qui offrent... dans la réalisation des activités de protection de santé publique et aussi de promotion et de prévention, et ce, tant dans les institutions que dans le milieu communautaire que dans les institutions hors du réseau de la santé et services sociaux. On sait qu'on a toujours privilégié une approche multisectorielle dans l'approche de soins. Donc l'importance aussi des autres milieux comme l'école, les centres de la petite enfance ou les maisons de jeunes dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé doivent également être soutenus.

Il y a un concept qui nous paraît important, qu'on n'a pas vu apparaître dans le projet de loi, c'est toute la question du concept de «développement durable» quand on parle de santé publique. Et on fait valoir comment ça peut être important d'agir sur les déterminants de la santé. On pense que des concepts liés au développement durable sont tout aussi importants. Le document de consultation préliminaire en faisait état, mais, dans le projet de loi, on n'a vu aucune référence à ces questions-là, particulièrement quand ça touche des politiques, des plans ou des programmes du gouvernement liés à l'environnement. Parce qu'il y a de multiples exemples qu'on pourrait souligner qui méritent que, quand on parle de santé publique, on fasse mention de ces questions-là.

Par rapport aux responsabilités et aux pouvoirs d'intervention de l'État, c'est là que ça fait appel particulièrement à des vigilances parce qu'on croit que l'équilibre est très fragile et la frontière est mince entre les pouvoirs interventionnistes de l'État et le respect de l'autonomie et de la liberté des personnes.

Je pense que c'est important d'être vigilant pour que les pouvoirs n'outrepassent pas la liberté individuelle des personnes dans ce sens-là. C'est pour ça que vous allez retrouver des recommandations de notre part que, pour des ordonnances d'isolement qui peuvent aller jusqu'à 72 heures, nous allons privilégier qu'il y ait des ordonnances de cour plutôt que des ordonnances directes, d'accorder aussi une marge discrétionnaire pour le juge qui va être chargé d'appliquer les amendes qui sont prévues, particulièrement à l'article 135 où on vise quoique peut commettre une infraction pourrait être passible d'une amende de \$1 000 à \$6 000 quand on... qui omettrait de donner des renseignements. Je pense que, là, il faut faire appel aussi... Souvent, quand on fait état que la santé publique, ça doit avoir des dimensions d'éducation, on sait que la population, souvent, on peut avoir affaire à des individus où le profil socioéconomique... sont des personnes très démunies, et je pense qu'à ce moment-là il faudrait être vigilant dans ces pratiques-là d'intervention pour permettre de tenir compte de ça. Et, dans les amendes qui pourraient être octroyées, c'est assez élevé, dépendamment à qui on s'adresse.

On pense aussi qu'il y a danger de manipulation par l'État de données sociosanitaires pour des fins autres que celles pour lesquelles elles ont été recueillies. Le projet de loi introduit des verrous qui sont assez importants, là-dessus on les reconnaît. Mais on pense que, effectivement, particulièrement le comité national d'éthique qui est proposé d'être mis en oeuvre devrait être très vigilant et avoir des pouvoirs d'introduire au fur

et à mesure de l'avancement des technologies de l'information d'autres verrous qui permettent que les données sociosanitaires, particulièrement en santé publique, soient sous l'enseigne totale de confidentialité des données et ne servent qu'aux fins pour lesquelles elles sont recueillies.

On propose d'ajouter l'obligation de tenir aussi un avis de pertinence avant d'imposer des tests médicaux non sollicités par la personne soit pour des fins d'employabilité ou d'assurance. Ça aussi, c'est un élément qui était dans le document de consultation préliminaire qu'on ne voit pas et on pense que ça pourrait être confié, dans les pouvoirs et dans les mandats du comité national d'éthique, de jouer un rôle sur cette question.

Pour la centrale, le message doit être très clair que l'action en santé publique s'est soumise donc à des règles et à des approches respectueuses de la personne dans le cas où l'intervention en santé publique implique des individus. Et nous réitérons que l'approche en santé publique doit avoir un juste équilibre entre les besoins de protection de la population et les libertés individuelles des personnes.

Par rapport au comité national d'éthique, on le reçoit tout à fait favorablement. On pense que son mandat... Outre celui qui est confié dans le projet de loi de donner des avis à la demande du ministère, on pense que le comité doit, de sa propre initiative, aussi avoir ce pouvoir-là d'émettre des avis et non seulement à la demande soit du directeur de la santé publique ou du ministre de la Santé.

On pense aussi que son mandat doit être élargi à d'autres éléments, d'autres éléments qui sont d'ailleurs prévus dans le projet de loi, comme les mécanismes de reddition de comptes, le cadre national d'évaluation des résultats, l'examen de la liste des maladies à déclaration et à traitement obligatoire et l'examen des règlements qui permet l'imposition de tests médicaux non sollicités par la personne, comme on en a parlé tout à l'heure dans les avis de pertinence.

On pense que ce sont tous des domaines qui sont soumis à la réglementation ministérielle. Et le comité national d'éthique, à cet égard-là, dans une vision toujours large du mandat de la santé publique, devrait pouvoir donner son avis sur ces questions-là. On pense aussi que les rapports du comité national d'éthique doivent être rendus publics. C'est pas tout d'agir sur des éléments importants de déterminants de la santé, d'éléments qui peuvent contribuer à améliorer l'état de santé et le bien-être de la population, encore faut-il qu'on ait des rapports tant des actions qui vont se poser que des résultats qu'on va atteindre par les actions qui vont être rendues.

On l'a dit tout à l'heure, la vigilance particulière au regard du respect des droits et libertés de la personne, ça peut être aussi un mandat confié au comité national d'éthique. Et, dans sa composition telle que proposée par le projet de loi, où on y voit inscrire deux professionnels, nous, on pense que c'est important que, les deux professionnels qui composeraient le comité national d'éthique, un provienne du secteur de la santé physique et un autre du champ social pour refléter là la dimension des deux aspects de la santé.

Au niveau de la consultation régionale, on sait que c'est un plan national de santé publique qui est

proposé avec des plans d'action régionaux. On pense que la consultation régionale sur ces plans-là est importante et devrait inclure toutes les instances régionales qui ont été nouvellement créées par les modifications à la gouverne du réseau, c'est-à-dire le forum de la population, la commission infirmière régionale et la nouvelle, aussi, Commission multidisciplinaire régionale. Et ces nouveaux groupes là au niveau régional devraient aussi être consultés sur les mécanismes de reddition de comptes et du cadre de l'évaluation des résultats... devraient être soumis aux mêmes instances. On pense que c'est une façon d'être transparent, de rendre efficient le plan national de santé publique qu'on veut se donner tant dans son volet régional, qui est tout aussi important, parce que, là, on parle de plan d'action plus spécifique qui répond aux besoins de la population d'une région.

● (10 h 50) ●

Au niveau du partage des pouvoirs entre la direction de la santé publique et les CLSC, on soulève beaucoup... On a beaucoup de préoccupations à cet égard-là parce que, bien que nous sommes très favorables à l'idée que la santé publique doit inclure aussi les volets de prévention et de promotion, on se questionne et on se demande comment on va arrimer ça actuellement avec les missions propres qui sont dévolues aux CLSC dans notre réseau public de santé et services sociaux, où les CLSC ont la mission de prévention et promotion. C'est certain que, quand on regarde la mission de protection de santé publique, là, on s'accorde à dire que, au niveau de la santé publique, la direction, c'est peut-être plus probant, mais, quand on arrive au niveau du champ social, qui de la santé publique ou des CLSC, dans leur mission de prévention et de promotion, auront primauté dans ces questions-là? Puis, pour nous, il doit pas y avoir de hiérarchie, c'est-à-dire que le plan national de santé publique et son application, qui va solliciter la participation des CLSC, ça ne doit pas se faire au détriment de la mission propre aux CLSC. On sait que les CLSC ont des programmes en santé dans les volets de promotion, prévention. Je vous donne un exemple: suicide chez les jeunes, toxicomanie, leurs propres programmes en fonction de leur clientèle, avec les ressources. Comment on va arrimer ça avec la santé publique? Est-ce que la santé publique aura autorité maintenant de dire aux CLSC: C'est comme ça que vous devez vous gouverner? Nous, on pense que ça doit pas être comme ça. On doit respecter effectivement un équilibre entre les deux et la mission propre à chacun. Et on va vous suggérer, vous le voyez par nos amendements, des amendements qui vont venir ajouter le principe du respect de la mission de chacun.

Au niveau des ressources humaines et financières, on l'a toujours dit, et c'est encore très clair, qu'il est de la responsabilité de l'État de fournir les ressources humaines et financières suffisantes à l'application et au développement des programmes et des plans d'action en santé publique. Les milieux institutionnels qui reçoivent des mandats qui émergent de la Direction de la santé publique doivent donc aussi... à partir du moment où tu as un mandat d'agir, tu dois avoir conséquemment les ressources pour le faire.

Un exemple qu'on pourrait vous souligner, quand on parle de ça, qui est très frappant récemment,

c'est toutes les campagnes de vaccination. On sait que c'est un mandat de la santé publique qui est confié aux CLSC, mais il y a eu des exemples frappants, comme CLSC Longueuil-Ouest, pour donner un exemple, où, souvent, les ressources financières qui sont accordées au CLSC pour remplir le mandat, c'est le coût du vaccin. Mais on ne tient pas compte, dans les ressources financières qu'on va accorder, tout le coût qui est engendré par le déploiement des ressources humaines pour donner... pour répondre au mandat. Puis, à ce moment-là, il y a un écart qui devient important entre le mandat qui est confié puis la réalisation du projet. Puis, quand il y a un écart comme ça, déficitaire pour un CLSC, je pense que j'ai pas besoin de faire la démonstration longtemps que ce qui est une fois de plus coupé, c'est d'aller voir dans d'autres programmes liés à leur mission de prévention, promotion pour voir comment on peut atteindre l'objectif du mandat de santé publique. Ça, pour nous, c'est important.

Donc, en conclusion, juste vous souligner qu'on trouve pertinent et on reçoit bien ce projet de loi, ce projet de loi là. Je pense qu'il sera d'autant plus enrichi si vous reprenez l'ensemble des recommandations qu'on vous propose, je pense, qui vont dans le sens de renforcer le projet de loi pour assurer que le concept global de la santé soit intégré, pour s'assurer qu'il y ait une préoccupation de développement durable, pour s'assurer aussi du principe de l'intersectorialité, c'est-à-dire entre les activités de santé publique, et déployer l'esprit de concertation et de collaboration en respectant les missions de chacun, de prendre en compte les nouveaux forums, donc dans la consultation, tant en amont que dans la reddition de comptes, et de fournir aussi... le comité d'éthique national, je pense, d'élargir son mandat et de lui donner, en toute autonomie, un pouvoir d'émettre des avis en santé publique.

Et, au niveau des ressources humaines et financières, vous comprendrez notre préoccupation que les ressources humaines et financières soient égales au mandat qu'on veut leur confier. Et j'attirerais là aussi une attention particulière à fournir les outils aux professionnels de la santé, aux professionnels de la santé sociale et physique, qui ont, dans leur mission de prévention, promotion et de santé publique, à offrir des services aux citoyens.

Et vous allez voir aussi qu'on avait questionné le fait que... je comprends qu'il y avait une loi qui existait avant, de protection de la santé publique. Maintenant, on la modifie pour une nouvelle loi encore autonome, la Loi, maintenant, sur la santé publique. Nous, on s'est questionné à savoir s'il n'aurait pas été mieux d'intégrer, dans la Loi de la santé et des services sociaux, le cadre de cette loi-là, pour permettre justement d'avoir cet ensemble, dans l'organisation de notre système de soins, de mesures qu'on préconise et qui ne crée pas de hiérarchie entre une loi plutôt qu'une autre. Je pense qu'on aurait peut-être pu mieux se retrouver et être plus explicite dans les activités de chacun dans ce beau mandat. Merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, je vous remercie, Mme Chabot. Je cède maintenant la parole au ministre.

**M. Trudel:** Merci beaucoup, Mme la Présidente. Merci, Mme Richard et gens de la CSD.

**Mme Chabot (Louise):** C'est une promotion que vous venez de me donner. Ha, ha, ha!

**M. Trudel:** Ah, oui, la présidente. Comment je vais m'excuser auprès de Mme Richard? Mme Chabot, la vice-présidente, je veux absolument pas aller me mêler de la démocratie à l'intérieur de votre unité syndicale. Mais merci d'avoir, on le voit bien, d'avoir pris le temps et d'avoir dépensé de l'énergie pour scruter scrupuleusement ce projet de loi, en notant bien sûr l'appui global que vous donnez à la modernisation de notre Loi sur la santé publique, espèce de grande opération dépeussière et redéploiement, avec des outils, des mécaniques, des moyens et aussi l'adéquation avec des situations qui sont apparues depuis 30 ans, puisque ça fait depuis 1972 que nous vivons sous l'empire de la Loi sur la protection de la santé publique. Maintenant, une loi sur la santé qui va tenter de mettre davantage l'accent et vous semblez très nettement vous situer en cette direction-là de la prévention, de travailler en amont, avant... avant que le trouble poigne, avant que les problèmes apparaissent, et qu'on puisse agir pour faire en sorte qu'il y en ait moins en termes de traitements, en termes de problèmes et en termes d'actions de correction, même s'il faut bien sûr s'assurer aussi que les mécanismes de redressement, de correction, de traitement des situations, les actions correctrices, ça puisse arriver, intervenir le plus rapidement possible pour s'assurer que les corrections, étant donné la situation lorsqu'elle se produit, qu'on ait le pouvoir nécessaire dans les directions de santé publique aux niveaux national, régional et local pour intervenir.

Bon. Ceci étant dit, le concept de développement durable... Il est vrai de dire que les mots... le mot «développement durable» n'apparaît pas dans le projet de loi tel qu'il vous a été... tel qu'il a été présenté à l'Assemblée nationale. On a tenté d'en prendre les dimensions essentielles, du développement durable, et d'introduire ça dans l'article 51 et 52. 51 donnait la responsabilité à la personne, au titulaire responsable de la santé publique au niveau national, d'avoir un pouvoir d'initiative, de donner aux autres titulaires de responsabilité nationale les avis qu'ils estiment opportuns pour promouvoir la santé et adopter les politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être. J'accroche au passage «bien-être» par rapport à ce que vous disiez dans les articles... par rapport aux articles premiers du projet de loi. Et, par ailleurs, au niveau régional, à 52... que le directeur de la santé publique au niveau de chacune des régions ait lui-même le pouvoir d'intervention dans sa région lorsqu'il constate une situation présentant des risques élevés de mortalité, d'incapacité, de morbidité évitables.

On a donc tenté de retrouver des éléments, des attributs du développement durable, pour le traduire de cette façon-là, pour... En tout cas, dans notre esprit, c'était tenter d'éviter d'utiliser un concept qui a pas encore sa définition tout à fait très précise et on peut... on sait... on connaît le sens commun, le sens général, mais on... le sens précis, bien, il varie suivant les secteurs d'activité, suivant l'état de discussion et d'évolution

des connaissances et d'échanges dans une société donnée. C'est là qu'on a voulu placer la notion de développement, prévention, mais liée au développement avec les mécaniques.

Est-ce que le fait de situer nommément dans une loi une responsabilité au niveau national, au niveau régional, qui n'est plus le local — et on va revenir sur les plans tantôt au niveau des CLSC, au niveau en particulier des CLSC... est-ce que ça vous apparaît suffisant que l'on ait plutôt utilisé des attributs généralement reconnus du développement durable plutôt que de le nommer dans la loi?

● (11 heures) ●

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

**Mme Chabot (Louise):** Je pense que — en tout cas, on l'a mentionné — je pense que l'esprit de la loi, que le fond de la loi, on peut sentir que... Bon, je pense que c'est ce qu'il traverse, mais c'est pour ça qu'on a proposé à maints endroits dans l'écriture que ça se traduise... Comme la loi dit au départ, les... mentionne les déterminants de la santé, on est d'accord, mais on va proposer dans l'écriture que nommément on les cite. Ça pourrait être la même chose pour le développement durable. Il y a peut-être un concept, même en promotion de la santé, à l'article 51, qui peut être global, là, viser toute mesure, pas nécessairement juste... Mais c'est parce que ça nous préoccupe de façon plus pointue. Je pense que c'est très contextuel.

Il y a des exemples nombreux qu'on aurait pu citer, comme la ligne Hertel—des Cantons, la gestion de l'eau. Sur ces questions-là, il y a beaucoup de politiques gouvernementales particulièrement en matière d'environnement, et on aurait voulu voir là, dans le rôle d'une politique nationale de santé publique, un rôle qui est dévolu tant à la direction de la santé publique qu'au ministère qui peut conseiller sur... Ces programmes-là ont un lien aussi sur l'état de santé, de bien-être de la population. En tout cas, ça nous apparaissait pas... Je pense que c'est pas dépourvu, mais pas suffisant de le voir inscrit de façon générale comme ça.

Et vous avez insisté sur le mot «bien-être». C'est vrai que dans le projet de loi il y a parfois «état de santé et bien-être» et parfois seulement «état de santé». Ce qu'on vous suggérerait, juste vous dire, c'est: Partout où on parle d'«état de santé», d'ajouter la notion de bien-être.

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

**M. Trudel:** Oui, merci. Un tout petit aspect sur lequel vous n'êtes pas... vous n'avez pas insisté et ça me chicote un peu, vous nous recommandez, à l'article 135, de réduire le minimum des amendes. 135, ça dit: «Commet une infraction et est possible d'une amende de 1 000 \$ à 6 000 \$ quiconque, dans le cadre de l'application du chapitre XI — sur les actions — entrave ou gêne le ministre — il y a pas de danger pour l'opposition, c'est légal — un directeur de santé publique ou une personne autorisée à agir en leur nom, [...] d'obéir à un ordre que l'un d'eux est en droit de donner, refuse de donner accès ou de communiquer un renseignement ou

un document que l'un d'eux est en droit d'exiger ou cache ou détruit un document ou toute autre chose utile à l'exercice de leurs fonctions.»

Je suis un peu surpris que vous nous recommandiez, à moins que j'aie mal lu, là, d'abaisser le minimum de la loi. Écoutez, ça en fait pas une question cosmique, là, par rapport à vos représentations, là, mais je suis intrigué par cette proposition.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Le Brun

**Mme Le Brun (Hélène):** Oui. Comme il s'agit d'une question très pointue, très technique, je vais me permettre de répondre. Bon, on n'a pas statué sur abaisser ou élever ou moduler, c'est qu'à la lecture comme telle du projet de loi il nous apparaissait que l'article 135 pouvait couvrir très, très large et s'adresser à des individus aussi. Donc, on se disait: Peut-être que dans le cas d'un chef de compagnie qui polluerait volontairement, 6 000, ça serait pas assez; mais peut-être que dans le cas d'un individu qui dit: Écoutez, vous l'aurez pas, ma facture de telle chose, parce qu'il comprend pas ce qui se passe puis qu'il veut pas que ça rentre chez eux, peut-être ce serait trop. C'est que... Et, un peu avant, on parle d'amende pour les professionnels qui, eux, ça fait vraiment partie de leur profession, de leur emploi, etc., qui va autour de 600 \$, et là on arrive à 6 000. Ce que... L'esprit qu'on veut... De toute façon, le message principal, c'est qu'il nous semble qu'il devrait y avoir une marge discrétionnaire accordée à un juge là-dessus pour pouvoir juger des circonstances soit atténuantes, soit aggravantes pour pouvoir moduler cette amende-là qui parfois... le seuil de 1 000 serait, dans certains cas, trop élevé, là, s'il jugeait que ça prendrait davantage d'éducation pour un individu ou une communauté plutôt que de passer par une amende de cette façon-là. C'est plus dans l'esprit.

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

**M. Trudel:** On va le prendre comme ça en se disant. Mme la Présidente, en se disant que là, c'est dans le cadre d'une personne qui entrave une enquête. Parce que là, ça peut être très grave. C'est très grave, entraver une enquête, et, oui, on a voulu donner un signe de sévérité, c'est-à-dire qu'on badine pas avec la santé publique, on badine pas lorsqu'on a un pouvoir d'enquête qui est donné à une personne en situation de responsabilité et, vous savez, c'est des situations un peu connues; exceptionnelles, bien sûr, mais connues aussi quand on intervient à ce niveau-là. Là, on n'est plus dans notre... tellement, on est à enquêter sur une situation qui va nécessiter des actions correctrices. On en a vu, d'autres situations, où on n'a pas le temps d'envoyer les documents. On n'a pas le temps d'envoyer les documents parce qu'on est bien occupé, hein! Et là, en pareille matière, en santé publique, puisqu'il y a enquête en rapport bien sûr avec une menace à la santé et au bien-être, le temps compte. Le temps compte, il faut qu'il y ait un signe.

Je comprends votre préoccupation. Je comprends votre préoccupation, là, mais on n'est pas dans la

séquence de... Par exemple, un citoyen qui, par crainte, par crainte dirait: Moi, je suis pas sûr que je veux me mêler de ça puis que je comprends tout ce qui se passe actuellement, là, mais là on est vraiment en termes d'enquête pour en arriver à déterminer les causes et la situation en vue d'en arriver à un plan correcteur ou à des actions correctrices, et là c'est extrêmement important. Donc, entrave aux enquêtes dans des situations de menace à la santé. Mais je comprends l'esprit de votre remarque là-dessus.

Un autre chapitre sur lequel vous faites des représentations, et je trouve ça extrêmement intéressant, dans la même foulée que la CSN, il y a quelques moments, la consultation des citoyens. Il faudrait dire plus d'ailleurs: la consultation et la participation des citoyens au plan d'action aux niveaux local et régional en matière de santé publique. Je veux rappeler une chose. Et nous allons saisir, saisir votre suggestion parce que le cadre du projet de loi n° 28 autorise et permet cela. Les forums de citoyens dans chacune des régions du Québec vont connaître leur acte de naissance par une entente spécifique de cette région avec l'État, avec le gouvernement. Dans la loi, l'assise légale pour leur constitution est donnée: entre 15 et 20 personnes. On n'a pas voulu être davantage précis pour laisser de l'ouverture et de la place et à la grandeur des mandats, à la largeur des mandats, à l'ampleur des mandats, et à la façon de les exercer. Un forum de citoyens, dans le Nord-du-Québec, dans la région 10, évidemment, ça ne peut pas avoir la même forme que le Forum des citoyens pour 1 million de personnes sur l'île de Montréal. Alors, je pense que... En tout cas, je vous dis que je suis d'accord avec vous: introduire dans les ententes spécifiques, dans chacune des régions du Québec, avec l'État, pour donner l'acte de naissance du Forum des citoyens — ça va se faire au cours des prochaines semaines et des prochains mois — la notion de «santé publique et de consultation» à l'égard du plan régional de santé publique.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Ça va? Ah! je m'excuse M. le député... M. le ministre, je pensais que vous aviez terminé votre...

**M. Trudel:** Oui, bien là je vais laisser quasiment réagir là-dessus parce que, bon, c'était une question importante. Vous voyez un peu l'esprit dans lequel on pourrait s'inscrire en termes de santé publique.

**Mme Chabot (Louise):** Ça peut être ça, mais ça pourrait être aussi inscrit dans la Loi de santé publique nommément que le forum de la population, des instances régionales nommées en vertu de la loi n° 28, puisse être formellement consulté sur les plans régionaux. Moi, je pense que ça peut s'inscrire aux deux.

**M. Trudel:** Notamment les maires. Notamment les maires. Vous voyez, le message est reçu. Madame peut compléter.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, Mme Le Brun.  
● (11 h 10) ●

**Mme Le Brun (Hélène):** Oui. Je répondrais un peu de la même façon que votre question sur le développement durable tantôt. Je pense que et l'esprit et les valeurs d'une loi, ça se traduit dans l'écriture du texte de loi. Quand vous dites, tantôt, par rapport au développement durable: Bon, on n'a voulu l'écrire nommément parce que ce n'est pas des notions qui sont encore très bien comprises par... Autant dans les questions de développement durable que dans les questions de la consultation et de la participation citoyenne, nous pensons que le projet de loi doit nommément engager les instances gouvernementales. S'il y a des éléments à l'article 1 qui, déjà au départ, déterminent que ce projet de loi a des trucs sur le développement durable, sur la participation citoyenne, ça engage les autorités gouvernementales et ça ne passe pas par ailleurs. Donc, nous pensons que, même si le mécanisme régional de la participation citoyenne dit: Dans votre région, le forum de citoyens pourra être consulté sur telles et telles choses, nous, nous pensons que, lorsqu'il est question de santé publique, le forum de citoyens est entre autres là, est institué et est un bon mécanisme, un bon levier, et, en l'inscrivant nommément dans la loi, ça engage les autorités à le consulter. Alors, nous, nous pensons que l'écriture doit refléter tout ça. Et je voulais intervenir de la même façon par rapport au développement durable tantôt parce que nous pensons que c'est plus engageant quand c'est écrit.

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

**M. Trudel:** Changez pas de chapitre, parce que, sur le forum, là vous êtes en train de me convaincre pas à peu près, parce que là il y a une notion précise. Alors, si tant est que vous invoquez ma logique, je suis pris dans ma logique, là, hein. Et vous saisissez bien. En pareille matière, puisque l'objet est déjà défini dans une autre loi, bien, je pense que ça va de soi qu'on fasse le prolongement, la rallonge dans cette loi-là. Comme disent les Français: Touché, madame!

Il nous reste juste quelques minutes. Il y a quelque chose là qui me chicote, puis là on va avoir une divergence: les plans d'action. Les plans d'action. Je comprends le souci mentionné du respect des autorités locales, régionales, par rapport aux nationales dans la réalisation des plans d'action, je le dis, en général, dans le respect des instances locales. Ça va de soi dans le respect des instances locales et régionales quant aux particularités, mais il n'y a pas de hiérarchie dans la préparation et dans la réalisation de ces plans-là, au sens où le Conseil de santé et bien-être du Québec fixe les priorités, donne des indications de priorités dans la politique de santé et bien-être. Tout cela se traduit par des priorités en santé publique au niveau national, et là tout cela s'articule, se travaille sur le terrain régional et le terrain du local pour tenir compte évidemment... On peut pas... La plombémie, c'est pas tout à fait le même problème à Outremont que dans le quartier Notre-Dame à Rouyn-Noranda, mettons. Alors, il faut qu'on soit capable de travailler.

Mais vous allez un petit peu plus loin, vous dites: Chacun doit être — je sais pas si je prends les

bons mots, là — chacun doit être comme totalement libre d'inscrire ce qu'il veut inscrire là-dedans. J'ai peur au flou en pareille matière. J'ai des craintes quant à... Tout est bon dans le poulet. On peut tout faire. Et, en cette matière comme dans d'autres, il faut des orientations nationales — pas des directives, des orientations nationales — une planification et une articulation régionales et un ancrage au niveau local. Dans ce sens-là, est-ce que des orientations nationales, ça vous apparaît nécessaire — vous voyez bien que, pour moi, ça m'apparaît nécessaire, là — pour diriger l'action au niveau... pour diriger, pour donner le sens aux niveaux régional et local?

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

**Mme Chabot (Louise):** Oui, on est tout à fait d'accord et on trouve tout à fait acceptable l'idée d'orientation nationale. Disons, je pense, qu'on l'a toujours prônée, et c'est pas ça qui est remis en cause quand on parle de hiérarchie ou respect des missions. Ce qui nous préoccupe beaucoup dans l'organisation de notre système de soins et de services, c'est qu'il y a un volet santé publique et que, dans le volet santé publique, on lui attribue, à raison, une dimension promotion, prévention de la maladie, pas juste une mission de protection. Puis je pense que le volet santé publique protection, on remet pas en cause son mandat, mais comment, dans des missions qui sont aussi dans le réseau dévolues à d'autres établissements, d'autres missions, on peut faire l'arrimage pour que ça se fasse en complémentarité et que ça ne vienne pas diminuer ou atténuer déjà des actions autonomes qui proviennent des milieux pour agir sur des questions importantes en prévention et en promotion?

Je pense que c'est comme ça qu'on voit l'intégration de tout ça, tout à fait d'accord avec des orientations nationales, mais il faut trouver le créneau où les arrimages, la complémentarité, et non pas la hiérarchie ou... s'installent.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** En complément de réponse, Mme Le Brun?

**Mme Le Brun (Hélène):** Oui. C'est qu'on a comme... Il y a une impression... Ça introduit une ambiguïté dans les lignes hiérarchiques. C'est comme si les CLSC étaient soumis à un double... une double ligne: répondre à la Loi sur les services de santé et les services sociaux et répondre à la Loi de la santé publique quand les priorités viennent de la santé publique. Et on est tout à fait d'accord que les CLSC doivent avoir un rôle de première ligne en santé publique — soyons clairs, ça, on est tout à fait d'accord avec ça — mais, dans l'arrimage, il y a un moment donné où ça peut introduire une ambiguïté. Si la direction de santé publique dit: Vous devez travailler là-dessus parce que nous avons trouvé en émergence des problèmes là-dessus, que feront les CLSC?

Parce que l'exemple récent, là, des vaccinations sur la méningite est très probant. Et, si ça arrive avec aussi des problématiques sociales, ce sera tout aussi probant parce qu'il faut absolument mettre ça en lien

avec les ressources financières puis les ressources humaines. Et vous savez très bien que les CLSC vivent dans un état de coupe assez constant et vivent sous la fameuse houlette de la loi antidéficit. Alors, si la direction de santé publique dit: Vous devez faire ça parce qu'on a quelque en émergence, actuellement les CLSC mettent sur la tablette des priorités qu'ils avaient eues en maintien à domicile pour pouvoir répondre à la méningite. Nous, ce qu'on dit, c'est que, si la direction de santé publique introduit des priorités de première ligne, les CLSC doivent pouvoir avoir les ressources humaines, financières, d'assumer les deux priorités: celle dont... qu'elles se sont dotées et celle de la santé publique.

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

**M. Trudel:** ...une requête de 30 secondes, Mme la Présidente.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, vous avez le consentement de l'opposition.

**M. Trudel:** Sur ce dernier point là, là, il faut être précis, là: Tous les CLSC du Québec qui sont les responsables de la campagne de méningite seront compensés pour les coûts réels qui seront entraînés par cette opération de vaccination massive contre le virus à méningocoque de type C. Et que ce soit très clair parce que là il faut pas trop dériver. Non, non, je pense pas qu'il y ait de soins à domicile parce que la Fédération des CLSC et des CHSLD me l'a assuré, il y a pas de services qui sont déviés parce qu'on a cet impératif, cet impératif social. Et les coûts seront couverts par l'opération, qui va coûter 125 millions: 75 millions pour le vaccin lui-même et le restant dans les services et la campagne d'information et d'évaluation aussi. Parce que, quand on fait des campagnes de vaccination, il faut aussi faire la campagne de... il faut aussi faire de l'évaluation. Alors, je veux que ça soit très, très, très clair là-dessus.

On l'a appelée un peu à la blague l'«entente Beaudoin», c'est-à-dire, oui, avec chacun des CLSC et la Fédération des CLSC, c'est complètement étanche à ce niveau-là, les moyens nécessaires pour réaliser l'opération seront et sont à la disposition des CLSC. Merci.

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

**M. Fournier:** Merci, Mme la Présidente. Bienvenue, merci beaucoup d'être avec nous. Je vais d'abord vous parler du comité d'éthique, simplement pour quelques remarques, et je parlerai de ressources par la suite, ça me permettra d'embarquer dans le sujet qui vient d'être lancé. D'abord, sur le comité d'éthique, une simple remarque que je veux faire, c'est: Vous parlez de... Vous et plusieurs groupes ont noté l'importance que le comité soit indépendant. Je peux ici dire qu'après trois jours le ministre a accordé cette indépendance. Je sais pas comment encore elle va prendre forme dans le libellé, c'est ce à quoi nous allons devoir nous appliquer.

La publication des avis, que ce soit la règle générale. Et là-dessus aussi le ministre a... s'est avancé en disant qu'il était d'accord avec cela. Il annonce aussi qu'il est d'accord avec la participation — là je sors du comité d'éthique — la participation à l'égard des plans, de leur évaluation, de la participation des citoyens. Ce qui est moins sûr, c'est la participation des citoyens au comité d'éthique pour demander des avis. Plus que «moins sûr», le ministre a rien dit là-dessus. Et sur la liberté d'action ou l'autonomie qu'aura le comité d'éthique, là-dessus aussi le ministre n'a pas encore avancé sa position, mais il est bien évident que lorsqu'on aura à procéder à l'étude article par article on va pouvoir en débattre. Sur le comité d'éthique, je dirais donc que grosso modo il y en a 60 % où il a déjà annoncé qu'il était d'accord avec les groupes qui étaient venus puis 40 % qui restent à venir, et ce sera le travail de le convaincre. Mais, au moins, il y a des ouvertures.

● (11 h 20) ●

Vous parliez de ressources et vous en parlez dans votre mémoire, de ressources. Si vous me permettez... Vous me permettez de vous saluer particulièrement. Je voudrais saluer, Mme Le Brun, votre document *Pour en finir avec la grande débâcle en santé et services sociaux*, un document qui était excessivement intéressant et qui est encore très, très, très pertinent. On ne sait toujours pas, même si avec les projets de loi du printemps, même si les établissements, même si le réseau doit faire connaître ses plans triennaux, avoir des vues à long terme — ce qui est très souhaitable — on ne sait toujours pas quelles sont les vues à long terme du gouvernement, quelles sont ses ressources à long terme.

Vous souleviez de façon très pertinente que le gouvernement du Québec devrait — c'est ce que vous écriviez dans votre mémoire — à l'instar du gouvernement fédéral, devrait nous faire voir ses chiffres sur cinq ans, que nous puissions savoir quelles sont les ressources disponibles et que les choix qui sont faits par le gouvernement soient des choix qui soient transparents et que la population puisse exercer son jugement à l'égard des priorités gouvernementales.

Malheureusement, le gouvernement, encore et toujours, refuse de nous faire connaître ses marges de manoeuvre. Au contraire, il continue de nous mettre dans un flou artistique tous et chacun, ce qui fait que même les plus proches intervenants n'arrivent pas à savoir quelles sont les marges de manoeuvre et elles sont des plus importantes.

Aujourd'hui, on parle d'un projet de loi sur la santé publique. Le ministre disait hier que ce projet de loi là, pour être sûr que ça marche, ça prend une loi, un programme puis un plan. Et donc il disait: Ça, c'est les trois piliers de notre édifice. Et j'ai toujours... Je l'ai dit hier et je le répète aujourd'hui: Pour que l'édifice soit plus solide, ça en prendrait un quatrième: la loi, le programme, le plan puis l'argent, les ressources financières, humaines. Et ça, là-dessus, vous le soulignez.

Juste pour vous souligner un passage d'un mémoire qui vient du Conseil des directeurs et directrices de santé publique qui disait: «Nous insistons — imaginez — pour que la législation limite les responsabilités des directeurs de santé publique et des

CLSC en fonction des ressources qui sont mises à leur disposition.» Alors, il y a du monde qui ont été échaudés un peu dans le passé puis qui dit: Là, pour l'avenir, on va faire ce qu'on a à faire avec les moyens que vous nous donnez puis on va être jugé par les moyens que vous nous avez donnés, pas sur les objectifs que vous aviez souhaités.

Avant de vous poser la question sur les ressources que l'on voit à la page 16, c'est ce que j'avais tantôt... Vous voulez parler de vaccination puis le ministre dit: Ils sont payés pour ça. Mon seul commentaire, c'est qu'on verra bien à la fin de l'année, étant entendu que, pour les crédits pour cette année, les coûts de système pour les établissements de santé étaient même pas rencontrés. Alors, on verra bien à la fin de l'année comment tout ça va aller.

À la page 16, vous dites: «Bien sûr, un projet de loi sur la santé publique ne peut vacciner les subsides nécessaires à son application, mais il peut en encadrer les modalités de financement en introduisant un article engageant l'État à fournir les ressources humaines et financières requises pour l'implantation d'un programme national de santé publique et l'application de plans d'action régionaux et locaux.» J'aimerais ça que vous nous disiez quel libellé vous pensez qui devrait être introduit pour que le projet de loi contienne une telle disposition.

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

**Mme Chabot (Louise):** Nous avons introduit un article précis dans les recommandations que vous allez trouver en annexe, qui est un peu dans la même foulée que ce qu'on mentionnait tout à l'heure. Quand on parle d'engagement, on n'aura pas chiffré. Hélène va se retrouver et va vous le nommer. C'est pas un engagement chiffré mais, ce qu'on veut voir à l'intérieur de ça, c'est que les priorités doivent effectivement avoir les ressources humaines et financières adéquates.

**M. Fournier:** C'est l'article 157?

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

**Mme Le Brun (Hélène):** C'est ça. C'est qu'en fait le projet de loi sur la santé publique réfère, au regard des ressources financières, l'article 157, à l'article de la Loi sur les services de santé et services sociaux, demandant d'allouer les ressources nécessaires, etc. Alors, nous, on voudrait que ce soit nommément écrit pour couvrir les coûts réels des activités et de la mobilisation des ressources.

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

**M. Fournier:** Merci. Vous avez parlé de développement durable. Je dois avouer que, quand vous parlez de développement durable, je sais pas si c'est vraiment dans la vision vraiment environnementale. Ma conception à moi est très environnementale; d'ailleurs, vous le dites ici un peu, c'est comme ça qu'on l'interprète.

Pourtant, lorsque je vous lis au complet: «La CSQ a également une préoccupation très nette envers les objectifs de développement durable. ...le document de consultation préliminaire en vue de l'élaboration du projet de loi introduisait l'idée que celui-ci contienne des clauses reliées à une analyse des conséquences des politiques, des plans et des programmes adoptés par les... 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 projet de loi. À notre avis, elle mériterait de l'être et devrait donc être réintroduite.»

En vous lisant, j'ai pas l'impression que ça se limite... bien que ça peut être une majeure qui peut se retrouver, encore que personnellement j'en suis pas si sûr... Et vous semblez ouvrir cette préoccupation-là beaucoup plus à l'égard de l'ensemble de l'action gouvernementale. Alors, si vous seriez assez bon et bonnes pour me préciser qu'est-ce que vous voulez dire et comment ça se vérifie en pratique, comment ça se fait, selon vous, en pratique, cette... ce suivi, cette analyse des conséquences.

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

**Mme Chabot (Louise):** Effectivement, pas... C'est dans mes exemples que... En tout cas, les questions liées particulièrement à l'environnement sont importantes, mais, ce qu'on introduit, c'est pas seulement ces questions-là. La Loi sur la sécurité du revenu, par exemple, est un exemple probant. Quand on regarde ces lois-là par rapport à la population, on sait que, quand on veut agir sur la santé publique et l'état de santé et de bien-être de notre population — tant la pauvreté que les lois sur la sécurité du revenu — donc tous les programmes qui ont un impact, finalement, là... dans ce cas-là, c'est économique... sur la population — bien, ça fait partie des programmes gouvernementaux, ou, quand on parle de santé publique, ça doit être pris en compte dans la lecture et dans l'analyse de ces programmes-là, pour la santé de la population toujours.

**M. Fournier:** Dans le mémoire qu'on va entendre tout de suite après vous, l'Association pour la santé publique du Québec, eux sont particulièrement précis sur un mécanisme d'analyse d'impact des politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être, qui devrait être introduit dans le projet de loi pour s'assurer qu'il y ait un suivi systématique de chacune... un peu à l'instar — là, on dit «en environnement» — un peu à l'instar de l'environnement où on évalue à chaque fois — bien que je sois pas certain que ce soit à chaque fois — mais on évalue les impacts sur l'environnement, de manière à s'assurer qu'on évalue les impacts sur la santé, santé publique incluse, là, évidemment. Alors, quand vous nous parlez à ce paragraphe du souhait que vous aviez, c'est celui-là, j'imagine? C'est ça, j'ai bien compris?

**Mme Chabot (Louise):** Oui, puis je vous réfère à notre mémoire, à la page 22, on l'avait pas introduit dans un article en particulier, on y voyait plutôt un ajout

de section. En tout cas, dans l'organisation de ça, on vous confie ça largement, mais l'ajout... l'esprit qu'on voulait voir, c'est l'analyse des conséquences des politiques, plans et programmes adoptés dans les ministères et municipalités sur la santé et le bien-être. Donc, c'est beaucoup plus large.

**M. Fournier:** Une dernière question — mais je veux vous dire que je suis tout à fait d'accord avec l'approche que vous avez — mais une dernière question qui, là, est vraiment une mineure dans tout. Mais c'est un débat qui vient de se soulever, dans le fond, alors, j'en profite parce que vous en parlez un petit peu, vous parlez du mandat du comité d'éthique en santé publique. Vous dites, à la page 13: «Son mandat devrait inclure l'examen des mécanismes nationaux de reddition de compte, ta, ta, ta. Son mandat devrait également inclure l'examen de la liste des intoxications, des infections et des maladies à déclaration obligatoire dressée par règlement...»

On vient d'annoncer que l'infection au VIH serait à déclaration obligatoire, il y a un débat qui se soulève. C'est... Le questionnement est à peu près le suivant: Ça serait très utile de pouvoir — utile pour la santé — de pouvoir suivre, mieux soigner, mais en même temps est-ce qu'il y a pas un effet pervers là-dedans, où des gens qui... puisque c'est à déclaration obligatoire, choisiraient plutôt le non-dépistage tout court et, à ce moment-là, risquent peut-être eux-mêmes de s'offrir des complications?

● (11 h 30) ●

D'abord, comment réagissez-vous à ce débat qui est lancé présentement, qui est assez... qui est perturbant? Et comment vous voyez le rôle du Comité d'éthique à cet égard-là? Est-ce qu'il interviendrait dans un débat comme celui-là?

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

**Mme Chabot (Louise):** La recommandation que nous faisons, c'est que le rôle du Comité national d'éthique... Parce que les maladies ou tout ce qui est... c'est réglementé, toutes les questions... toutes les maladies à déclaration obligatoire, ça fait que le rôle du Comité national d'éthique serait de donner un avis sur cette réglementation-là. Donc, dans le contexte actuel effectivement le Comité national d'éthique pourrait donner un avis de la pertinence de rendre le VIH obligatoire.

Là, si vous demandez notre opinion comme centrale dans le débat, là, c'est une autre question. Mais c'est un bel exemple quand on dit que ce projet de loi là appelle à des vigilances particulières. Ça soulève largement toutes sortes de questions. Puis on disait que ça soulève une vigilance particulière particulièrement avec le développement accéléré des technologies... de l'information des données. Parce que c'est ça actuellement, le débat, ce que j'en saisis — je me prononcerai pas globalement qui questionne les personnes. C'est pas... Oui, c'est peut-être important pour la santé publique, mais qu'est-ce qui est important dans ce débat-là? C'est que les personnes soient dépistées, qu'elles soient suivies et qu'elles soient soignées. Hein? Ça, je

pense qu'on va se centrer sur les besoins de la personne à ce moment-là puis la protection du public en général si ça s'est fait. C'est ça qui est questionnant puis comment on arrime ça dans le contexte de maladies à déclaration obligatoire.

**M. Fournier:** C'est drôle, parce que en lisant votre mémoire, j'ai comme... A contrario, on a l'impression que le Comité d'éthique n'aurait pas le mandat de donner des avis là-dessus parce que ce que vous dites, c'est, selon vous, son mandat devrait également inclure l'examen, bon, notamment, des maladies à déclaration obligatoire. À mon avis, il est dans son mandat; le seul problème, c'est que, en ce moment, le Comité donne des avis quand on lui demande. Alors, si on donne la possibilité à ce qu'il y ait d'abord une autonomie d'action — premièrement, là — une autonomie d'action à l'égard du Comité lui-même, si on ouvre la porte à ce que d'autres intervenants puissent faire des... se faire entendre pour qu'il y ait une réflexion, qu'il y ait un avis qui soit rendu public, est-ce qu'on le rattrape pas par l'autre côté, là?

**Mme Chabot (Louise):** Bien. En tout cas, je vous ramène... Je pense que nous sommes très clairs sur son rôle: il doit pouvoir donner des avis de sa propre initiative et non pas seulement des avis à la demande du ministère. Ça fait qu'à partir du moment où il peut donner son avis de sa propre initiative et qu'il a un regard sur la réglementation de la liste, par exemple, bien, conséquemment il peut donner un avis aussi. Je pense qu'il faut le voir...

**M. Fournier:** O.K. Mais le mandat tel qu'on le voit dans le projet de loi actuel, son mandat...

**Mme Chabot (Louise):** Ne permettrait pas cela.

**M. Fournier:** Bien, ne permettrait pas la liberté d'action, ça, je le comprends. Mais prenons la logique du mandat, là, le ministre pourrait demander un avis au Comité sur ce sujet-là. Ça fait partie de l'étendue des pouvoirs sur lesquels il peut étudier. Tout ce que vous dites ici, il s'agit donc pas d'ouvrir son mandat à ça, mais de lui permettre qu'il peut, de lui-même ou sur la demande d'autres, parler aussi de ça, qui, d'ailleurs, est un sujet écrit dans son mandat. C'est ce que je comprends. Merci.

**Mme Chabot (Louise):** Tout à fait.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci. Merci, Mme Chabot, Mme Le Brun et M. Beauséjour. J'inviterais maintenant le représentant de l'Association pour la santé publique à bien vouloir prendre place et je suspends quelques minutes.

*(Suspension de la séance à 11 h 34)*

*(Reprise à 11 h 38)*

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, la commission reprend ses travaux. Nous entendrons le

Dr Renald Bujold, qui est président de l'Association pour la santé publique. Alors, bienvenue, Dr Bujold. Vous avez, comme tous les autres d'ailleurs, une vingtaine de minutes pour la présentation de votre mémoire, et par la suite nous échangerons. Alors, je vous cède la parole.

### **Association pour la santé publique du Québec (AS PQ)**

**M. Bujold (Renald):** Merci, Mme la Présidente. Mme la Présidente, M. le ministre, M. le représentant de l'opposition, MM. les membres de la commission. Je suis... D'abord, je veux vous remercier de me donner cette occasion de présenter certains points de vue sur un projet de loi important, la Loi sur la santé publique. Vous connaissez déjà l'Association de la santé publique du Québec, j'étais ici en juin. Je n'étais pas seul, j'étais accompagné, j'avais Charles, entre autres, qui siégeait là, vous vous souviendrez. Et Charles aujourd'hui est resté à Montréal, mais il vous salue.

**Des voix: ...**

**M. Bujold (Renald):** Il va très bien, il va très bien. Et j'avais aussi tout un équipement — ha, ha, ha! Je suis venu dans la simplicité aujourd'hui, je suis venu seul. Donc, vous êtes un peu mal pris parce que vous en aurez pas d'autres à cuisiner après, vous devrez vous contenter de moi. Je ferai mon possible pour répondre. D'abord, je dis d'emblée que cette fois-ci nous sommes... l'Association de la santé publique a des félicitations à adresser à M. le ministre, au ministère et à tous les intervenants qui ont porté, depuis une dizaine d'années, la planification et la rédaction de ce projet de loi, qui est une pièce très importante dans ce qu'on appelle les politiques publiques pour la santé. Et de façon générale nous trouvons que ce projet de loi va dans le sens d'un progrès malgré qu'il demeure un outil limité.

● (11 h 40) ●

Alors, nous sommes en particulier très satisfaits que ce soit une loi de la santé publique et non seulement une loi de la protection, que ce projet de loi, tout en renforçant considérablement le volet protection, considère la promotion de la santé, en particulier considère que les activités des directions de santé publique et des CLSC ont promotion de politiques publiques favorables à la santé ou en appui au développement de milieux de vie favorables à la santé, que ça va évidemment dans le sens de tout ce qui a été souligné, là, l'importance des problématiques sociales. Et on se réjouit évidemment que les CLSC soient reconnus comme ayant une mission en santé publique, comme ayant une responsabilité. Et c'était un souhait qu'on faisait lors de notre présentation en juin.

On est satisfait aussi que l'autorité professionnelle des directeurs de santé publique, dans le champ de la protection de la santé lorsqu'il y a une menace à la santé et aussi même lorsqu'il y a des situations pouvant présenter des risques pour... de maladie, de mortalité ou d'incapacité, soit reconnue. Et on est très satisfait aussi que le programme national de santé publique est reconnu dans la loi, et je pense que ça

va lui donner beaucoup de crédibilité, et ça va donner aussi un... ça va assurer évidemment un meilleur suivi.

Cependant, comme les intervenants qui nous ont précédés, nous avons des... nous souhaitons, donc, que le projet de loi soit adopté, et, s'il était adopté comme tel, nous serions déjà contents. Cependant, nous pensons que, pour tenir compte des observations qui ont été faites, il y a des améliorations possibles qui le rendraient encore plus... plus efficace en ce qui concerne évidemment le fait d'être un projet de loi qui correspond à la santé publique d'aujourd'hui.

Et je voudrais... Il y a cinq points en particulier. Nous allons nous borner, nous, à intervenir sur des points qu'on appelle structurants. Il y a beaucoup de choses techniques, peut-être d'autres ont recommandé, sur les modalités de faire la surveillance ou... mais nous allons... nous nous sommes bornés à regarder cinq points qu'on considérerait structurants. C'est évident que ce qu'on appelle la vitrine du projet de loi, qui sont les trois premiers articles, c'est très important dans le sens que d'autres intervenants ont dit: Le message qu'envoie le projet de loi est important. Donc, ces trois premiers articles, en particulier dans le deuxième, il y a des modifications qu'on souhaite.

Au niveau de... d'un domaine très important — M. le représentant de l'opposition est revenu là-dessus quelquefois — l'analyse des politiques publiques. C'est pour nous un point qu'on devrait renforcer dans l'actuel projet de loi.

La question d'une anomalie, d'une incohérence — on en parlera plus à fond — que... Il est surprenant... Plus j'y pense plus je trouve ça surprenant, qu'une Loi sur la santé publique ne mentionne pas une seule fois le directeur national de santé publique.

Il est aussi... Il y a le programme de santé publique aussi qui est un outil très important, mais qui nous apparaît un peu trop encadrant et qui pourrait limiter possiblement les possibilités d'innovation, aussi surtout la possibilité de vraiment... d'intégrer toutes les préoccupations de développement social ou les priorités qui viennent des communautés. Et finalement il y a la question du... il y a le Comité d'éthique, là. Nous reparlerons de ça.

Alors, si je recommence, si je reprends le premier point, c'est évident que, dans une loi qui s'annonce comme un projet de loi sur la santé publique, qu'on nous plaque tout de suite dans l'article 2 une définition très étroite d'une menace à la santé, ça nous dérange, ça nous fatigue un peu. On comprend cependant que cette définition très étroite, qui dit une menace à la santé, c'est la présence dans l'environnement d'un agent physique, biologique ou chimique, que c'est lié à des pouvoirs très spéciaux et qui pourraient être très contraignants. Et on veut pas nécessairement, nous, que ces pouvoirs étendus en dehors de ces questions très précises d'épidémie des agents toxiques, des agents épidémiologiques et biologiques, biochimiques... Donc...

Mais c'est dérangeant quand même parce que ça va un petit peu à l'encontre de la philosophie ou de l'intention du projet de loi d'inclure la promotion à la prévention. Nous, nous proposons un changement minimal pour contextualiser mieux cette définition très étroite pour qu'elle apparaisse comme étant évidemment

liée à ce chapitre sur les pouvoirs en cas de menace à la santé. Et... Parce que c'est évident, comme il a été dit, qu'une menace à la santé aujourd'hui avec la définition qu'on a de la santé, une usine qui ferme dans un village, une situation... une mauvaise organisation en santé au travail, une situation... la situation dans laquelle se trouvent les gens des centres-villes, c'est des menaces à leur santé. Et nous souhaiterions qu'il y ait une correction à partir de tout ce qui a été dit ici, qu'on pense à amener des modifications au niveau de la rédaction de cet article pour qu'il soit plus... qui se reflète plus sur une conception moderne de la santé.

Cependant, si on passe à un deuxième élément qui est très important, l'article 51. Oui, dans l'article 51, nous, nous voyons exactement le mécanisme ou le potentiel d'un mécanisme pour tenir compte des aspects sociaux de la santé. Jonathan Mann, qui est un spécialiste du sida, qui est décédé dans un accident d'avion il y a quelques années, dans les causes américaines disait, suite à une analyse de l'échec des stratégies traditionnelles de prévention du sida, disait: Si vous voulez qu'un jeune Noir américain d'un centre-ville américain utilise le condom, il faut d'abord que vous le convainquiez qu'il a un futur. Et c'est un peu le défi de la santé publique aujourd'hui. Ça résume, cette phrase-là, toute la question des inégalités sociales dans la santé.

Les problèmes de santé sont imbriqués dans des réalités sociales qu'il faut transformer. Oui, dans la loi, il y a des prises... il y a des points de départ, il y a des mécanismes qui sont amorcés. Il y a des assises, comme disait M. le ministre tantôt, pour pouvoir agir là-dessus, et je pense que le pouvoir qu'on donne au ministre d'intervenir au niveau des politiques publiques des autres ministères est un de ces mécanismes, mais nous pensons, dans la façon dont c'est formulé, que ça risque de rester lettre morte.

D'une part, nous savons qu'au ministère on a l'intention, c'est dans le plan stratégique pour les prochaines années, de mettre en place un mécanisme ou un processus d'évaluation systématique des politiques publiques. La commission Clair le recommandait et en faisait une responsabilité au ministre. Nous pensons, M. le ministre, nous avons confiance en vous, que ça va se faire, mais pour la pérennité et pour la force de ça, je pense que l'article... nous pensons que l'article de loi devrait prévoir que le ministre doit mettre sur pied un mécanisme systématique. Quelle sorte de mécanisme? Un mécanisme qui devrait certainement être beaucoup à composante professionnelle, qui pourrait aussi inclure évidemment de l'intersectorialité, autrement dit ça fait pas juste en santé publique, ça doit se faire dans un environnement de concertation et d'intersectorialité mais avec une énorme... une composante professionnelle forte.

L'autre... L'anomalie du projet de loi que je vous soumettais tantôt, c'est bien. Moi, plus j'y pense, j'essaie de comprendre comment il se fait qu'on a au Québec un directeur national de santé publique qui porte le même nom que directeurs régionaux. La Loi de santé publique renforce beaucoup le rôle des directeurs régionaux et silence sur le directeur national. Je raconterais ça à un collègue de santé publique d'un autre pays, puis il comprendrait pas.

Nous avions soulevé... nous avions soulevé cette question en juin. Il nous semble qu'un médecin spécialiste en santé communautaire qui est nommé par le gouvernement, qui a un pouvoir de demander des comptes aux directeurs généraux de santé publique, également nommés par le ministre, je pense, et qui ont beaucoup de pouvoir sur leur tête, qui en cas d'urgence va recevoir les déclarations, prenons des régions, va recevoir des déclarations d'urgence, alors qu'envers les directeurs généraux... régionaux les déclaraient directement au ministre, nous trouvons anormal que ça soit pas prévu, qu'on le reconnaisse pas comme une autorité de santé publique.

Alors, nous recommandons donc qu'au niveau de l'article 2... Lorsqu'on définit qu'est-ce que constitue une autorité de santé publique au Québec, bien, elle est constituée par le ministre, donc l'autorité politique, ainsi que par les directeurs, le directeur national et les directeurs régionaux de santé publique. Et pour actualiser ça, il y a des, dans la loi, des pouvoirs qui sont actuellement attribués au ministre qui conviendraient, je pense, pour des raisons de... pour des raisons non seulement d'enlever une incohérence, mais pour des raisons de contenu ou des raisons évidentes... il me semble que ce soit le directeur national qui soit mentionné directement.

Par exemple, au niveau de la surveillance de la santé, nous trouvons aussi qu'au niveau langage il y a un peu un abus d'attribuer au ministre de la Santé une fonction de surveillance. On ferait jamais... on dirait jamais que le ministre de la Santé est responsable... est... exerce la fonction de chirurgie conjointement avec les chirurgiens. Ça serait... Alors, on pense qu'une fonction de surveillance, ça s'exerce par des professionnels, des observatoires de santé et l'Institut national, des équipes professionnelles, dont les directions de santé publique. Mais il y a une responsabilité exclusive... le ministre a une responsabilité ainsi que le directeur national et les directeurs régionaux.

● (11 h 50) ●

Au niveau de la déclaration de maladies, il me semble qu'il convient que les maladies qui comportent des renseignements personnels surtout ou qui sont nominaux devraient... la loi devrait dire que c'est déclaré au directeur national de santé publique. La coordination dans certains cas des autres directeurs de santé publique, c'est dit dans la loi que le ministre peut coordonner. On comprend que c'est pas nécessairement lui qui va le faire directement, mais on comprend qu'il conviendrait que les directeurs nationaux... dans le cas où il faut coordonner plusieurs régions, la loi précise que c'est le directeur. Les règlements pourraient le faire, mais on croit que, pour justement donner une certaine visibilité à ce poste qu'on a créé...

Il y a aussi la question de la garde des renseignements personnels. Nous sommes surpris de voir que, dans les régions régionales, il y a des mécanismes très précis pour s'assurer la préservation de la garde des renseignements personnels: c'est confié à la direction de santé publique, il y a une promesse de confidentialité. Au ministère, pour les mêmes renseignements, il y a rien de prévu, et nous pensons qu'il serait dans l'intérêt, la crédibilité ou la confiance que la population a dans le système de santé publique de tenir compte de ces observations-là.

Donc, il y a place dans la loi pour donner un rôle au directeur national de santé publique. C'est pas seulement une question d'enlever de l'incohérence — on peut vivre avec de l'incohérence longtemps — mais c'est une question beaucoup aussi d'établir une certaine distinction entre le pouvoir politique qui est soumis à une logique politique, qui inclut une logique électorale dans certains cas, et un pouvoir professionnel.

Ça, M. le ministre, on l'a fait dans les régions régionales. Vous savez que ça a été difficile. Je pense que vous avez... À l'époque où ça s'est fait, il y a eu beaucoup de débats. On pense que, au niveau de la protection de la santé publique au ministère, il est possible d'introduire cette distinction. Évidemment, pour ça on suggère aussi de modifier l'article... l'article de la Loi sur la santé et les services sociaux ou la loi sur le ministère, qui donne au directeur national de santé publique actuellement seulement le pouvoir de conseiller le ministre et de supporter le ministre, ou d'appuyer, ou d'assister le ministre et le sous-ministre dans leurs pouvoirs... dans leurs responsabilités de santé publique, un paragraphe qui dirait qu'il exerce aussi les fonctions prévues pour lui dans la Loi de protection de la santé publique.

Concernant le Comité d'éthique, bien, nous, nous avons les mêmes préoccupations que celles qui ont été exprimées par les autres. C'est-à-dire que... C'est-à-dire que, si je lis ce qu'il y a dans le texte de loi actuellement: un comité nommé par le ministre, dont le président et le vice-président nommés par le ministre, le secrétaire, c'est un membre désigné par le ministre, qui peut poser des questions sur tout, tout, tout, tout absolument et demander des avis, donc un comité très près du pouvoir, nous, ça nous pose des questions, au point qu'on se demande si est un peu... si on n'est pas un peu trop... si on glisse pas vers l'intégrisme au Québec.

Je vais vous donner un exemple dans un autre domaine. L'éthique journalistique, c'est bien important, hein? Les médias, c'est très important, c'est un pouvoir énorme de la société. Et les questions d'éthique journalistique sont très importantes. Qu'est-ce qu'on publie, qu'est-ce qu'on publie pas? C'est qui qui est responsable de porter un jugement éthique?

Imaginez qu'un jour qu'au lieu d'avoir un conseil de presse on avait un comité éthique et on donnerait pouvoir à un homme politique de demander des avis à un comité d'éthique sur des projets de reportage ou sur des projets... Bon. Ça m'inquiète. J'ai beau regarder ça sous tous les angles, je me dis: Nous... Oui à l'éthique, oui à une préoccupation éthique. Mais c'est pas... Le comité d'éthique, à moins d'être masochiste, ça pourrait être, dans quelques années, être assez un carcan. Donc, il faut habiliter les gens dans les régions, les cadres, les professionnels, à porter des jugements éthiques.

Et, oui, un mécanisme qu'on verrait plus comme un centre d'éthique, de recherche, de formation, de débat et d'évaluation de grands enjeux d'éthique. Oui à un mécanisme provincial s'il le faut pour habiliter les gens. C'est pas vrai qu'un problème éthique qui va se poser à Fermont va se décider... ou qu'un comité à Québec ou à Montréal va nécessairement... est le bon mécanisme. Je pense que l'éthique, ça implique un choix entre des valeurs. C'est des choix difficiles. Il y a des oppositions de valeurs. Et il y a pas de bon choix ni de mauvais

choix, il y a des choix... On doit privilégier un groupe de valeurs, on doit minimiser les impacts négatifs pour le reste. Mais ça implique vraiment les intervenants qui vivent... les professionnels. Dans l'hôpital, une décision éthique se prend par les gens qui sont impliqués dans le problème. Alors, en santé publique, je pense c'est la même chose. Oui à un mécanisme central d'éthique avec une mission large plus pour de la formation, de la recherche, des débats, de l'éclairage, des avis de temps en temps.

Oui peut-être à un mécanisme plus restreint dans le cas de l'accès à l'information via la Commission d'accès à l'information. C'est très «touchy», ça implique... Il est possible qu'on ait besoin d'un comité d'éthique qui ressemble un peu à un comité d'éthique en recherche, qui va donner des avis un peu plus décisionnels.

Maintenant, le programme de santé publique, c'est un outil très, très intéressant justement, et, pour atteindre... M. le ministre l'a souligné plusieurs fois, ça va jusqu'au niveau local et ça permet d'intégrer bien des choses, bien des préoccupations. Mais, tel que le texte de loi est présenté, je pense qu'il dépasse les intentions. On s'imagine que ceux qui travaillent au programme veulent que ce soit un outil mobilisant, qu'ils veulent que ce soit un outil qui donne des orientations, qui entraîne, qui amène l'ensemble du réseau de santé publique à tous les niveaux vers un certain nombre de priorités nationales de santé publique.

Ce qui ressort tout au début, c'est que ça encadre. Moi, un cadre, c'est quelque chose qui contient tout ce qu'il y a là-dedans. Autrement dit, si ça encadre, ça veut dire qu'il y a plus de place dans les régions et au niveau local pour développer des nouveaux champs, pour travailler hors programme sur des priorités ou des problématiques régionales. Bien, ça m'inquiète. C'est stérilisant, et je pense que ça servira pas à long terme là... parce que la réalité change tellement, il faut s'investir toujours dans des nouvelles problématiques.

Le deuxième élément qui est agaçant, c'est la prescription. Pourquoi faut-il qu'une loi dise qu'en santé publique il faut prescrire des actions spécifiques et comment réaliser ces actions spécifiques? Oui à des activités prescrites, c'est-à-dire des domaines couverts dans toutes les régions du Québec comme des services en santé publique que tout le monde doit implanter dans sa région, oui à des objectifs, à des orientations, peut-être à des objectifs de résultats, mais nous conseillons simplement d'atténuer ce paragraphe-là pour enlever le mot «action spécifique» et aussi les moyens. Il y a moyen... On sait bien, pour la vaccination, par exemple, que la vaccination, à travers le Québec, se fait selon un protocole qui est universel. Ça a pas toujours été comme ça. Avant ça, il y avait le protocole de Sainte-Justine, de Saint-Luc et... Bon. Actuellement, on est arrivé dans ce cas-là à se donner un protocole universel sans nécessairement passer par une loi. Alors, je pense qu'on peut arriver...

Il y a aussi, pour standardiser, pour s'assurer qu'il y ait une... Parce que c'est ça, l'intention, c'est que les interventions soient efficaces, soient de qualité, et on pense que dans certains cas on devrait prescrire, mais on dit pas toujours dans quoi. Mais il y a la formation qui est essentielle, et c'est comme ça qu'on procède

habituellement en clinique. Je n'ai jamais vu qu'on ait senti le besoin, que l'Organisation mondiale de la santé ait senti le besoin de prescrire comment faire une appendicectomie. Et pourtant, si vous allez dans quelque hôpital que ce soit à travers le monde, vous allez voir qu'une appendicectomie, ça se fait un peu de la même façon. Alors, je pense qu'en santé publique l'amélioration de la qualité de l'intervention doit relever plus de la formation — formation de base — formation en cours d'emploi — des échanges, des publications que d'un volet prescription.

Alors, je pense que, si on pouvait corriger ces aspects-là, eh bien, on aurait, je... encore davantage un projet de loi qui correspond, mais enfin qui est un bon pas, même si largement il demeure basé sur la protection. Et il y a à l'intérieur... il y a des assises, il y a des poignées, si on veut dire, pour s'occuper aussi évidemment de la question... en même temps d'offrir un condom, de donner un futur au jeune de la rue de Montréal qui est victime ou qui est à risque pour le SIDA plus que d'autres. Et ça pourrait s'appliquer à beaucoup d'autres problématiques de santé publique.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, Dr Bujold, je vous remercie. Je cède maintenant la parole au ministre.

**M. Trudel:** Merci, Mme la Présidente. Merci, Dr Bujold, qui représentez ici, donc, l'Association pour la santé publique du Québec. Vous nous avez décrit dans votre mémoire qui vous représentez, 80 membres corporatifs — ça veut dire beaucoup de monde — et 180 personnes représentant un large éventail de disciplines et provenant de tout secteur... tant du secteur de la santé que des services sociaux que de ceux de l'éducation, du sociocommunautaire et du privé. Alors, quand vous mentionnez d'entrée de jeu votre appui à... votre appui à ce projet de loi, à cette modernisation de notre Loi sur la protection de la santé publique, c'est très significatif quant aux gens dont vous êtes le porte-parole aujourd'hui.

● (12 heures) ●

Je vais relever un petit élément, parce que ça permet de — dans vos notes d'introduction — faire une petite fleur à ceux et celles qui y ont travaillé, vous avez dit «rapidement». Et c'est strictement vrai, ça fait 10 ans qu'on est là-dessus, et celui qui est actuellement le porte-parole, le ministre actuel, fait en sorte qu'il arrive en fin de processus au niveau de la loi. Ça veut dire qu'il y a beaucoup de professionnels de la santé à tous les niveaux. Et, également, les gens qui sont affectés à toute la mécanique de la santé publique ont beaucoup travaillé. On a vu tantôt aussi, avec la Centrale des syndicats du Québec, que tout cela est le résultat d'une très grande, très large consultation à partir d'un document. Donc, il faut en profiter pour rendre hommage à ceux et celles qui, en sus, je dirais, de leur travail en santé publique, dans le cadre de la loi qui est encore... qui préside actuellement aux interventions, la loi actuelle... tout ce qu'ils ont fait, tout le travail qui a été fait pour arriver à une loi qui, somme toute... Il y a 17 groupes ici qui ont fait parvenir des mémoires et qui sont tous unanimes à l'appui de cette loi, avec des volontés de bonification

de l'un ou l'autre des aspects. Et ça va évidemment retenir notre attention, tout comme vous le faites également.

Bon. Ceci étant dit, vous avez aussi de la suite dans les idées, Dr Bujold. Vous avez de la suite dans les idées parce que, en juin, lorsque vous étiez venu nous voir, vous nous aviez fait également un certain nombre de représentations à l'égard de cette section de la loi et un certain nombre d'articles, eu égard à la santé publique particulièrement, particulièrement les articles — je cherche mes numéros — 372, 373, 374, 375, pas de l'actuelle Loi de la santé publique, de la Loi sur l'organisation des services de santé et services sociaux sur la gouverne. Et votre suite dans les idées vous amène à dire qu'on a comme un problème de cohérence ou d'incohérence. Et puis, là, vous avez du trouble lorsque vous voyagez à l'étranger. Alors, on va vous solutionner votre problème. On va vous solutionner votre problème, effectivement.

Dans la version du projet de loi que vous avez, il y a comme un incohérence. Au moment où nous avons déposé la loi à l'Assemblée nationale, l'autre loi qui incluait, qui inclut l'assise de la direction de la santé publique et du directeur de santé publique et du directeur national de la santé publique, c'est inscrit maintenant dans une loi, dans la loi sur la gouverne, si bien que les ajustements et les correspondances au niveau de la législation, au niveau de la loi, ce sera apporté lorsqu'on se retrouvera à la prochaine étape, si bien que votre niveau de bonheur va augmenter lorsque vous aurez à parler avec vos collègues au niveau international, puisqu'on va non seulement corriger, mais on va ajuster pour que le tout soit le plus cohérent possible dans l'appareil législatif, le corpus législatif maintenant, qui servirait de base pour nos actions en santé publique. Bon. Point besoin de poser de questions, quand l'action correctrice... L'action correctrice sera faite. Bon.

Je veux revenir un petit peu sur vos commentaires sur l'article 51, sur les objets sociaux de la santé, en quelque sorte, les objets sociaux de la santé. La santé, telle que l'a définie l'Organisation mondiale de la santé, ça inclut donc la santé physique, morale et psychologique, et, fait déterminant et comme on existe dans une société, il est assez évident qu'il y a une relation entre état de santé, état de situation, état d'existence, conditions d'existence, conditions humaines dans lesquels se déroule notre vie. Vous avez pas l'impression que, si on met tout dans tout, on va finir dans une espèce de flou artistique qui va perdre de l'efficacité? Parce qu'il faut quand même tenter, au niveau des lois, de saisir la perspective et le champ d'intervention, et je pense bien que c'est couvert à 51 et 52, sur «toute menace», par les pouvoirs du directeur de santé publique au niveau régional. Est-ce que vous trouvez pas qu'on risquerait d'être trop flou et de tomber dans une expression comme des voeux pieux si on y incluait tout ce qui se fait et tout ce qui pourrait, dans certaines occasions, être indiqué en termes de déterminants sociaux? On ne risquerait pas un effet de dilution dans notre loi?

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

**M. Bujold (Renald):** Je pense pas. J'ai jamais été partisan de vouloir rapatrier, sous le parapluie de la santé publique, tout ce qui se fait dans d'autres domaines. Je suis plutôt partisan du contraire. Je pense que, nous, la santé publique, on doit souvent passer le drapeau de la santé publique à d'autres. Donc, je compte plus sur le ministère... sur le ministre de l'Agriculture pour penser des politiques publiques qui vont préserver les eaux qui coulent en Chaudière-Appalaches évidemment que sur le ministre de la Santé, parce que c'est lui qui a la responsabilité du champ. Mais, par contre, il y a pas mal d'impacts dans la question de préserver les eaux de Chaudière-Appalaches. Il y a toute une industrie qui produit des sous, qui fait vivre des gens. Puis il y a toute la question de l'environnement.

Donc, on pense que la santé publique a un rôle d'éveilleur, un rôle de mobilisateur, de signalement. Alors, quand on veut donner... C'est évident, quand on veut renforcer le rôle de la santé publique dans ce domaine-là, c'est un rôle d'analyse d'impacts, un peu comme une analyse d'impacts sur le milieu, sur la santé dans le projet de construction. Trouver une façon pour les grandes politiques qui appartiennent à d'autres secteurs d'avoir un mécanisme systématique d'analyse et de diffuser cette information, c'est évident, c'est un travail d'intersectorialité au niveau ministériel. Donc, on comprend que... On comprend que c'est... L'intersectorialité est pas facile au niveau local. Elle est pas nécessairement facile au niveau ministériel. Mais la commission Clair recommandait, la loi semble reconnaître un rôle au ministre, spécial, donc un rôle vis-à-vis des autres ministres concernés.

Nous, on pense pas qu'on mêle les cartes. On pense que... Oui, j'ai déjà dit... Au 5 juin, je vous disais: M. Chevrete est responsable des Transports et traumatismes routiers, monsieur qui est responsable de l'environnement, la sécurité du revenu, tous ces gens-là, je crois que... Moi, je crois qu'une loi de protection de la santé publique est limitée dans ce qu'elle peut faire. Elle peut pas... On peut pas forcer, par règlement ou par loi, là... Tu sais, il y a d'autre monde qui décide au Québec que les gens de santé publique. Il y a d'autre monde qui pense. Donc, c'est un pouvoir d'influence plus qu'un pouvoir de coercition à ce moment-là. Mais la loi, tout ce qu'on dit, c'est que, si la loi... C'est d'aller un peu plus loin, tout en comprenant la difficulté, l'acceptabilité de cette mesure aussi possiblement de la part d'autres ministres, jusqu'où on peut aller, là.

Mais, nous, étant donné que c'est une recommandation forte de la commission Clair et que c'est dans les stratégies de santé publique depuis longtemps, l'Organisation mondiale de la santé, la Charte d'Ottawa, tous les concepts de promotion de la santé, les politiques publiques, c'est un élément clé. C'est un levier. Et c'est un des leviers importants pour que la société finalement soit productrice de santé, avoir une société qui serait productrice de santé en elle-même de telle façon qu'on n'aurait plus besoin de personne en santé publique, tu sais, si c'était... C'est un peu l'utopie. Et, avant d'y arriver, bien, il y a du chemin à parcourir.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le ministre.  
● (12 h 10) ●

**M. Trudel:** Tout en notant aussi ce que le Collège des médecins nous disait d'entrée de jeu il y a quelques heures: Que tout cela ne crée pas, chez la population en général, l'espèce de sentiment ou de vision de l'immortalité, là, hein? Malgré les progrès de la science et de la technologie et de l'efficacité de nos interventions, là, il y a un domaine dans lequel on n'a pas progressé de 1/10 de 1 %, c'est le taux de mortalité chez les êtres humains. Le taux de mortalité chez les êtres humains est encore de 100 %. Et on n'a pas progressé d'un seul dixième à cet égard-là. Et il faut pas que tout ça se traduise par une expression que vous venez d'employer, par exemple, dans la lunette de la santé publique, qu'on en parvienne... on parvienne à faire développer un sentiment qu'on se dirigerait quasi vers l'immortalité.

Une dernière question, quant à moi, sur des termes que vous avez employés au niveau de la préparation des plans, des orientations nationales, des plans régionaux au niveau de la santé publique et des plans au niveau local, en particulier avec les CLSC. Vous avez dit: «Un encadrement qui ne laisserait plus de place au régional et au local.» Il m'apparaît y avoir, le moins qu'on puisse dire, une contradiction dans les termes. «Encadrement» n'est pas une directive, n'est pas une obligation d'exécution, c'est de fixer un cadre prescriptif dans certains cas, lorsqu'il s'agit de la vaccination, par exemple, et davantage en cible lorsqu'il s'agit de grands objectifs qui doivent retrouver leur incarnation, nécessaire ou pas, parce que, dans certaines régions, on n'a pas besoin de s'intéresser à... aussi densément à certaines problématiques et, à l'inverse, vice et versa, pour d'autres régions. Vous y voyez vraiment une menace à la responsabilité, et à la créativité, et à l'exercice des responsabilités au niveau local et régional parce qu'il y aurait encadrement — je vais reprendre votre mot — encadrement national?

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

**M. Bujold (Renald):** C'est le mot «encadrement», c'est le mot «prescription», c'est l'ensemble de cette section là qui nous semble, d'après ce qu'on sait des gens qui travaillent sur le programme et ce qu'on entend dire sur le programme, qui semble aller plus dans un... qui semble plus mettre un frein de décourager. Quand j'étais directeur de santé publique, en 1993, au moment de la réforme, le ministre Rochon ou M. Rochon était venu nous parler, aux directeurs de santé publique, et il nous avait invités... C'était quoi, notre rôle? qu'on lui demandait. Il nous avait invités à être présents dans les communautés, à s'insérer dans les dynamismes communautaires.

Alors, M. le ministre, nous, on croit beaucoup au développement social et au développement local, et, quand on arrive dans un... à Rouyn-Noranda — pour ne prendre que Rouyn-Noranda — que vous connaissez bien et qu'il y a des problématiques, il y a des dynamismes locaux et que les gens de santé publique, poursuivant les objectifs de santé, s'insèrent dans ces dynamismes, bien, ça veut dire qu'ils acceptent que les priorités sont pas nécessairement celles qui viennent du central et ça implique les façons de faire aussi.

C'est pas très, très reconnu, dans le texte que j'ai là, là, quand on dit: Un cadre, quand on dit: Prescription, quand on dit: Vous allez devoir soumettre des plans d'action. Vous savez, on va demander aux 30 CLSC de Montréal de soumettre un plan d'action à la région régionale. J'imagine que la région régionale va devoir les lire et les critiquer et renvoyer des avis.

**M. Trudel:** ...

**M. Bujold (Renald):** Bien, sinon, ça sert à quoi de les envoyer là? Alors, d'autant plus, tantôt, que c'est lourd, ça, parce que vous avez déjà, dans la loi 128, prévu un mécanisme, un outil — je me souviens plus à ce moment-là comment ça s'appelle — un plan d'action, qui va être soumis par le CLSC à la région régionale, qui va contenir les objectifs.

Alors, c'est un double mécanisme. Puis je suis pas contre la planification, sauf que ça apparaît davantage comme un mécanisme de contrôle. Je suis d'accord que les CLSC doivent planifier leur action. Je pense que ça va de soi qu'on planifie dans les CLSC, ils ont des plans d'action, mais c'est en mise de contrôle. Et ces plans d'action ont — je suis pas le seul à penser ça... on pense que ça met... C'est dans la loi, ça va rester peut-être 30 ans là, parce que la loi actuelle a duré presque 30 ans et qu'on dit: Il faut des plans d'action que les CLSC vont soumettre, 170 plans d'action que les CLSC vont soumettre au CRSSS, aux régions régionales, qui vont... puis, bon, par-dessus les autres plans d'action, les autres... dans le compte de la reddition de comptes ou la... les autres, mais...

Donc, on dit, nous: Il y a d'autres mécanismes pour atteindre les mêmes objectifs. C'est pas qu'on est contre la planification, c'est qu'on pense qu'il y a des mécanismes plus lourds de monitoring. Tu sais, on pourrait bien envoyer un questionnaire de temps en temps pour voir si qu'est-ce qui se fait, c'est dans le cadre du programme, l'évaluation et d'autres mécanismes plus lourds et utiliser les mécanismes déjà prévus par la loi 128 pour...

C'est pas qu'on est contre les plans d'actions, mais, moi, la réflexion que j'ai entendue de beaucoup de gens dans le réseau de santé publique, c'est que c'est... ça alourdit encore drôlement, ça va détourner beaucoup de temps, des gens, puis c'est comme si on tenait pas compte que les CLSC ont déjà des plans. Bon, vous avez déjà vu, certains CLSC à Montréal, ils ont déjà des plans des services qu'ils rendent, là, ils ont déjà des plans.

Donc, nous, on questionne plus la lourdeur. On est pour que les CLSC, mais il y a d'autres mécanismes, je pense, de coordination et d'assurance de la qualité de la pratique de santé publique que ceux-là.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Dr Bujold.

**M. Trudel:** Merci beaucoup. Merci, M. Bujold.

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

**M. Fournier:** Merci, Mme la présidente. Rebonjour, puisqu'on s'est vu il n'y a pas si longtemps.

Votre détermination est toujours au rendez-vous. J'ai quelques remarques à faire sur... Vous avez entendu de toute façon, vous étiez là un peu plus tôt, mais je pense que ça vaut la peine de le souligner: De tous les groupes, vous n'êtes pas le seul qui parlez des mécanismes d'analyse d'impacts des politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être, mais vous êtes probablement le... En tout cas, c'est le mémoire qui était le plus limpide sur le sujet. Et, moi, je trouve qu'il est particulièrement utile.

J'ai eu l'occasion de le dire, mais le ministre de la Santé peut jouer, pourrait jouer un rôle de capitaine d'équipe à l'égard de tous ses autres collègues, de manière à ce que la main gauche et la main droite du gouvernement finissent pas savoir ce que l'une et l'autre font.

Je le disais hier, c'était pas en badinant, bien que certains l'ont pris en badinant, mais je pense que ça aiderait le ministre. Je pense que c'est un outil qui permettrait au ministre de la Santé, peu importe qui occupe la fonction, qui lui permettrait d'asseoir une certaine autorité, en tout cas certainement une certaine priorité autour de la table du Conseil des ministres pour dire: Nous sommes tous redevables en matière de santé. On nomme souvent... Vous avez parlé des Transports, on peut parler de l'Environnement, on peut parler de bien des ministères, je pense beaucoup au Trésor aussi, mais ils sont tous... tous sont concernés. Et, non seulement c'est un outil pour le ministre, mais c'est aussi un instrument de cohérence pour le gouvernement.

Et j'admets, j'admets que ça peut être fatigant. J'admets que, lorsqu'il y a une mécanique systématique qui n'est pas contrôlée, qui roule sur l'automatique..., Parce que, là, vous le soulignez, hein, je lis votre mémoire, en parlant du second alinéa de 51: «... crée une obligation de le consulter lors de l'élaboration de mesures prévues par les lois et les règlements qui pourraient avoir un impact sur la santé de la population. Cette mesure constitue, selon nous, une innovation intéressante, puisqu'elle établit un principe, quoiqu'elle demeure vague au niveau de son implantation. En effet, l'article n'identifie pas qui, des autres ministres, sous-ministres ou autres fonctionnaires, doit faire cette consultation, ni qui évaluera si de telles mesures pourraient avoir un impact significatif sur la santé, qui déclencherait le processus de consultation.»

Enfin, ce que vous nous dites, c'est mettre un pas, mais c'est tellement timide qu'on se rend compte qu'on complètera pas la marche. Et, moi, je pense qu'on doit pousser beaucoup plus loin.

J'ai l'occasion de le dire, je pense que c'est oui, politiquement, ça offre une complication pour le gouvernement. La complication, c'est celle que cette évaluation rendue publique permettra aux gens de mieux savoir, de mieux juger, de mieux évaluer la décision gouvernementale. Elle provoque une recherche d'imputabilité.

Tant qu'il n'y a pas de personnes informées sur quel peut être l'ensemble des impacts d'une décision, le gouvernement a la marge de manoeuvre libre et il peut avancer. Mais le problème, c'est qu'en démocratie, c'est plutôt normal que la décision soit éclairée et que les gens sachent l'éclairage complet. Et on aura de meilleures décisions avec des gouvernements qui seront

soumis à des pressions plus valablement exprimées parce qu'ils auront l'éclairage complet qui va être fait.

Alors, je trouve que pour la santé et le bien-être, je trouve que pour la cohérence gouvernementale, je trouve que pour l'importance que le ministre de la Santé doit jouer dans une équipe ministérielle, et je dirais même plus, pour l'efficacité des gouvernements et la démocratie, en général, votre proposition, elle est... Et c'est pas juste la vôtre, comme vous le mentionnez, c'était dans les cartons... c'était dans les cartons du ministère. C'est juste que, arrivé au bout, ça a pas passé la rampe. Et ça démontre bien le problème. Il y a du monde autour de la table qui veut pas jouer cette partie-là.

● (12 h 20) ●

Et on arrivera pas, à mon avis, à une solution optimale en termes d'actions gouvernementales eu égard à la santé publique, santé et bien-être, comme de promotion, de prévention. On n'aura pas de position optimale tant qu'on gardera cet esprit, cette approche politique. Je pense qu'on a besoin d'un gouvernement qui prend des risques. Et le risque de la transparence, c'est le meilleur risque qui peut être pris pour assurer de meilleures décisions et assurer une meilleure démocratie.

Alors, je veux juste profiter de votre présence pour dire que vous m'avez animé dans plusieurs des autres interventions que j'ai eu à faire tout au long de la semaine et que nous garderons certainement en mémoire autant votre proposition que celle que d'autres ont faite, que ce que le gouvernement avait envisagé lui-même. Et on aura l'occasion d'en débattre au cours des prochaines semaines. Et j'espère bien que le ministre de la Santé pourra soit se convaincre lui-même, et si d'aventure il l'était déjà, convaincu, convaincre alors ses autres collègues que cette approche-là serait la bonne.

Je ne désespère pas qu'il s'en convainque et qu'il évolue sur sa pensée, puisqu'il a évolué déjà sur la pensée concernant le Comité d'éthique et c'est de ce dont je veux... ce sur quoi je veux attirer votre attention. D'ailleurs, je trouve que vous aviez un excellent exemple lorsque vous avez abordé la question sous l'angle de l'éthique journalistique. Ça nous fait mieux comprendre les questions qui peuvent être traitées et l'importance qu'il y ait une distance entre celui qui analyse la question et... Et, jusqu'ici, le ministre accepte que les avis soient publics, ce qui est déjà une modification par rapport à ce qu'était le projet de loi. Il nous a aussi dit qu'il acceptait la proposition notamment de la protectrice du citoyen, justement sur la recherche de l'indépendance qui proposait dans le fond qu'il y ait une liste qui soit dressée et que le gouvernement nomme les membres du Comité à partir d'une liste. Il s'agit de définir dans les prochaines semaines, qui seront les gens qui vont proposer les noms à la liste. Ce que nous n'avons pas jusqu'ici cependant, c'est l'autonomie d'action du Comité et la capacité pour d'autres que le ministre, des organismes, des citoyens, des gens du réseau de saisir le Comité de certaines questions.

Alors, ma... j'ai deux questions pour vous à l'égard du Comité d'éthique. La première: Vous, de votre côté, puis je... vous proposez qu'il soit plutôt rattaché à un institut universitaire ou qu'il gravite autour. Alors, j'aimerais que vous m'exposiez plus avant

ce que cela signifierait. Et, deuxièmement, je voudrais savoir ce que vous pensez de l'importance ou non — moi, j'annonce mes couleurs, je crois que c'est important — que le Comité n'ait pas qu'à réagir à des demandes adressées par le ministre, mais qu'il puisse proprio motu se saisir, qu'il puisse être interpellé par différents groupes de la population sur certaines questions et donc qu'il ait une marge d'autonomie plus large, qu'il n'est pas que lié à sa nomination et sa destitution, là, qui est beaucoup plus dans l'exercice de son mandat.

Alors, comment réagissez... comment... D'abord, expliquez-moi l'Institut universitaire et comment le Comité d'éthique y serait rattaché et parlez-moi ensuite de cette autonomie d'action du Comité d'éthique.

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

**M. Bujold (Renald):** Je vais peut-être dire une énormité, mais... parce que je connais pas bien le domaine, mais il y a un centre de bioéthique quelque part, là. Il me semble que ce n'est pas rattaché au ministère, c'est rattaché dans un monde, le monde universitaire ou dans un contexte professionnel. Alors, pourquoi qu'on n'aurait pas un centre d'éthique en santé publique? C'est plutôt ça que... plutôt qu'un comité qui donne les avis sur commande, de qui viennent les commandes, qu'est-ce qu'on va faire avec l'avis, une fois qu'il l'a émis s'il rencontre pas, moi, mon jugement éthique comme responsable. Et, si je suis médecin de santé publique, j'ai à décider si on doit vacciner ou non la population de Fermont, puis je suis pris avec des médecins qui disent: Nous, on vaccine parce qu'on peut pas faire autrement éthiquement, et qu'il y a des gens puis il y a tout de suite un contexte que, moi, je connais, puis que, moi, je dois décider... M. le ministre, via le directeur national de santé publique, demande rapidement un avis au Comité qui me dit: Tu vaccines pas, bien, qu'est-ce que ça va changer? Moi, je suis pris avec mon problème d'éthique. C'est pas ça que j'ai besoin, j'ai besoin d'éclairage, de formation pour orienter mes décisions. Parce qu'une décision éthique, c'est qui qui la prend? Est-ce que...

Je demandais à M. le sous-ministre adjoint tantôt s'il avait déjà consulté des éthiciens, il dit oui. Tu sais, un bon éthicien te donne pas nécessairement la solution tout de suite, là, hein, il va te décrire des affaires, mais c'est toujours ramené avec ton... avec la décision, tu dois... Alors, je pense que c'est plutôt un centre qui fait de la recherche, qui analyse des cas après coup, tu sais.

Regardez la campagne de vaccination actuelle, moi comme président de la santé publique, M. le ministre a dit qu'on était multidisciplinaire, mais il y a des gens qui ont questionné ça. J'ai reçu un petit e-mail un jour: Écoutez, on va donner 120 millions pour vacciner, pour sauver 25 décès en cinq ans et 180 maladies, puis la personne avait compté combien ça fait par décès. Ça faisait 4 millions quelque chose par décès. Par contre, il y a 1 000 jeunes, 1 000 personnes qui vont se suicider l'an prochain au Québec.

Bon, la décision... Il y a un problème parce qu'on peut utiliser des ressources pour faire ça puis on

peut utiliser des ressources pour faire d'autres choses. Il y a toutes sortes d'éléments... Bon. Une fois que c'est fait, là, c'est pas fini. Qu'il y aurait une analyse d'éthique de situations comme ça, ça éclairerait pour les prochaines décisions. Alors, c'est pas nécessairement un comité qu'on se donne pour donner une analyse vite, vite, vite quand on en a besoin, c'est plutôt un centre qui va favoriser l'habilitation de tout le monde à prendre des décisions. Et ça implique de la formation, ça implique des débats, puis éventuellement, éventuellement on pourrait... on pourrait consulter sur un projet qu'on a puis on pourrait dire: Bon, on pourrait s'aider et avoir un éclairage.

Alors, dans ce moment-là, votre deuxième question est répondue en même temps parce que le Comité d'éthique, il serait dans un milieu de recherche universitaire. Il y aurait beaucoup d'intrants. Ils seraient pas là pour donner... Moi, ce qui me... Le bât blesse dans ça parce que... bien, parce qu'il y a des intentions de corriger puis il faut au moins corriger ça. C'est évident que c'est un comité d'éthique qui est donné à une autorité politique pour prendre des avis sur le plan qu'a préparé le directeur du CLSC avec son monde sur un des éléments de ce plan, une petite action précise. Est-ce que...

C'est ça que... Le projet de loi permet ça. Alors, ça, moi... Je parlais d'intégrisme tantôt, mais — le mot est sans doute exagéré, surtout dans le contexte actuel, là — mais il y a, comme on disait le 5 juin aussi, et on parlait d'un retour à des valeurs plus de droite ou des... par rapport... on peut pas s'empêcher de voir... Puis, ce qui est surprenant, c'est que c'est pas seulement le ministre qui pense à ça, il y a des gens de la base qui le demandent, qui favorisent le Comité d'éthique.

Nous, on dit: Attention, je pense que c'est pas nécessairement un comité d'éthique dans le sens qui est défini dans la loi qu'on a besoin, c'est plutôt l'habilitation de la capacitation. En éthique, ça implique de la recherche, de la formation. S'il y avait seulement un comité, je pose quand même la question. Je pense que le besoin demeure d'un centre d'éthique, d'un centre de... À moins de transformer le Comité dans ce centre, là. Si les transformations que vous dites que M. le ministre est prêt à faire vont dans le sens de transformer ça en un centre dans un milieu universitaire, bien là, ça rejoint pas mal notre proposition, là, ça rejoindrait pas mal.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Dr Bujold.

**M. Fournier:** Non, faites-moi pas dire ça. Je m'avance déjà quand je dis que le ministre a dit... mais faites-moi pas dire qu'il se serait avancé jusque-là parce que...

**M. Trudel:** ...pas dire des choses qu'il doit dire parce que vous l'avez dit, là.

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

**M. Fournier:** ...même admettre qu'il n'a pas dites. Mais, non, il s'est vraiment pas rendu jusque-là et il a déjà juste son autonomie d'action. Il a encore du

progrès à faire, mais je ne désespère pas et je sens qu'il va se faire.

Vous parlez, à la page 10, du débat qu'il y a eu, notamment au sein de votre... de votre groupe à propos du directeur national de santé publique. Vous dites: «Certains de nos membres suggéraient même que le directeur national de santé publique soit imputable à l'Assemblée nationale [...] et qu'il devrait exercer ses fonctions à partir d'une instance professionnelle, l'Institut national de santé publique par exemple, et non à titre de sous-ministre adjoint à la santé publique.»

Quel avantage y a-t-il? On a parlé du Comité d'éthique au directeur national de santé publique. Quel avantage y a-t-il à ce qu'il soit, par exemple, attaché à l'Institut national de santé publique?

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

**M. Bujold (Renald):** Oui, merci. C'est que, vous savez, le directeur national de santé publique actuellement au Québec est très près de l'appareil politique. Autrement dit, dans la filière et dans la hiérarchie, il y a le ministre, le sous-ministre, le sous-ministre adjoint en tant que sous-ministre.

En même temps, on lui dit: Tu es directeur national de santé publique, tu es médecin spécialiste. Donc, pour moi, un médecin spécialiste, c'est un médecin qui pose des diagnostics de population parce que c'est un médecin de santé publique, hein? Par comparaison avec la clinique, il pose un diagnostic. Il doit avoir la liberté de poser un diagnostic. Il pose... Il prescrit un traitement, une intervention. C'est des actes professionnels.

Alors, si les choses veulent vraiment dire ce qu'elles veulent dire, ça veut dire que ça doit s'exercer dans un contexte analogue un peu de liberté professionnelle, comme ça se passe dans un hôpital. Il y a une responsabilité du conseil d'administration, des... Mais le chirurgien globalement reste responsable de décider s'il opère tel patient ou s'il l'opère pas.

● (12 h 30) ●

Il y a des coûts, il y a des considérations de coûts, de disponibilité de salles d'opération, de personnel affecté, mais, au bout de la ligne, on essaie toujours de préserver ce champ tout en considérant les autres aspects. On dit: En santé publique, il conviendrait, dans cette logique-là... Notre système est pas parti pour ça. Actuellement, ça peut être très difficile de dire ça. M. le ministre disait tantôt: Il faut l'implanter dans les régies régionales. Moi, j'étais sur la ligne de feu à ce moment-là comme directeur de la santé communautaire, puis on s'est battu pour que, à l'intérieur des régies cette dimension professionnelle du rôle du directeur régional soit préservée. Bien, qu'est-ce qui nous amène à évoquer ce sujet-là? C'est pas parce qu'on a besoin absolument de... mais c'est qu'on... il y a une loi qui dit: on crée un poste de directeur national de la santé publique. Alors, selon la cohérence, on s'attend à quoi? Un directeur national de santé publique, ça correspond à un directeur régional de santé publique. Donc, il devrait avoir les mêmes pouvoirs analogues.

Mais il y a de nos membres, je le dis, puis de nos membres éminents, en particulier M. André-Pierre

Contandriopoulos, membre de l'Association, qu'on a consulté, et, quand il a lu le premier texte du projet de loi: Ah! on crée un poste de directeur national de santé publique. Immédiatement, il a fait le lien avec la commission Clair qui disait: La santé est une responsabilité du gouvernement, pas seulement du ministère de la Santé, et on devrait procéder à des analyses... le ministère devrait être responsable... Alors, lui, il a fait des liens avec tout ça puis il a dit: Ah! c'est intéressant, si le directeur national de santé publique était... n'était pas sous-ministre. Puis il était sous-ministre. J'ai appelé un directeur de régie régionale, je mentionnerai pas lequel, mais en qui j'avais bien confiance parce qu'il a accompagné pendant plusieurs années les directeurs de santé publique, et je lui ai demandé: Qu'est-ce que vous pensez de la création du poste de directeur national? Je lui ai pas suggéré rien. Il m'a dit: Ça ne veut rien dire si le directeur national de santé publique... sous-ministre. Bon. Je conçois qu'on peut avoir des avis partagés, hein. Je pense que M. Massé pourrait faire ressortir les avantages d'être à l'intérieur. Bon.

Nous, on pose des questions, mais... On dit qu'on pourrait avoir un système de santé publique qui serait organisé autrement. On pourrait avoir une sorte de protecteur de la santé du citoyen qui relèverait du gouvernement ou de l'Assemblée nationale et qui aurait un mandat qui serait assis sur une autorité professionnelle, peut-être un peu comme le «Surgeon General» aux États-Unis. Bon, il faudrait bien y avoir tout ça. On pourrait avoir un système comme ça. C'est peut-être trop prématuré pour en parler aujourd'hui, pour bien des raisons, mais on dit... le minimum qu'on disait, le 5 juin: Reconnaissez-lui au moins les pouvoirs analogues. Bon.

M. le ministre tantôt m'a dit que je pourrais me consoler et que je serais moins incohérent. Si je bâtissais là-dessus pour avoir un petit peu plus d'audace, je suggérerais d'ajouter un petit paragraphe à la Loi du ministère de la Santé qui crée le poste de directeur national de santé publique, un petit paragraphe qui dirait: Il exerce des pouvoirs analogues à ceux des directeurs régionaux en région avec... compte tenu d'adaptations nécessaires. Et là on aurait un modèle logique, on aurait, au niveau national, un directeur national qui est un collègue, qui est un médecin-chef de santé publique, dans chacune des régions, et... Nous, on pense qu'il y aurait un avantage sur la coordination de santé publique. Les gens de santé publique sur le terrain, ils ont peur, ils sentent aussi qu'il y a une bureaucratie — on a parlé des plans tantôt qu'il faut produire — qu'il y a une bureaucratie importante, une bureaucratisation, une... la santé publique. Et ces peurs-là existeraient moins si on avait un directeur national de santé publique qui est un peu distant à défaut d'être dans un autre... puis ça viendra peut-être dans 10 ans, dans 15 ans, mais à défaut, on pense que, si le ministère créait cet espace-là... C'est évident que c'est pas facile, ça a pas été facile à passer dans les régies...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** En conclusion, Dr Bujold, s'il vous plaît.

**M. Bujold (Renald):** ...pas dans le ministère.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, ça va. Alors, merci. C'est le temps qui nous était alloué. Je vous remercie beaucoup pour votre participation à cette commission.

Alors, je demanderais aux représentants de Les Compagnies de recherche pharmaceutique de bien vouloir prendre place. Et je suspends pour quelques instants seulement.

*(Suspension de la séance à 12 h 34)*

*(Reprise à 12 h 35)*

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, la commission poursuit ses travaux avec les représentants de Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada. Alors, je vous souhaite bien sûr la bienvenue. M. André Marcheterre, le représentant de Merck Frosst, c'est vous qui êtes le porte-parole, alors j'apprécierais si vous pouviez nous présenter les personnes qui vous accompagnent, pour fins d'enregistrement, et vous aurez une période d'une vingtaine de minutes pour la présentation de votre mémoire. Merci. Au fait, je veux vous remercier aussi pour votre collaboration, d'avoir accepté de devancer un peu la présentation de votre mémoire.

#### **Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx & D)**

**M. Marcheterre (André):** Ça nous fait plaisir. Alors, Mme la Présidente, M. le ministre, mesdames et messieurs qui êtes membres de la commission, bonjour. Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada sont heureuses de présenter leurs commentaires et recommandations à la commission des affaires sociales à propos du projet de loi n° 36 sur la santé publique.

Vous m'avez présenté, merci. Je suis André Marcheterre, président de Merck Frosst Canada ltée, je suis aussi membre du conseil de direction de l'Association des compagnies de recherche pharmaceutique du Canada. Je suis accompagné aujourd'hui de Mme Denise Cloutier, de Pfizer Canada inc., de M. Carl Viel, de GlaxoSmithKline Canada, et de M. Alain Boisvert, qui est également de Merck Frosst Canada.

Donc, Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada forment une association d'envergure nationale qui représente quelque 21 000 Canadiens et Canadiennes, dont près de 9 000 au Québec, à l'emploi de 62 sociétés de recherche pharmaceutique. Les membres de notre association ont tous en commun un objectif primordial, c'est-à-dire la découverte et la commercialisation de médicaments novateurs qui améliorent la santé et la qualité de vie de nos concitoyennes et nos concitoyens. À l'échelle mondiale, nos sociétés sont responsables de quelque 90 % des découvertes de produits pharmaceutiques qui se font dans le monde. Une telle mission, couplée à la forte implantation de l'industrie pharmaceutique novatrice au Québec, fait de notre association, nous croyons, un partenaire à part entière du système de santé québécois, d'où notre volonté aujourd'hui d'offrir notre concours à

la démarche menée par la commission des affaires sociales relativement au projet de loi sur la santé publique.

Le mémoire que nous avons soumis à la commission le 7 septembre dernier décrit les investissements en recherche et développement et la présence économique aussi en général de nos compagnies au Québec. Comme les membres de la commission sont assez familiers avec notre industrie et étant donné aussi notre présence régulière lors des commissions parlementaires, nous omettons aujourd'hui ces sections de notre mémoire et nous allons nous concentrer sur le projet de loi à l'étude.

Il est impossible de nos jours de concevoir un système de santé de qualité qui ne s'appuie pas largement sur les progrès considérables qui résultent de la recherche et de l'innovation pharmaceutiques. Notre mémoire illustre par plusieurs exemples, éloquentes à notre avis, l'apport des nouveaux médicaments au système de santé. Notre association a d'ailleurs produit sur ce sujet un autre mémoire intitulé *La valeur des médicaments—Bénéfices thérapeutiques et économiques des nouveaux médicaments d'ordonnance*, document qui sera partagé avec les instances ministérielles et les membres de la commission au cours des prochaines semaines.

L'objet premier du présent mémoire n'est toutefois pas de démontrer l'ampleur de cet apport. Nous tenterons plutôt d'explorer avec la commission comment l'outil thérapeutique que représente le médicament peut être utilisé de façon optimale afin de mieux contribuer encore à l'atteinte des objectifs de santé publique qui constituent la raison d'être du projet de loi à l'étude et comment notre industrie peut concourir à ces objectifs.

Pendant longtemps, l'industrie pharmaceutique a été exclusivement perçue au sein du système de santé comme un fournisseur de médicaments, aussi un fournisseur de vaccins, un fournisseur d'autres produits de santé, sans rôle particulier au niveau de l'atteinte des objectifs de qualité que se donne le système. Une telle perception, à notre avis, est erronée. De par ses activités de recherche, aussi par notre expertise scientifique et les ressources dont dispose notre industrie, nous pouvons nous avérer, en matière de promotion de la santé, un partenaire de tout premier plan pour les professionnels et les administrateurs du réseau, les patients et le gouvernement lui-même. De nombreuses initiatives qui ont vu le jour au cours des dernières années en font foi. Nous en utiliserons quelques-unes dans ce mémoire.

● (12 h 40) ●

D'autres facteurs prèchent encore plus fortement en faveur d'une collaboration accrue entre l'industrie pharmaceutique et le réseau en matière de santé publique. La nécessité de l'équilibre budgétaire et la multiplicité des besoins financiers auxquels le système de santé est confronté soulèvent des questions quant à sa capacité d'intégrer les nouvelles technologies médicales et aussi les nouvelles innovations pharmaceutiques. À long terme, une telle situation peut affecter la qualité des services offerts à la population et creuser un écart entre le niveau des soins offerts à la population québécoise et celui qui prévaudrait dans d'autres sociétés développées. Une telle perspective représente, nous en conviendrons tous, une menace à éviter.

Elle constitue aussi un défi de taille pour l'industrie de la recherche pharmaceutique dont les produits innovateurs peuvent se voir privés de débouchés. En plus de ses responsabilités sociétales, donc notre industrie a aussi un intérêt direct à collaborer, avec toutes nos énergies, aux solutions aux problèmes qui se posent dans le système de santé. Ces considérations ont poussé notre association, depuis quelques années, à proposer diverses formes de partenariats au ministère de la Santé dans le but de combler les écarts qui existent entre les soins optimaux auxquels notre système de santé doit tendre et ceux qui sont réellement délivrés sur le terrain. Cet effort d'optimisation des soins peut s'appliquer à la plupart des composantes de notre système de santé. Il peut être particulièrement intéressant dans le domaine de l'utilisation des médicaments.

L'approche de partenariat privé-public que nous proposons ici n'est pas nouvelle. Elle a fait l'objet de discussions à plusieurs niveaux au sein de notre système de santé, à tel point que la commission Clair lui a consacré, l'an dernier, plusieurs extraits de son rapport, recommandant, entre autres, que soient mis sur pied des partenariats privé-public dans le domaine pharmaceutique afin justement d'augmenter le nombre de projets qualifiés de gestion thérapeutique entre le ministère et l'industrie. Selon la commission, cela conduirait à faire du Québec un chef de file dans le domaine de l'optimisation thérapeutique des médicaments, tout en générant des retombées en termes de qualité des services. Nous sommes évidemment d'accord avec ce point de vue de la commission Clair.

Le type de partenariat que nous proposons ici est donc celui auquel réfère la commission Clair. Il représente un mode d'intervention en santé jugé hautement crédible et une des pistes de solution novatrices mises de l'avant par la commission. Cet endossement considérable milite fortement, selon nous, en faveur de la concrétisation rapide du partenariat proposé.

Le programme national et les plans d'action régionaux et locaux de santé publique prévus au chapitre II du projet de loi sur la santé publique peuvent constituer, selon notre association, un cadre permettant de donner forme à ces partenariats. Nous élaborerons plus loin sur la façon dont ce cadre pourrait se matérialiser. Mais avant de le faire, il importe de définir de façon plus précise les types d'intervention que nous proposons à la commission de réaliser dans le cadre des partenariats entre le réseau de la santé, les autorités ministérielles et notre industrie.

Nous nous penchons donc plus spécifiquement dans ce mémoire sur quatre formes de collaboration entre l'industrie pharmaceutique de recherche, les professionnels, les administrateurs de la santé et les autorités gouvernementales. Ces quatre formes de collaboration sont: premièrement, la prévention et la promotion de la santé par l'éducation de la population à propos du bon usage des médicaments; deuxièmement, l'aide aux aidants naturels; troisièmement, l'éducation professionnelle continue; et enfin, la gestion thérapeutique. Et je vais les aborder dans cet ordre, un par un.

Donc, on commence par l'éducation sur le bon usage des médicaments. Le projet de loi à l'étude

stipule, à son article 6, que le programme national de santé publique doit comporter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne la promotion des mesures systémiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. Cette disposition s'inscrit logiquement dans l'approche éducative et préventive que l'on s'attend de retrouver au sein d'un programme contemporain de santé publique. En matière de pharmacothérapie, une telle approche peut revêtir la forme de programmes d'éducation sociosanitaire portant sur le bon usage des médicaments.

Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada ont développé un programme d'éducation destiné justement à sensibiliser la population des aînés ainsi que les employeurs aux bienfaits de l'utilisation appropriée des médicaments. *L'information, c'est la meilleure prescription*, le titre de l'ouvrage, constitue un programme visant à fournir des outils simples aux personnes afin de favoriser une utilisation judicieuse des médicaments.

Dans le cadre de ce programme, des ateliers d'information animés par des professionnels de la santé sont proposés aux participants afin de les sensibiliser à leurs habitudes de consommation et aussi pour modifier ces habitudes au besoin. Deux modules de sensibilisation à l'utilisation des médicaments ont été élaborés. Le module Aînés, lancé en janvier 1994, vise à répondre aux besoins des personnes de 65 ans ou plus, alors que le module Milieu de travail, lancé en 1998, vise une population de 18 à 65 ans en milieu de travail. Chaque module offre plusieurs outils qui fournissent aux consommateurs des renseignements pratiques sur l'utilisation appropriée des médicaments, qu'il s'agisse de médicaments prescrits ou non, de produits de marque ou de génériques, ou encore de vitamines ou de plantes médicinales.

Chacun des participants à un atelier reçoit une brochure éducative pour consultation future et un registre personnel dans lequel il peut noter les médicaments qu'il prend de même que la posologie, ainsi que d'autres renseignements sur sa santé qui seraient utiles en cas d'urgence. Ce programme est complété par un volet d'évaluation qui en constitue d'ailleurs un élément très important. Fait important à mentionner, ce programme a été introduit au Québec en partenariat avec justement le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Ordre des pharmaciens du Québec, le milieu privé de l'assurance, ainsi qu'avec des employeurs québécois majeurs. Depuis 1994, Les Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada ont investi plus de 9 millions de dollars dans l'élaboration, la production, la diffusion et l'évaluation de ce seul programme. Plus de 1,4 million de copies de celui-ci ont été diffusées au Canada, ce qui témoigne de l'intérêt soutenu qu'il a généré. Une telle approche gagnerait, selon nous, à être considérée au moment de l'élaboration du programme national ou des programmes régionaux de santé publique. Il nous ferait plaisir d'ailleurs de participer à des discussions visant à explorer de quelle façon il pourrait y être intégré.

Une autre forme de collaboration possible est l'aide aux aidants naturels. Le 24 novembre 2000, Mme Pauline Marois, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, annonçait conjointement avec trois

membres de notre association la mise sur pied d'un fonds de partenariat concernant la maladie d'Alzheimer et les affections connexes, dans le cadre justement d'un partenariat novateur visant à proposer des solutions aux nombreux problèmes causés par cette affection. Ce partenariat favorisera la mise sur pied de programmes polyvalents pour assister les aidants naturels des Québécoises et des Québécois luttant contre cette maladie. Une somme de 1 million de dollars sera investie dans ce programme. Cet argent servira à la réalisation de divers projets qui devraient permettre aux personnes touchées par la maladie d'Alzheimer de mieux y faire face afin de conserver leur dignité et aussi de soulager le fardeau des gens qui les aident.

Un premier appel de projets fut lancé en janvier 2001. Soixante-dix propositions y donnèrent suite et furent évaluées par un comité d'évaluation de la qualité formé de huit experts. Leurs recommandations furent ensuite transmises pour approbation et financement à un comité consultatif où siégeaient le ministère de la Santé, les entreprises pharmaceutique impliquées, la Fédération québécoise des sociétés Alzheimer, le Collège des médecins, l'Association des CLSC—CHSLD et le réseau géronto-gériatrique du FRSQ.

À l'issue de ce processus d'évaluation, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Rémy Trudel, annonçait, le 5 juillet dernier, l'octroi cette année de 440 000 \$ à 13 organismes oeuvrant auprès des aidants naturels des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Ces projets revêtent plusieurs formes, comme le développement de réseaux d'aidants expérimentés, des mesures facilitant leur travail, un inventaire des ressources disponibles, un guide destiné aux proches et la formation des intervenants eux-mêmes. Un second appel de projets sera lancé au début de 2002.

Cette approche illustre de façon éloquent comment des partenariats privé—public encore une fois entre le gouvernement et l'industrie de la recherche pharmaceutique comme ceux que recommandait la commission Clair peuvent contribuer à l'atteinte de nos objectifs sociétaux de santé publique.

Troisièmement, nous aimerions aborder la collaboration en éducation professionnelle continue. La mission des Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada en ce qui concerne l'enseignement médical continu est d'assurer et de promouvoir des programmes d'enseignement médical de grande qualité à l'intention des professionnels de la santé, en formant des partenariats et des alliances avec les facultés des sciences de la santé des universités, les associations spécialisées en santé et les autres organismes canadiens d'agrément qui assurent des programmes d'éducation médicale continue. Ces programmes visent à accroître la connaissance et la compréhension des progrès réalisés dans la recherche médicale, les sciences de la santé et la pratique clinique de façon à ce que les professionnels de la santé puissent en retour dispenser des soins de qualité supérieure à leurs patients.

● (12 h 50) ●

Les accords de partenariat en éducation médicale continue, conclus par les compagnies membres de Rx & D, sont fondés sur des valeurs partagées en matière de santé. En s'engageant dans de

tels partenariats, les compagnies membres de Rx & D appuient les principes et pratiques inhérents aux programmes d'éducation médicale continue qui ont été établis par des organismes professionnels tels que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, le Conseil canadien de formation continue en pharmacie, la Fédération des médecins spécialistes et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec ou l'Ordre des pharmaciens du Québec.

L'un des objectifs de ces programmes est qu'ils puissent être agréés en vertu du programme de maintien de la compétence du Collège royal des médecins et chirurgiens ou du programme de maintien de la compétence du Collège des médecins de famille du Canada. Cet agrément par des sociétés professionnelles indépendantes est l'un des aspects les plus importants des programmes d'éducation médicale continue réalisés en partenariat avec l'industrie, en ce sens qu'il les distingue des activités promotionnelles auxquelles se livrent les compagnies de recherche pharmaceutique afin de faire la promotion des produits. On a parfois tendance, de façon erronée justement, à confondre ces deux types d'activités. Elles sont en fait distinctes. Les premières visent un but éducatif et la transmission d'informations objectives, comme en fait foi leur endossement par des sociétés professionnelles indépendantes. Les secondes s'inscrivent dans une stratégie et une série d'activités commerciales.

En leur qualité de chercheurs et de producteurs de médicaments d'ordonnance, les membres des Compagnies... de l'Association de recherche pharmaceutique du Canada ont l'obligation de s'assurer que les effets des médicaments qu'ils ont découverts et commercialisés s'appuient sur des données scientifiques rigoureuses et probantes. Leurs activités dans le domaine de l'éducation médicale continue jouent un rôle vital quant à la communication de ces renseignements aux professionnels de la santé et au public aussi. De plus, ces activités sont régies par des normes d'éthique commerciale rigoureuses. Même lorsqu'ils font appel à des organisateurs d'éducation médicale continue de l'extérieur, les membres de la Rx & D doivent veiller au respect des dispositions du Code de pratiques commerciales de l'Association concernant l'éducation médicale continue.

Pour toutes ces raisons, le domaine de l'éducation médicale constitue un terrain fertile à la mise sur pied de partenariats fructueux entre l'industrie de la recherche pharmaceutique, les professionnels de la santé et les autorités gouvernementales en matière de santé. De tels partenariats, encore une fois, sont particulièrement utiles dans les situations où l'on tente de modifier des comportements professionnels ou lors de l'introduction de nouveaux médicaments. À titre d'exemple, en 1997, lors de l'avènement du régime général d'assurance médicaments, un programme majeur de formation continue a permis, à très brève échéance, de préparer quelque 3 500 pharmaciens communautaires du Québec au transfert à ce régime des médicaments auparavant couverts par le programme circulaire *malades sur pied*, qui étaient jusque-là distribués à la population par les pharmaciens des

établissements de santé. Ce partenariat entre l'industrie et les professionnels a permis d'assurer l'implantation du nouveau régime avec un minimum de heurts pour les professionnels et leurs patients. Il constitue un exemple, qui mériterait d'être reproduit, des impacts positifs que de tels partenariats en matière de santé publique peuvent amener.

Et finalement, nous aimerions entretenir la commission d'une autre collaboration, cette fois-ci en gestion thérapeutique. L'expression «gestion thérapeutique» peut porter à de multiples interprétations, selon les auteurs ou le contexte. Il s'avère donc utile de définir ici de manière précise le sens que nous voulons donner à la gestion thérapeutique. C'est une approche de prise en charge de la maladie qui est appliquée prioritairement à des pathologies répandues dans la population et qui représentent des fardeaux économiques élevés pour le système de santé, comme les maladies cardiovasculaires, l'asthme, l'ostéoporose ou même le diabète, des maladies chroniques pour la plupart et qui demandent une prise en charge continue. La gestion thérapeutique est un concept dérivé de celui qu'on appelle en anglais le «disease management», visant en gros la dissémination à l'ensemble du réseau de la santé des meilleures pratiques diagnostiques et thérapeutiques et l'intégration sur le terrain des équipes soignantes.

L'approche de la gestion thérapeutique se traduit concrètement en programmes, habituellement multidisciplinaires, axés sur le traitement des maladies particulières. Ces programmes privilégient un plan d'intervention visant à combler les écarts existant entre les pratiques réelles et les pratiques optimales en santé. Ce plan inclura habituellement des mesures de formation professionnelle continue et d'information à la population ciblée ainsi qu'une communication constante entre ces groupes. La plupart du temps, l'approche de la gestion thérapeutique comporte aussi des activités de recherche et des activités d'évaluation rigoureuse effectuées avant et après pour pouvoir s'assurer de leur efficacité. De cette façon, on tente de faire évoluer les pratiques réelles vers des modèles qui favoriseraient des soins optimaux.

La gestion thérapeutique demande un changement de culture important de la part des intervenants du fait de la grande intégration des interventions que l'on privilégie. Dans une large mesure, si l'on ne gère pas les maladies aujourd'hui de la façon la plus efficiente, c'est parce que l'on ne dispose pas de données objectives nécessaires pour le faire et parce qu'on n'a pas la structure qui permet de partager ces données et de déployer de façon plus coordonnée des plans d'action permettant de s'attaquer de façon plus efficiente à ces pathologies. La gestion thérapeutique vise justement à combler ces deux lacunes.

Cette approche utilise aussi plusieurs éléments constitutifs des programmes de promotion de la santé et de formation professionnelle continue que nous avons décrits précédemment. Ce qui distingue l'approche de la gestion thérapeutique est la présence d'activités de recherche et d'évaluation de soins dispensés, l'ampleur des plans d'action déployés, leur intégration et la prise en charge d'une pathologie importante à l'échelle de tout un système de santé.

Plusieurs programmes de gestion thérapeutique, fondés sur des partenariats entre les patients, les gouvernements, les professionnels de la santé et les compagnies pharmaceutiques de recherche, ont été réalisés ou sont en cours présentement au Canada et au Québec. Il est frappant d'ailleurs de constater que les pathologies ciblées jusqu'ici dans ces programmes correspondent de façon remarquable avec les principaux problèmes de santé des Québécois, tels qu'identifiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. En effet, c'est au niveau des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires, de l'arthrite, de l'ostéoporose et du sida qu'ont été déployés les principaux programmes canadiens et québécois s'inspirant de cette approche, ce qui confirme la pertinence en matière de santé publique de leur orientation.

Notre mémoire comporte plusieurs exemples de tels programmes. La plupart ont déjà fait l'objet de présentation plus détaillée à cette commission lors des audiences qu'elles a tenues, il y a deux ans, à propos du régime général d'assurance médicaments du Québec ou encore à la commission Clair. Pour ces raisons et compte tenu du temps qui nous est imparti, nous ne les décrirons pas à nouveau. Ils soulignent toutefois éloquentement le potentiel énorme des gains de productivité et d'efficacité et, parfois, d'économie directe que l'approche de la gestion thérapeutique peut apporter à notre système de santé.

La notion donc des partenariats entre les usagers du système de santé, les professionnels qui oeuvrent dans le système de santé, les autorités publiques et les industries de la santé autour de programmes comme ceux que nous proposons ici n'est pas nouvelle au Québec. Des discussions soutenues ont eu lieu au cours des cinq dernières années à propos de l'opportunité d'intégrer de telles approches au sein des programmes d'assurance maladie et de la meilleure façon de les déployer aussi. Les échanges antérieurs ont impliqué des réseaux de professionnels comme le RQEA, des membres des Compagnies de recherche pharmaceutique du Canada et diverses instances gouvernementales ou paragouvernementales reliées au monde de la santé, comme le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux, le Fonds de recherche en santé du Québec, le Conseil consultatif de pharmacologie, le Comité de revue de l'utilisation des médicaments, le Collège des médecins, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec. Ces échanges se sont traduits par une compréhension et un intérêt croissants à l'endroit du concept. Plusieurs projets, comme PRIISME ou VESPA, ont ainsi pu être démarrés ou déployés au Québec et font actuellement l'objet de discussions quant à une participation ministérielle.

Les approches décrites ici ont aussi soulevé beaucoup d'attention lors des travaux de la commission des affaires sociales portant sur l'examen du régime général d'assurance médicaments en février et en mars 2000. Plusieurs groupes se sont alors manifestés en faveur justement de l'intégration de tels programmes au sein du système de santé québécois via des partenariats comme ceux que nous proposons ici.

● (13 heures) ●

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, en conclusion, M. Marcheterre, s'il vous plaît.

**M. Marcheterre (André):** Très bien. Donc, je dirais en conclusion que les quatre partenariats ou quatre formes de collaboration possible que nous avons proposées aujourd'hui, selon nous, s'inscrivent très bien dans la démarche du projet de loi n° 36 et pourraient justement être intégrées pour accomplir les objectifs de santé publique que le gouvernement vise par son projet de loi.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci beaucoup, M. Marcheterre, pour la présentation de votre mémoire. Je cède la parole immédiatement au ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Trudel:** Merci, M. Marcheterre, M. le président, et les gens qui vous accompagnent. On va utiliser le moins de mots possible dans nos formules de politesse parce qu'il y a tellement de choses dans votre mémoire qu'on va tout utiliser chacune des minutes et des secondes. Bienvenue. Merci d'avoir... de se présenter devant nous et de nous évoquer ce que vous évoquez dans votre mémoire. Vous aviez peu de temps, vous aussi, dans la présentation, c'est pourquoi vous avez sauté probablement la page 3 de votre mémoire qui... Et je vais vous le citer, je vais vous le citer, je vais vous le citer, à propos des activités de tout le secteur pharmaceutique au Québec. Ça, c'est un secteur allié au Québec, c'est un secteur stratégique. Vous y avez des activités de recherche et développement, des activités de fabrication, de soutien à l'usage, à l'éducation et tout ce que vous avez mentionné. C'est extrêmement important pour le Québec et on continue d'être avec l'industrie pharmaceutique, d'autant plus que là, c'est vous qui le dites: «Le climat d'affaires généralement favorable qui règne au Québec a donc contribué à faire de l'industrie pharmaceutique de recherche un partenaire important du gouvernement et du système de santé québécois.» Oui.

Et là il faut aussi être capable de le dire, de le redire. Ça vient pas par hasard, le développement de l'industrie pharmaceutique au Québec, c'est grâce à vos efforts, à vos investissements — mais dans un cadre de gestion des affaires publiques et des finances publiques et les conditions générales qui sont faites à l'industrie pharmaceutique — que vous avez toujours été de l'avant. Et vous le dites ici, puis il faut qu'on le dise aussi à tous les Québécois: C'est parce qu'il y a ici un climat d'affaires, un sain climat d'affaires que l'on peut faire ce développement, et c'est pour ça que, oui, vous faites partie des... partie intégrante du système. «Qui plus est plus, l'industrie pharmaceutique de recherche est selon nous une partie intégrante de ce système, et non un simple fournisseur.» Comme dirait l'autre dans un langage peu universitaire: You bet! Hein. Vous faites partie... Vous faites partie du Québec, vous faites partie du système de santé et services sociaux. D'ailleurs, ça va me permettre de vous poser quelques questions sévères après cela, hein, quand on est un partenaire, on peut se poser des questions sévères. «D'où la volonté de notre industrie de participer aux travaux de la commission par des propositions constructives visant à relever les défis importants qui confronteront notre système de santé.»

On ne saurait mieux dire, M. le Président, et représentants de l'industrie pharmaceutique.

Deuxièmement, là on va aller à la page 8 de votre mémoire qui est, là aussi je dois le dire, particulièrement éclairant et dit avec des mots, avec des mots qui énoncent la réalité, qui est assez doux, parce que vous êtes dans l'entreprise et vous devez aussi travailler avec tout le monde, mais vous évoquez aussi dans ce que vous nous mentionnez des réalités auxquelles nous sommes confrontés et qui sont très difficiles, vous l'avez vu, à l'égard... Et vous partez de la perspective de votre entreprise en disant: On n'est pas rien que des fournisseurs, on est partenaires, ce qu'on vient de dire. Et cette perception, elle n'est pas conforme à la réalité.

«D'autres facteurs préchent encore plus fortement en faveur d'une collaboration accrue entre l'industrie pharmaceutique et le réseau de la santé et des services sociaux en matière de santé publique. La nécessité de l'équilibre budgétaire et la multiplicité des besoins financiers auxquels le système de santé est confronté soulèvent des questions quant à sa capacité d'intégrer les nouvelles technologies médicales et les innovations pharmaceutiques.» Lapidaire et vrai. Lapidaire et vraie, cette affirmation quant à ce qu'on vit actuellement. Et vous ajoutez: «À long terme, une telle situation peut affecter la qualité des services offerts à la population et creuser un écart entre les niveaux de soins offerts à la population québécoise et celui qui prévaudrait dans d'autres sociétés développées. Une telle perspective représente, nous en convenons tous, une menace à éviter.»

Avec la permission des auteurs, j'amène ce paragraphe avec moi dimanche à Terre-Neuve pour en parler à Allan Rock, le ministre fédéral de la Santé. Parce que, c'est ça le diagnostic, vous l'avez bien saisi. Et c'est plus que cela, là. «Une telle perspective [...] une menace à éviter.» La menace, elle est là. Même le temps de votre verbe: «peut affecter la qualité des services et creuser un écart.» Creuse déjà un écart. M. Marcheterre, vous nous offrez du partenariat et vous allez voir qu'on va sauter là-dessus, mais je vais vous en demander un autre aussi. Je vais vous en demander un autre aussi parce que vous pouvez faire beaucoup de choses, beaucoup, beaucoup, comme vous l'avez prouvé dans le passé, dans l'industrie pharmaceutique.

Vous nous dites donc: On va-tu être capable d'intégrer les nouvelles technologies médicales et les innovations pharmaceutiques? M. Marcheterre, dites-le à l'industrie: On est plus capable. On est déjà plus capable. On est jusqu'ici. Le Québec et l'Ontario, à titre d'exemple, on consacre au-delà de 40 % de tous les impôts et les taxes. Vous en payez pas mal, vous. Tous les impôts et taxes, 40 %. Et, à chaque fois qu'on va devoir répondre à la demande en termes de services, ça veut dire qu'on va devoir même aller rogner dans les missions essentielles de l'État.

Si vous vous posez la question, dites à vos partenaires, à l'association que vous présidez, à vos partenaires privés qui travaillent et qui interviennent continuellement: On est déjà dans cette situation. Je l'amène avec moi. Mais le partenariat que je réclame, vous le ferez sous la forme que vous voudrez. Les Québécois — c'est la même chose du côté de

l'Ontario — ils ont fait un choix collectif, c'est de prendre 40 % des argents des impôts et des taxes pour les services de santé et l'efficacité pour la qualité de vie et la prolongation de la vie de qualité... la qualité de vie et une vie de qualité.

Mais actuellement, ce qui est clair, vous allez aussi devoir joindre votre voix parce que, du côté du gouvernement fédéral, ils prennent l'argent de la santé pour faire toutes espèces d'autres choses. Il y a dans notre système fiscal général un détournement. Ottawa détourne l'argent de la santé pour faire ce que Michel... ce que M. Auger du *Journal de Montréal* appelait «faire dans le crémage». Et vous nous décrivez, vous, l'importance de continuer les investissements non seulement pour les soins mais pour le développement. C'est très juste. C'est le message que je vais porter lundi, mardi et mercredi à Terre-Neuve. Le gouvernement fédéral parce qu'il ne paie plus que 0,14 \$ à chaque fois qu'on dépense un dollar santé avec vous, avec vous. Il ne paie plus juste 0,14 \$. Il utilise l'argent de la santé pour faire toutes espèces d'autres choses qui sont en dehors des priorités que les Québécois et les Ontariens ont choisies, par exemple.

On a choisi de consacrer 40 % de nos ressources. Je vous demande, je vous interpelle, je vous demande cette forme de partenariat. Et que d'aucuns nous disent... soient amenés à dire: Ah! Bien là, c'est un truc politique. Non, c'est un truc collectif. C'est un truc collectif. C'est une chose collective, c'est un enjeu de société. Vous allez... Avec votre dernière phrase, vous décrivez en des mots polis que ce détournement d'argent de la santé à d'autres fins, eh bien, ça met en jeu l'intégrité du système québécois de santé. Oui, M. le Président, ça met en jeu l'intégrité du système. Tout ce que vous nous proposez, tout ce que vous faites pour nous aider au niveau des malades, au niveau des soins, eh bien, on est rendu, là, à l'extrême limite. Vous allez devoir, comme partenaires, dire haut et fort que la priorité des Québécois, des Ontariens, des Manitobains, des gens de la Colombie-Britannique, c'est qu'on a choisi de faire 40 % pour les soins de santé. Et on pourra pas y arriver, on pourra pas y arriver s'il y en a un qui met 0,85 \$ puis l'autre met juste 0,15 \$. J'hésite à vous le dire, mais je vous le demande: Montez-vous dans l'autobus avec nous autres?

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

● (13 h 10) ●

**M. Marcheterre (André):** Je vais vous dire, M. le ministre, que la plupart des provinces maintenant, comme vous l'avez si bien énoncé, investissent environ 40 % des revenus totaux dans la santé. La commission Clair a même prédit qu'en l'an 2010 on serait environ à 52 %. Nous, on constate dans le secteur privé que non seulement il va y avoir une limite aux sommes que, comme société, on va pouvoir investir en santé, la santé étant déjà à elle seule presque autant que tous les autres postes budgétaires. Par contre, on croit que le problème actuel est peut-être au-delà du montant d'argent qu'on doit investir en santé et on interpelle un peu tout le monde et on veut travailler avec tout le monde et avec vous pour aborder la notion de «productivité» des ressources qui sont déjà dévolues à la santé.

Je vais utiliser un simple exemple pour vous montrer comment on peut gaspiller des sommes très importantes dans le système et comment on pourrait mieux les investir. Je vais prendre une maladie très simple — j'ai utilisé cet exemple-là dans le passé — qu'on appelle l'hypercholestérolémie. Quelqu'un comme moi, de 48, 49 ans, qui va voir son médecin, va souvent se faire dire qu'il est «borderline» dans le cholestérol, va passer des tests à deux ou trois reprises, va se faire prescrire une diète; par la suite, un médicament qui peut même être changé dépendant de la réponse. Tout ce processus-là va prendre quatre, cinq, six mois, et, en bout de ligne, la personne va se retrouver avec un traitement. Beaucoup d'argent va avoir été investi dans les visites, dans des examens à l'hôpital, des tests sanguins, des prescriptions, et lorsqu'on a stabilisé les gens et qu'on les traite pour leur condition, bien, au bout d'un an, c'est fort connu que, dans une maladie chronique comme l'hypercholestérolémie, la moitié des gens chez qui on avait entrepris un traitement, qu'on avait stabilisés, vont tout simplement être non persistants, non compliants et vont laisser tomber.

Ce que ça veut dire, M. le ministre, c'est que, dans une majorité de cas, des sommes investies, des ressources du système consommées ne produiront aucun changement de risque dans ces gens-là qui vont continuer d'être à risque d'accidents cardiovasculaires et qui vont les développer avec le temps et qui vont justement devenir... non seulement perdre leur santé mais constituer des coûts plus importants pour le système. Et c'est pour ça qu'on dit qu'il faut maintenant intervenir de façon différente, c'est-à-dire en créant des programmes pour gérer des maladies comme l'hypercholestérolémie. Et puis, je vais vous dire que, dans cette maladie-là, 80 % des Québécois et Québécoises qui font la maladie sont même pas diagnostiqués, donc pas traités. Le 20 % qui est traité, la moitié sont même pas traités à un taux qui est suffisant pour réduire les risques, et, de ceux qui sont traités, la moitié laissent tomber au bout d'un an. Et vous avez là un exemple où est-ce que les ressources sont investies mais ne produisent pas nécessairement les résultats thérapeutiques et ne le font certainement de façon efficace. Et la contribution qu'on vous offre, c'est de travailler en partenariat: les patients, les travailleurs de la santé, le gouvernement et le secteur privé, pour justement faire que le 40 % que la société choisit de dévoluer à la santé produise les effets maximums.

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

**M. Trudel:** Je veux bien, M. le président, mais j'en demande plus. J'en demande plus.

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

**M. Trudel:** M. le Président, deux minutes?

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

**M. Trudel:** Oh non, c'est pas ça, je parlais au président.

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

**M. Trudel:** Excusez-moi. Je n'oserais jamais, Mme la Présidente, quand même... Quand même!

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

**M. Trudel:** M. le président, en bref — et c'est pas une boutade — ce qui est une solution pour vous devient un problème pour nous, parce que c'est votre trop grand succès qui amène des problèmes budgétaires. Ça fait qu'on n'ira quand même pas vous blâmer d'avoir du succès dans la recherche. À chaque quatre années, vous allongez notre qualité de vie et notre vie de qualité d'un an. Alors, on n'ira pas vous blâmer pour ça. Mais là il y a un bout, M. le président, là: Au bout de tout cela, ça prend des moyens. Vous avez employé une expression formidable dans votre conclusion: «Les citoyens et citoyennes ont choisi d'investir 40 % de leurs impôts et taxes au Québec.» Au Québec. Comment ça se fait qu'il y en a deux sur votre chèque de paie, il y a deux lignes, là...

Et vous êtes un acteur important, vous êtes des acteurs importants. Il va falloir que vous parliez aussi à l'autre niveau de gouvernement, que ça ne soit pas que les gouvernements... Parce que vous savez que ce qui s'est passé à Victoria, là... Ce qui s'est passé à Victoria: Tous les premiers ministres sont d'accord. Tous les premiers ministres sont d'accord. Moi, je vais demander à l'industrie pharmaceutique de se prononcer puis de... je dirais, d'exercer votre formidable efficacité de lobby. Vous allez l'exercer aussi auprès du gouvernement fédéral parce que, des moyens, M. le président, dus à votre succès, dus à votre succès et aux efforts que vous faites, il faut... il va falloir qu'il apparaisse des moyens. Et relisez votre propre texte — votre propre texte — et vous êtes dans le mille. Alors, je vais demander d'être assez explicites là-dessus.

Et comme un service en attire un autre puis qu'il nous reste juste 30 secondes, le partenariat que vous nous suggérez à la page 9 sur la gestion thérapeutique, c'est oui, c'est oui, c'est oui! Pas dans un an, dans le prochain mois. On va se revoir avec l'industrie, on va serrer tout ça et on va élever davantage, parce que la piste que vous suggérez, qui est déjà en pratique, c'est ça, la piste d'avenir, la gestion thérapeutique de l'utilisation du médicament. C'est formidable, cette avenue-là, et c'est un partenariat public-privé qui est respectueux. Alors, avec cela, vu que c'est donnant, donnant, je pourrai compter sur vous, j'en suis convaincu. Merci de votre prestation, M. le président, et à l'industrie.

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

**M. Fournier:** Eh bien, merci, Mme la Présidente. Bienvenue. Ça fait trois jours qu'on est en commission, mais on sent que le désir d'entrer en Chambre vient d'attiser le ministre.

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

**M. Fournier:** On n'est qu'en septembre, mais on est rendu là. Alors, j'aurai quelques questions sur votre

mémoire, j'espère que j'aurai le temps. Malheureusement, je devrai faire quelques corrections ou, en tout cas, au moins quelques nuances. D'abord, je voudrais concourir — je suis dans cet état d'esprit depuis trois jours, je vais quand même continuer — à l'appel du ministre pour utiliser votre lobby, effectivement. Je pense que tous les intervenants sont souhaités pour que l'ensemble des paliers de gouvernement voient l'importance de la santé, et le gouvernement fédéral a des choses à faire, et, que tout le monde s'y mette pour le convaincre, moi, j'y suis très favorable. Je vous souhaite bonne chance parce que ce sera pas facile si vous plaidez la cause du Québec, et, ça, il faut malheureusement le dire. Parce que, si les gouvernements doivent mettre de l'argent, c'est la même chose pour le gouvernement du Québec.

Comme vous savez, en 1994, le Québec était en troisième position en termes de financement per capita de la santé. En termes de richesse relative, on est au cinquième rang. Et pourtant, en l'an 2000, on était au neuvième rang, et, en 1999, on était au dixième rang en termes de financement de la santé per capita. Ça, c'est pas le gouvernement fédéral, c'est pas le gouvernement de Terre-Neuve ni l'Ontario, c'est que le gouvernement du Québec a choisi, alors qu'il y avait des coupures fédérales qu'on tente d'aller rechercher, a choisi que, lui, il allait couper plus que tous les autres, et donc on a glissé tranquillement, tranquillement, on a glissé vers la queue du peloton.

Le ministre a parlé de détournement. Bonne chance avec le lobby, parce que, ce qui va vous revenir dans le visage malheureusement, c'est que, juste pour cette année, 2001-2002, le gouvernement fédéral investit 1,2 milliard de plus au Québec avec l'entente sur la santé et les fonds «in trusts». C'est 1,2 milliard. Or, les crédits à la santé sont de 700 quelques millions, et il y a un trou de 500 millions. Bonne chance pour votre lobby! Puis moi, je suis avec vous dans votre lobby, mais il va falloir que le gouvernement du Québec soit un peu plus crédible. Et c'est malheureux qu'il ne le soit pas, mais peut-être qu'il peut corriger et peut-être qu'il le deviendra, plus crédible; je le souhaite.

Le gouvernement du Québec nous dit, par la voix de son ministre, qu'ils sont rendus au bout. Ils mettent 40 % là-dedans, mais ils mettent de l'argent ailleurs aussi, et ça rapporte pas. Hein? Il y a le multimédia, le «e-commerce». Ça nous a donné quoi, toutes ces belles sommes d'argent? En l'an 2000, de tous les emplois créés au Canada, le Québec en a créé 8 %. On est pourtant, comme je le disais tantôt, au cinquième rang en termes de richesse relative, 24-25 % de population, 21, 22, 23 pour la richesse, puis on crée 8 % des emplois.

Je suis obligé de faire ces petits correctifs parce que le ministre a décidé de lancer le jeu comme ça. Mais là où je lui donne raison, et là où tous les Québécois lui donnent raison, et là où vous lui donnez raison, c'est qu'il y a un effort à faire. En matière de financement, il y a un effort à faire des deux paliers de gouvernement, parce que ça n'a pas été au cours des dernières années la priorité du gouvernement du Québec non plus. C'est une chose qu'il faut que je dise.

Vous avez bien répondu à la question du ministre. Il voulait vous embarquer dans l'autobus, puis

vous étiez un petit peu hésitant, puis ça se comprend, surtout que c'était une lancée très partisane. Je pense que personne n'embarque dans des autobus comme cela. Mauvaise tactique de la part du gouvernement! Oui, des lobbys peuvent être faits lorsque c'est fait sans partisanerie, lorsque c'est fait franchement, avec toutes les choses sur la table. Je souhaite que ça aussi soit corrigé; peut-être que ce le sera. On a besoin de tout le monde à cet égard-là, ça, c'est évident. Et vous avez rappelé qu'il y a un problème, dans le fond; il y a des choses qui peuvent être mieux faites.

● (13 h 20) ●

Mais je vous écoutais, puis ce qui m'est venu à l'esprit avec votre présentation de tantôt, c'est que, dans le fond, les nouvelles technologies nous forcent à des nouvelles façons de faire. Le budget de médicaments est tellement de plus en plus grand, quand on regarde les années passées — puis qu'il tend à l'être de plus en plus pour les années à venir — forcément, il va falloir adopter des nouvelles approches. Ce que vous proposez dans le cadre de ce nouveau projet de loi, ce sont des nouvelles approches qui doivent s'intensifier. Le ministre vous annonce et annonce à tout le monde que dans un mois il y aura une entente sur la gestion thérapeutique, et nous serons en Chambre. Alors, il va nous l'annoncer, sinon on va le questionner, mais il a un mois maintenant. Le délai, c'est un mois. Alors, vous avez votre lobby puis vous avez ce mois-là pour régler ça. Donnez-nous une bonne gestion thérapeutique, donnez-nous un bon système... des nouvelles approches avec les nouveaux produits, les nouvelles technologies qui existent.

Je vais donc revenir à un ordre plus normal des choses. Puisque vous venez... vous venez vous présenter, je voudrais vous poser quand même des questions. Vous parlez dans un premier temps de l'information sur le bon usage des médicaments; j'ai compris que c'était de l'information ciblée. Il y a des groupes ciblés, vous avez parlé des aînés, des milieux de travail. Je crois comprendre donc que c'est votre regroupement qui procède à ce type d'information sur l'usage des médicaments, information ciblée à des groupes. Est-ce que vous le faites à titre de regroupement ou vous le faites déjà dans un partenariat avec le gouvernement et comment... et, si oui, comment cela se fait et comment cela peut-il s'intensifier? Parce que je comprends qu'on va au plus pressant, on va au groupe cible, ceux qui ont des pathologies précises, puis ils ont dit: Bien là, on va maximiser le rendement du travail d'information mais, dans le fond, est-ce qu'on devrait pas le généraliser au plus de monde possible là, cette information-là générale? On parlait tantôt de la gestion thérapeutique qui est aussi, elle, ciblée présentement mais... Je voulais vous entendre sur le premier thème.

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

**M. Marcheterre (André):** Je vous remercie. Vous savez, nous sommes un groupe de compagnies qui se décrivent comme étant «innovateurs». C'est notre but de changer l'ordre des choses et de progresser toujours. On pense que, dans le domaine de la santé, il y a beaucoup d'opportunités de progresser. Les exemples

qu'on a donnés ici, de collaboration, ne sont que des exemples, des choses concrètes qui ont déjà été faites, mais ils sont basés sur une prémisse à laquelle je voudrais revenir, c'est-à-dire les partenariats. C'est impossible de réaliser des choses aussi grandes que de changer la façon dont une maladie est gérée sans asseoir à la même table les patients ou des représentants des patients qui ont cette maladie-là, les professionnels de la santé, le secteur privé et les gestionnaires des gouvernements. Et c'est seulement lorsqu'on réussit à asseoir tout le monde à la même table qu'on peut concevoir maintenant une stratégie qui permette d'aller de l'avant.

Les deux lacunes auxquelles j'ai fait référence, qu'il faut combler, c'est que présentement les intervenants travaillent tous et chacun dans un silo et même la gestion au niveau du gouvernement se fait dans une série de silos. On nous accuse des fois que les médicaments sont de plus en plus un pourcentage important des dépenses de la santé. On nous dit maintenant que c'est rendu plus élevé que le coût total dépensé pour les coûts aux médecins. Dans une conférence, moi, j'ai vu quelqu'un citer que les médicaments augmentaient, les coûts des hôpitaux en proportion diminuaient et les coûts aux médecins diminuaient, et que c'était effrayant. Moi, je me suis levé pour dire que c'était fantastique parce que c'était l'investissement dans les médicaments, à raison de 1 \$ par jour en général, qui permettait non seulement de garder les patients actifs, en santé, mais aussi de réduire les coûts dans les hôpitaux et puis de réduire les autres coûts de la santé. La personne qui faisait ce commentaire-là n'avait pas la base de données pour prouver son assertion et je ne l'avais pas moi non plus.

Donc, une des choses qu'on propose, c'est justement de construire la banque de données probante sur laquelle on va pouvoir asseoir les décisions à venir pour que ce ne soit pas des opinions mais plutôt des faits qui nous permettent de prendre les bonnes décisions. Et l'autre aspect que je viens de décrire, c'est l'intégration. Ce sont les deux choses à combler. Il faut asseoir patients, travailleurs de la santé, gouvernement et secteur privé à la même table et il faut créer un nouvel ordre des choses pour gérer les maladies importantes qui vont impliquer d'intégrer tous les intervenants et de baser toutes les décisions sur des données probantes.

Donc, les exemples auxquels vous faites référence sont des exemples de collaboration où est-ce qu'on peut faire ça, mais vous pouvez imaginer tout ce qu'on pourrait faire pour s'assurer que les argents très importants qui sont déjà dévolus à la santé produisent non seulement les meilleurs résultats thérapeutiques possible mais qu'ils le fassent d'une façon coût efficace.

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

**M. Fournier:** Sur l'aspect de ce que vous avez lancé comme opération, je reviens sur la question que je posais tantôt, sur l'information, sur le bon usage des médicaments ciblés aux aînés, aux milieux de travail, vous le faisiez à titre de regroupement directement dans les milieux de travail, directement avec les milieux de

travail, c'est vous-même qui faisiez les démarches ou c'était en partenariat avec le gouvernement, qui ouvrirait par ces acteurs locaux, communautaires ou autres, là, les portes pour faire cette information? Ce que je veux savoir, c'est: Comment ça se fait, en pratique, cette information-là ciblée que vous donnez?

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

**M. Marcheterre (André):** L'exemple qu'on a utilisé ici, au Québec, s'est fait justement en partenariat avec le gouvernement, avec des associations médicales et avec des grands employeurs. Mais évidemment, il peut y avoir différentes formules. Je sais pas si mes collègues voudraient ajouter sur ce programme.

**M. Viel (Carl):** Bien, concrètement...

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

**M. Viel (Carl):** Oui, merci. Concrètement, c'est surtout: la formation a été faite par l'Ordre des pharmaciens. C'est eux qui étaient la tierce partie neutre qui faisait la formation auprès soit des personnes âgées ou, en milieu de travail, c'était... On a une coordonnatrice qui a été engagée et qui, elle, s'occupe de faire la promotion auprès de — je sais pas, moi — de la FADOQ, d'autres groupements, et par la suite les demandes sont acheminées. Et, à ce moment-là, nous, on a une personne qui va être envoyée faire la formation soit directement dans une ville, dans un milieu, dans un regroupement, et c'est de la formation très générale sur le bon usage des médicaments. Ça va de la prise des médicaments, d'avoir un carnet santé pour que la personne mette à l'intérieur de ce carnet-là l'ensemble des produits, des médicaments qu'elle prend, les interactions possibles, comme mentionné tout à l'heure, entre les produits en vente libre, les médicaments, etc. Alors, c'est vraiment l'Association qui a déposé une somme d'argent pour permettre à des professionnels de la santé qui ne sont pas membres de l'Association de faire de la formation directement à la population.

**M. Fournier:** Est-ce que je peux savoir quelle était la part gouvernementale dans votre projet?

**M. Viel (Carl):** C'est... Ça, je pense, c'a été vraiment de supporter le lancement de la campagne et de dire qu'ils étaient derrière le projet. Il y a pas d'apport financier.

**M. Fournier:** Supporter la campagne, en quels termes ça s'est fait le support? En fournissant des ressources humaines ou...

**M. Viel (Carl):** Non, c'a été vraiment d'être présent lors du lancement, là. C'est le ministre Boisclair qui était là, à ce moment-là, pour faire le lancement de la campagne.

**M. Fournier:** Diriez-vous qu'il y aurait lieu... D'abord, je crois comprendre que vous trouvez que cette

information sur le bon usage des médicaments et des clientèles ciblées, je crois comprendre que ça va bien, tu sais, c'est une bonne idée. Vous en avez peut-être pas parlé...

**M. Marcheterre (André):** Et la raison principale est le fait qu'un client, c'est-à-dire un patient informé qui participe à son traitement avec les autres intervenants assure une bien meilleure chance de gérer cette maladie-là que lorsqu'il n'a pas l'information et qu'il ne s'implique pas de la même façon dans son traitement.

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

**M. Fournier:** Oui. Comme c'est une bonne idée, dans le fond, le partenariat pourrait être un peu intensifié de la part gouvernementale notamment à cet égard.

**Une voix:** Oui.

**M. Fournier:** Parce que je comprends quand même que c'est tout un effort que d'assister à la coupure du ruban, là, mais il y a peut-être une autre chose qui peut être faite, là.

**M. Marcheterre (André):** Vous savez, c'est un élément extrêmement important que d'avoir le leadership du gouvernement lors de ces activités, mais, ce qu'on demande, c'est vraiment que le gouvernement soit un partenaire assis à la table et qui vogue avec nous dans ces projets. Donc, ça implique que les gens du gouvernement, au ministère de la Santé et Affaires sociales, sont partie intégrante des équipes de gestion thérapeutique pour que ce qui est découvert et les données probantes qu'on accumule se reflètent par justement des évolutions de politiques de santé.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Vous avez un commentaire, M. Boisvert.

**M. Boisvert (Alain):** Oui, très bref. L'intérêt du projet de loi n° 36 à l'égard de ces partenariats est qu'il fournirait un cadre qui nous permettrait de l'intégrer dans des programmes gouvernementaux. Ces discussions-là, que ce soit à propos de la gestion thérapeutique, des programmes d'information, des autres mesures qu'on a décrites, font l'objet de discussions avec le gouvernement depuis longtemps, depuis plusieurs années. On n'a jamais eu un cadre qui nous permettait d'intégrer tout ça et de lui donner des objectifs de santé publique, d'y donner un support de nature éthique, un support de nature administrative. C'est l'intérêt qu'on a vu dans le projet de loi n° 36 que de pouvoir nous fournir ce type de cadre par le programme national ou encore par des programmes régionaux de santé publique.

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

● (13 h 30) ●

**M. Fournier:** Très courte question. J'ai entendu parler de la gestion thérapeutique la première

fois... Remarquez, je suis pas un expert. La première fois que j'en ai entendu parler, c'était à l'égard de la négociation entre le gouvernement et les pharmaciens propriétaires. Et il y avait un avancé gouvernemental qui avait été fait. Vous vous souvenez, il y avait toute une chicane, là, qui a failli mettre en péril un petit peu... Nous parlons de santé publique. En tout cas, finalement, ça s'est réglé pour un temps. Mais le gouvernement — et je sais pas il en est rendu où — devait mettre sur la table, avec les pharmaciens propriétaires, des conditions de rémunération pour qu'ils puissent participer à de la gestion thérapeutique, qu'ils puissent être des acteurs importants en matière de gestion thérapeutique. Je pense que la rémunération fait problème en ce moment. Quand on parle de gestion thérapeutique, là, qui pourrait être généralisée — tant qu'à moi, là, je la vois beaucoup plus généralisée que des projets-pilotes là, parce qu'on n'a pas le choix, c'est vers ça qu'on s'en va — ça représente quoi, en termes d'apport, notamment des pharmaciens propriétaires, et là en termes d'impacts auprès des ressources gouvernementales?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Marcheterre? M. Boisvert? M. Boisvert.

**M. Boisvert (André):** Les pharmaciens sont des joueurs-clés, il va de soi dans tout programme qui vise à rendre optimale l'utilisation des médicaments. Les pharmaciens propriétaires en particulier auront un rôle à jouer, mais les propositions que notre industrie a faites s'adressent au milieu de la santé en général et pas seulement à ce groupe professionnel. Il y a un rôle et il y a un apport très important aussi des médecins.

Dans les programmes de gestion thérapeutique qui ont été déployés, on fait une large place à trois groupes de professionnels en particulier: les médecins, ça va de soi, les pharmaciens et aussi les infirmières qui sont les chevilles ouvrières auprès du patient. Et l'objectif de ces programmes-là est de mieux intégrer l'action auprès des patients, soit en fournissant les outils de pratique à ces professionnels qui leur permettent de mieux informer ou former leurs patients à la bonne utilisation des médicaments, les outils d'aide à la décision également, dans certains cas, des mesures de formation professionnelle continue pour améliorer la prescription de certains médicaments, la rendre plus conforme aux lignes directrices.

Donc, tous ces corps professionnels sont interpellés. Je ne me souviens pas qu'il y ait eu de discussions particulières à l'égard des pharmaciens propriétaires et en particulier dans un contexte de négociations. L'industrie ne faisait pas partie de ce type de discussion, si elles ont eu lieu.

**M. Fournier:** Une question pour le gouvernement, dans un autre forum probablement. Je vous remercie beaucoup pour votre participation.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, messieurs, madame, merci infiniment pour cette participation à cette commission. Merci surtout d'avoir accepté de collaborer avec nous.

Alors, je demanderais aux membres de la commission de demeurer à leur place, puisque nous allons poursuivre immédiatement. Il n'y aura pas de suspension des travaux.

### Mémoires déposés

Et, avant d'aborder les remarques finales, vous me permettez de déposer les mémoires d'organismes qui n'ont pu se... qui ne sont pas venus en commission, mais, par contre, qui nous ont envoyé des mémoires. Alors donc, il s'agit... pour valoir bien sûr comme s'ils avaient été présentés devant la commission. Il s'agit de l'Ordre des sages-femmes du Québec, le Conseil du patronat du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec de même que le Réseau québécois des Villes et Villages en santé.

### Remarques finales

Alors, quant aux remarques préliminaires... je m'excuse, remarques finales, vous avez une période d'une heure, 30 minutes de chaque côté. Alors, je cède immédiatement la parole au député de Châteauguay.

### M. Jean-Marc Fournier

**M. Fournier:** Merci, Mme la Présidente. Je ne prendrai pas tout le temps que vous m'allouez quoique, puisque ça fait plusieurs fois que vous parlez des remarques préliminaires et que vous les avez manquées mardi, je serais un peu tenté de les répéter.

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

**M. Fournier:** Ha, ha, ha! Mais je vais plutôt prendre l'essentiel de mes remarques préliminaires et essayer de leur donner un angle final.

Lors des remarques préliminaires, j'ai mis en lumière des constatations préliminaires évidemment et je pense que, de façon générale, elles se sont accentuées à l'occasion de nos travaux qui ont été, pour l'essentiel — je n'en dirai pas plus — qui ont été profitables, je dirais, dans la mesure où il y a certaines avancées qui sont faites.

D'abord, comme je le disais, et je pense que ça, on peut dire que c'était aussi assez généralisé, de la même façon que je peux dire que de façon assez généralisée, le principe de ce projet de loi après tant d'années est bien reçu... Ce qu'il faut aussi retenir, c'est qu'une fois qu'on a dit ça, il faut aussi relativiser, il faut pas partir en peur. Comme je le disais, il s'agit d'un nouveau projet de loi avec certains nouveaux pouvoirs, mais pas nécessairement une nouvelle politique de santé publique. Et je note toujours ce passage de l'Institut national de santé publique qui disait: Il faut éviter que, pour des dispositions légales qui ne changent à peu près rien dans l'action, l'ensemble d'un beau projet puisse être perçu comme une recherche trop importante de pouvoir.

En fait, il s'agit d'une nouvelle loi qui met à jour, qui doit, qui devait... certains ont dit — et je suis un peu en accord avec eux parce qu'on a jusqu'ici refusé des mécanismes qui pourraient tendre à accentuer le volet

promotion, prévention — certains ont dit que, malheureusement, alors que la reformulation, la refonte de cette loi qui devait viser justement à le faire de façon moins timide, parce que c'était l'objectif... ont reconnu que c'était un peu trop timide. Alors, dans l'action, peut-être, ça ne changera pas grand-chose. Il faudrait voir quand même pour la suite des événements. Il y a des amendements qui viendront sans doute. Ils ont déjà été annoncés. Il y a des débats qui seront faits, peut-être qu'on pourra encore convaincre et améliorer le projet de loi.

Nous sommes intervenus lors des remarques préliminaires pour souligner que le test de crédibilité de ce nouveau projet de loi allait résider dans un aspect principalement: les ressources, ressources humaines, ressources financières. Mais, on l'a dit à quelques reprises, le ministre nous a dit que c'était un nouvel édifice qui recevait trois piliers, la loi, le programme, le plan, et auxquels je me suis permis d'ajouter un quatrième pilier. D'autres groupes sont venus les demander aussi, là. CLSC, CSQ ont soulevé que les ressources devaient être un pilier prévu dans le projet de loi lui-même.

Il y a même les directeurs, la conférence des directeurs de santé publique, qui sont venus nous dire qu'il fallait que ce soit précis dans la loi que leurs responsabilités se limitaient aux ressources qu'on leur donnait. Alors, c'était assez... Disons que c'est assez fort comme message. Les gens craignent que le mandat qu'on leur donne ne puisse être accompli, mais qu'ils soient les seuls à payer le prix du non-accomplissement alors que la raison du non-accomplissement est le sous-financement. Et, quand on est rendu là, bien, je pense que ça donne une idée de ce qui s'est passé avant.

Donc, le vrai test, c'est l'argent et les ressources humaines. Ce pilier est tellement important que, comme je le disais, certains veulent que, sous prétexte de cohérence, ce qui est rare quand même, ce qui est rare... Ils ont même proposé des libellés pour s'assurer que c'était pour être dans le projet de loi que la responsabilité allait être fonction des ressources.

Là-dessus, on a donc appris, de la part de chacun des groupes qui sont venus défiler devant nous, leur inquiétude à cet égard, leur souhait qu'il y ait des ressources pour faire le bien, puisque c'est l'objectif.

Et, sur ce sujet malheureusement, le ministre ne nous a encore rien dit. Combien de nouvelles ressources seront allouées pour réaliser les objectifs de la nouvelle loi? C'est le silence. On ne sait pas, et ça, c'est peut-être l'autre bout qui est, tant qu'à moi, plus perturbant, perturbateur.

Ce matin, je réfléchissais justement à ces remarques que nous allions faire et je me disais: Au moins, si le gouvernement avait évalué les coûts et nous les avait démontrés... Mais on ne sait pas ce que représente... Peut-être qu'on me dira que ça va dépendre de ce qu'on va mettre dans le plan puis on verra les coûts après, mais il faudra que ce soit clair à un moment donné. Il va falloir qu'on sache quels sont les coûts et, moi, je trouve ça troublant quand on est pas capable d'avoir ces chiffres-là.

Un autre aspect a été soulevé à l'occasion de la commission, c'est la question des mécanismes d'impact des politiques gouvernementales. On en a parlé

particulièrement aujourd'hui. Je ne reviendrai pas sur tout ce qui nous a été donné de dire sur le sujet. Simplement pour mentionner que, à mon avis, pour améliorer la cohésion gouvernementale... Le ministre disait tantôt, puis il a raison, c'est 40 % du budget qui va là-dedans. Mais ça pourrait être 40 % plus efficace si ceux qui dépensent le 60 autre pour cent se préoccupaient de la santé dans leurs actions. À la limite, à un moment donné, il y a une décision à prendre. Parfait. Mais, au moins, qu'on puisse avoir des évaluations des impacts sur la santé, sur le bien-être de la population, des actions gouvernementales de chacun des ministères.

● (13 h 40) ●

C'est un outil donné au ministre de la Santé, qui a été évalué par le ministère, qui, malheureusement, ne se trouve pas dans le projet de loi. Est-ce que c'est parce que le ministre lui-même n'en voulait pas? Est-ce que c'est parce que c'est les autres ministres qui en voulaient pas? Si c'est parce que c'est les autres ministres qui en voulaient pas, ça donne justement l'idée de l'importance de l'avoir. J'ose pas croire que c'est le ministre qui le voulait pas. J'aime mieux croire que le ministre de la Santé a plaidé pour être outillé pour jouer ce rôle de capitaine autour de la table pour dire: Chacun dans vos actions, lorsque des décisions sont prises, vous avez un impact sur la santé. Je suis tellement convaincu de l'importance de ce mécanisme que je suis sûr que, s'il avait existé lorsque le gouvernement a décidé de lancer le programme de mise à la retraite, nous n'en serions pas là en termes de difficulté.

Le ministre va nous dire tantôt qu'il a lu *Le Figaro* cet été. Ça a pas fait que la France a donné des bonus au monde pour s'en aller, pour qu'ils arrêtent de travailler en même temps qu'on contingentait l'entrée en médecine puis en soins infirmiers. Le ministre, il vous le montrera à la caméra tantôt, votre... votre journal. Si vous voulez, faites-le publier puis envoyez-le à tout le monde. Il y a personne qui va comprendre quand même pourquoi le gouvernement a fait ça. Personne peut vous suivre.

En même temps, vous avez décidé de donner de l'argent à du monde pour qu'il arrête de travailler dans le réseau de la santé puis en même temps vous avez dit: Je rentre moins de monde en soins infirmiers, je rentre moins de monde dans la médecine. En 1996, là, les admissions en médecine ont baissé dramatiquement. C'est cinq à sept ans, la formation. Quand est-ce que le creux va nous atteindre? En 2001. On n'est pas en train de sortir du trou, on vient de mettre les deux pieds dedans parce qu'ils ont décidé de faire ça.

S'il y avait eu un mécanisme que le ministère de la Santé aurait eu à ce moment-là pour faire en sorte d'arrêter des programmes comme ceux-là, des politiques comme celles-là qui nous font payer un prix immense aujourd'hui, on en serait pas là. Peu importe ce qu'en dit le *Figaro*, le Québec est la seule société où on a décidé de donner de l'argent à du monde pour qu'il arrête de travailler en même temps qu'on a dit à ceux qui étaient pour entrer en médecine et en soins infirmiers: On n'a pas besoin de vous autres, vous êtes une trop grosse gang.

Je reste encore étonné qu'il n'y ait pas à cet égard simplement une toute petite marque d'humilité qui

dirait quelque chose comme: On avait pas pensé. Parce que vous savez qu'on a demandé, en vertu de l'accès à l'information, les études préparées par le gouvernement lors du lancement de ces programmes de mise à la retraite, comment ils avaient évalué les impacts. On a demandé, en vertu de la Loi d'accès, les études. Fait troublant qui milite encore plus pour qu'il y ait un mécanisme systématique d'étude des impacts, il y a eu aucune analyse. Une toute petite marque d'humilité pour dire: On aurait peut-être dû le regarder.

On aurait peut-être pris la décision pareil, mais, au moins, ils l'auraient su. Mais ils ont fait de l'aveuglement volontaire. On n'a pas voulu se demander quelles seraient les conséquences, on voulait juste qu'il y ait moins de monde qui travaille dans le système de la santé puis on voulait juste que les Québécois subissent des problèmes encore plus graves. Et, aujourd'hui, on était là en train de parler de lois sur la santé publique, de promotion puis de prévention. Honnêtement, là, le premier mal qui nous afflige en ce moment, la pénurie, celui qui l'a causée, c'est celui qui est le dépositaire, celui qui nous dépose le projet de loi aujourd'hui.

C'est un minimum qu'on lui demande, à ce gouvernement, de se contraindre — qui est un outil pour le ministre de la Santé — de se contraindre à l'avenir à faire des études, à les rendre publiques. Il prendra les décisions qu'il veut, mais, au moins, son imputabilité et le caractère démocratique de notre société seront assurés, seront plus forts. Et cette cohésion gouvernementale forcée va bénéficier à l'ensemble des Québécois. Enfin, malheureusement, je suis pas sûr que le laïus que je suis en train de tenir va influencer beaucoup le gouvernement à reconnaître les erreurs qui ont été commises.

Bon. Il y a quand même eu des avancées. Le ministre a reconnu que, pour les examens réglementaires non pertinents, il fallait revoir ce qui prévu, revenir à ce qui était dans le... À moins que je m'abuse? Non? Non? Je m'abuse. Alors, le ministre n'a pas reconnu que, là-dessus, il allait bouger. Je suis persuadé qu'il va bouger, par exemple, parce que, de toute façon, ce qui nous a été présenté, c'est qu'il fallait s'assurer de la pertinence et qu'on était pris maintenant avec des règlements qui nous forçaient à des examens non pertinents. Alors, il s'est pas encore avancé, mais il va le faire tantôt ou en Chambre un peu plus tard, j'en suis convaincu, parce que ça a pas d'allure.

Sur le Comité d'éthique, il y a aussi des avancées, notamment sur l'indépendance. Je pense que le ministre convient maintenant de la proposition, notamment de la protectrice du citoyen. On verra le libellé qui sera offert, les groupes qui prépareront les listes. On jugera sur la façon dont ça va être fait. Maintenant, oui, le gouvernement est d'accord pour la transparence, d'accord pour que ce soit public. Il nous reste un élément maintenant à régler à l'égard du Comité national d'éthique. C'est la capacité pour le Comité de pouvoir avoir une autonomie d'action, la capacité pour les groupes, les citoyens, de pouvoir signaler, alerter, donner au Comité d'éthique la possibilité d'analyser des éléments. Je pense que déjà, à partir du moment où le Comité d'éthique sera nommé de façon à reprendre des listes qui viennent de l'extérieur, donc qui vont nous donner des experts sur le sujet, que les avis seront

publics, largement diffusés, il y aura une amélioration de la situation.

Si, évidemment, le projet de loi ne contenait pas de dispositions à l'égard du directeur national de santé publique, mais je me permets quand même de rappeler au ministre ce que nous disions sur le 28, je me permets de noter notamment la clarté additionnelle qu'a apportée le Collège des médecins à sa contribution qu'il nous avait donnée à l'égard du 28 en juin dernier. Il est revenu cette fois-ci et a dit, entre autres, par un de ses représentants à la table, qu'il ne voulait pas que ce soit un sous-ministre, qu'il voulait s'assurer d'une autonomie. Et ils ont proposé des règles de destitution plus complexes de manière à ce qu'une marge de manoeuvre accrue... Mais je pense que, sur le directeur national de santé publique, il y aurait là aussi une réflexion à faire de la part du ministre pour améliorer les choses.

Je voudrais terminer en disant que, si la santé publique, la promotion, la prévention, jouer sur les déterminants de la santé sont utiles ou veulent être utiles et profitables, à mon avis, je le disais lorsqu'on a parlé du projet de loi n° 15, les citoyens, les citoyennes devront toujours se sentir interpellés, devront toujours se sentir dans le coup. Et il revient au gouvernement et aux acteurs, les partenaires du gouvernement dans le débat, il leur revient d'être... d'avoir les portes ouvertes, d'être accueillants, d'avoir comme premier... premier principe philosophique de dire: Je ne veux pas me mettre dans une position de contrôle, je veux être dans une position de collaboration, d'ouverture aux gens. Il faut qu'ils soient le plus impliqués possible.

C'est vrai à l'égard de la confection des places, c'est vrai à l'égard de leurs réalisations, mais c'est vrai aussi à l'égard de leur reddition de comptes. Je disais tantôt qu'un des outils utiles pour le ministre serait ce mécanisme systématique qui fait jouer le rôle de capitaine. C'est utile pour les Québécois.

Mais ce qu'il serait utile aussi, c'est que, lorsqu'on met des indicateurs, des objectifs, lorsqu'on dit: Dans trois ans, je vais me rendre, il faudrait qu'on puisse aussi se doter d'équipements, d'institutions suffisamment équipées et fortes pour faire de la veille, pour faire de l'observation, pour rappeler à la population que l'objectif qu'on s'était donné, avec lequel ils étaient d'accord, on l'a obtenu. Ça fait du bien de dire aux gens que ça a marché. Je suis pour ça. Puis, il va y avoir un moyen crédible de leur dire, ça sera pas partisan. Tant mieux.

Une voix: ...nouvelles.

M. Fournier: C'est encore drôle. Si c'est pas partisan puis c'est crédible, ça va peut-être passer aux nouvelles. Mais l'autre facteur aussi, c'est la capacité de dire aux Québécois: Bien, l'objectif, la cible qu'on s'était donnée, bon, on l'a pas atteint, puis qu'on sache pourquoi on l'a pas atteint. Ça s'appelle... Ça, ça s'appelle l'imputabilité; ça, ça s'appelle la démocratie; ça s'appelle prendre un engagement qui te force à l'action. C'est réinventer la pression pour faire en sorte qu'un gouvernement sente toujours qu'il doit respecter la parole donnée. En ce moment, l'état de la situation, outre les acteurs directement concernés qui sont membres du réseau, qui sont des... qui sont en... sous

leur employeur gouvernemental, sont les seuls qui savent, et encore, ce sont des avis partiels, ils savent pour un indicateur parce que c'est leur domaine où on est rendu. Mais il faut que la population le sache, il faut qu'on ouvre les livres, il faut que, lorsqu'on prend un engagement, qu'il est clair qu'on se donne un délai pour l'atteindre, l'obtenir, qu'on se dise: Voici les moyens d'action pour y arriver, voici les ressources pour y arriver et qu'à la fin du terme on puisse partager avec l'ensemble des Québécois est-ce qu'on y est arrivé ou est-ce qu'on n'y est pas arrivé.

● (13 h 50) ●

Et ça, c'est à changer. Ça, c'est une approche qui va faire en sorte que les gens vont se sentir impliqués, qui vont faire en sorte que les gens vont retrouver, redonner de la crédibilité en matière de santé à notre système. Le pire ennemi en ce moment, notre système public, c'est la façon dont on le gère. Il faut ouvrir les livres au public parce que c'est leur système public. Et, tant qu'on va fermer les livres, il va avoir des tendances à ce qu'il ne soit plus public. Et, moi, je crois ça dur comme fer. Et je souhaite que les débats que nous aurons dans les prochains jours à l'égard de ce projet de loi pourront continuer d'être comme ils ont été au cours des derniers jours, dans un cadre serein où il est possible d'échanger et d'avoir un ministre qui, comme il l'a été à l'égard de certaines propositions, qui est ouvert à faire quelques modifications, et revenir peut-être au plan de match initial qui était dans les cartons du ministère au début. Merci, Mme la Présidente.

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

**M. Rémy Trudel**

**M. Trudel:** Merci, Mme la Présidente. Nous terminons donc des auditions qui nous auront permis d'entendre la très grande majorité des 17 groupes dans notre société qui ont répondu à l'invitation de nous donner leur avis, leurs commentaires, leurs suggestions à l'égard de ce projet de loi n° 36, le projet de loi sur la santé publique, un projet de loi qui nous fait faire un bond en avant, un bond qualitatif. On fait dans le nouveau.

C'est une projet de loi qui marque une étape importante parce que c'est 10 ans de travail en quelque sorte de professionnels, d'expérience de professionnels, d'intervenants à tous les niveaux qui nous permettent aujourd'hui de présenter ce projet qui a reçu, là, un appui unanime dans son essence quant à sa nécessité et avec certaines suggestions de modifications, d'ajustements — je pense que ça serait le mot le plus juste — pour en arriver à avoir encore un meilleur projet de loi, puisque, il faut le répéter, il faut le dire bien clairement, 28 ans que l'on vit avec la Loi sur la protection de la santé publique. Cette loi a donné des résultats, on a eu le temps d'en évaluer l'efficacité et aussi une efficacité quant à certaines dimensions.

Et, maintenant, on n'est pas uniquement dans un projet de loi correcteur, on est dans un projet de loi... dans une loi qui fait dans le neuf, qui fait dans le droit nouveau. Et, dans le droit nouveau, Mme la Présidente, ça s'inscrit aussi dans la foulée et du rapport de la

commission qui nous a été fait sur l'état de situation de la santé du système de santé et de services sociaux au Québec, dans la loi n° 28 qui a été adoptée et qui maintenant, pour une autre dimension, se prolonge en termes d'intégration et d'indication dans le projet de loi n° 36.

Davantage, bien davantage de pouvoirs aux niveaux local, régional et aussi au niveau national en matière de santé publique. Jamais on n'aura vu dans une telle loi autant de pouvoirs en région pour le directeur de la santé publique. Dans chacune des régions, le professionnel qui va occuper cette responsabilité sera... possédera de nouveaux outils, de nouveaux instruments. Et, avec ces outils et ces instruments, il sera en mesure non seulement d'intervenir en termes de correction, mais surtout intervenir en termes de prévention. Avant que les problèmes n'apparaissent, il sera beaucoup mieux équipé. Et jamais on n'aura donné, en matière de santé publique, autant de pouvoirs au niveau des régions.

Également, l'introduction, l'intensification explicite des établissements et des intervenants en première ligne, nommément les centres locaux de services communautaires, les CLSC. Plans d'action aux niveaux local, régional, national, au niveau des orientations. Nos CLSC ont 30 ans; nos CLSC ont démontré leur capacité d'intervenir. Maintenant davantage de systématisation locale, régionale à l'intérieur d'orientations nationales, au niveau des cibles, ces orientations prenant leur origine dans la politique de santé et bien-être et les objectifs prioritaires de santé publique pour viser des cibles bien identifiées et qui puissent... des cibles qui vont nous permettre en termes de plan de travail de viser au bon endroit, d'intensifier l'action sur les principales dimensions et faire cela avec ce que sont les régions, les compositions des populations et les compositions de l'environnement dans lequel vivent ces populations.

Droit nouveau. Pouvoirs, responsabilités accrues au niveau régional, coordination au niveau national renforcée pour bien viser et être capable d'évaluer, mesurer et évaluer l'efficacité de nos actions, et, à l'intérieur de tout cela, y retrouver un équilibre. Le mot «équilibre» dans nos consultations a joué un rôle important. L'équilibre. L'équilibre, au niveau des acteurs qui ont à intervenir, local, régional, national. L'équilibre également entre la notion de «santé physique» et «développement social», le côté social, le mieux-être, le bien-être. Il y aura, je l'ai indiqué tout au long de la commission, un certain nombre de modifications qui nous ont été suggérées et qui vont avoir droit de cité en termes d'introduction pour assurer cet équilibre qui est déjà présent dans la loi et qui, pour certains, demanderait davantage d'explicitations ou d'utilisation de mots plus explicites. Nous allons revoir tout cela.

Équilibre qui se traduit par la collaboration nécessaire dans la préparation des plans d'action aux niveaux local, régional et national. Personne ne va se défilier, surtout au niveau national, sur la nécessité des orientations mais également de mécanismes de coordination avec l'instance locale et l'instance régionale. On retrouve le mot «équilibre» parce que certains ont pesé sur le bouton de la lumière jaune quant au danger de la bureaucratisation. Des patentes bureaucratiques se retrouveraient pas sur le terrain.

Équilibre. Oui, le projet de loi présenté présente à sa face même une économie générale d'équilibre. Les lieux de renforcement pour assurer cet équilibre seront présents dans le projet de loi, avec cette lumière jaune sur être capable d'ériger des paravents ou des éléments protecteurs à l'égard d'une trop grande bureaucratization qui pourrait se présenter.

On l'a indiqué aussi, c'est important, la création d'une Direction nationale de la santé publique, d'un poste de directeur national de la santé publique, déjà introduit dans la loi sur l'organisation des services de santé et services sociaux de juin dernier, maintenant à l'intérieur, dans un édifice complet, cohérent, systématique, au niveau national, au niveau régional et au niveau local, un poste de directeur national de la santé publique, avec des responsabilités professionnelles et une non-désresponsabilisation — et une non-désresponsabilisation — des autorités politiques démocratiquement élues, membres de l'exécutif et responsables devant l'Assemblée nationale et devant la population. Là aussi, équilibre, équilibre.

Respect des capacités et des interventions par les professionnels de la santé en particulier qui sont appelés à intervenir, mais non-désresponsabilisation du politique, du gouvernemental, de l'exécutif. L'imputabilité doit demeurer à un niveau élevé: répondre à des actions, choisir. Choisir, décider. Choisir, décider, agir, évaluer et corriger. Dans ce sens-là, oui à la responsabilité professionnelle, mais oui également à la responsabilité, en termes d'imputabilité, devant l'Assemblée nationale et devant la population.

L'introduction dans le droit nouveau du Comité d'éthique. Des corrections, excellentes suggestions de plusieurs groupes, en particulier de la protectrice du citoyen. Tout cela sera, pour une bonne part... les remarques qui ont été faites de la part de la protectrice du citoyen seront intégrées dans les modifications qui seront proposées au projet de loi.

● (14 heures) ●

Également, s'assurer minutieusement que les mots de la loi, en termes d'établissement d'un registre de vaccination, on soit assuré à double et à triple tours de la sécurité de la vie privée, du respect de la vie privée et de l'autonomie des personnes et du consentement nécessaire. Avec les remarques qui nous ont été faites, les observations qui nous ont été faites, s'il y a des possibilités d'encore davantage renforcer avec quelques mots cette notion de la vie privée et de la confidentialité, ce sera fait dans le projet de loi.

Quant à la participation du public, les instances syndicales, la CSN et la Centrale des syndicats du Québec ont réitéré la nécessité mais d'inscrire plus formellement les forums des citoyens créés en vertu de la loi, en juin dernier, dans le processus de consultation et de participation — de consultation et de participation — dans l'élaboration et l'adoption des plans régionaux en matière de santé publique. Ce sera fait. Ce sera fait parce que tout cela fait partie, fait partie de la volonté de l'économie générale du projet de loi: une plus grande cohérence, une meilleure coordination et un souci d'efficacité et d'imputabilité qui est très clair.

Tout cela va nous donner, va donner naissance donc à un bond qualitatif important pour les Québécois et les Québécoises en matière de santé publique. Tout

cela va s'inscrire également dans une espèce de conception à trois grands moments, pourrions-nous utiliser comme mots: une loi sur la santé publique, un programme national avec incarnation régionale et locale, programme de santé publique, et des plans d'action, des plans d'action aux niveaux national — ça va de soi, c'est le programme même — régional et local. Loi, programme, plans d'action. Et nous aurons effectivement à nous interroger et, en vertu de la Loi de l'Assemblée nationale sur l'administration financière, la loi du gouvernement sur l'administration financière, énoncer quels seront nos moyens, quels seront les moyens que nous aurons à notre disposition en sus de quelques centaines de millions que nous consacrons actuellement à la santé publique avec ces nouveaux outils.

Mais tout cela serait inutile si l'opération consistait à arroser d'argent une situation à corriger sans outiller les intervenants. Futile. Gaspille. Il faut que tout cela s'accompagne d'abord, dans une première étape, d'une organisation, d'une réorganisation, d'outillage, d'instruments nouveaux pour agir et utiliser ce que nous avons aussi actuellement. Utiliser les millions de dollars que nous consacrons à la santé publique mais d'une manière plus efficace, comme on nous l'a dit.

Et, quand il faudra s'interroger et se donner des réponses sur davantage de moyens, eh bien, il faudra interpellé aussi tous ceux et celles qui sont appelés à contribuer, et un en particulier: le gouvernement fédéral. C'est-à-dire, nous, on consacre 40%: chaque fois que les citoyens mettent une piastre dans le gouvernement, il y en a 0,40 \$ qui servent, 0,40 % qui servent à la santé et services sociaux. Puis, quand on confie 17 milliards de dollars au ministre de la Santé, chaque dollar santé, c'est 0,85 \$ qui vient de votre poche comme Québécois et Québécoises puis 0,15 \$, 0,145 \$, 0,15 \$ qui vient du gouvernement fédéral.

Tout ce qu'on leur demande pour être capable de faire agir efficacement les instruments nouveaux, les instruments nouveaux qu'on met sur pied en santé publique, c'est: Respectez la parole donnée à Robert Bourassa en 1970. Respectez la parole donnée à Robert Bourassa en 1970 en disant: L'assurance maladie, la santé comme régime universel des provinces, on va en payer 50-50. Respectez la parole donnée à Robert Bourassa en 1970. Consacrez 40 % de vos ressources collectives que vous venez prendre ici dans les poches des Québécois, comme les Québécois et les Québécoises ont choisi de le faire, et on sera beaucoup mieux instrumentés pour intervenir avec les instruments modernes, les outils modernes que nous incluons dans cette loi. Parce qu'il faut effectivement des moyens, et ça, c'est à l'occasion des moments prévus à l'Assemblée nationale que nous serons en mesure d'en discuter.

Mais, d'ores et déjà, on peut indiquer, on peut donner des balises. Si la stratégie d'asphyxie, de strangulation du Québec et des provinces par les gestes du fédéral qui détournent systématiquement l'argent de la santé, qui prend l'argent de la santé, qui prend l'argent de la santé pour faire toute espèce d'autres choses qui souvent n'est pas dans son champ de responsabilités et, pour y arriver... bien, pour y arriver, il faut que le choix collectif des Québécois et Québécoises soit respecté.

Prendre l'argent de la santé, détourner l'argent de la santé à d'autres fins quand c'est le choix très

clairement énoncé par les Québécois et Québécoises, par les gens de l'Ontario, c'est ce qu'on a eu l'occasion de répéter encore la semaine dernière avec mon collègue Tony Clement, le ministre de la Santé de l'Ontario. Et ce sera la prochaine étape quand on sortira d'ici dans une dizaine de minutes. Lundi, Terre-Neuve, Saint-Jean, Terre-Neuve. On va répéter exactement ça. On va amener le diagnostic implacable de l'industrie pharmaceutique avec nous.

Parce que les Québécois et les Québécoises, ils veulent juste une chose, l'équité fiscale, la juste partie des ressources qu'ils ont décidé de consacrer à la santé et aux services sociaux pour être capables de répondre aux questions. Parce qu'il faudra faire davantage. Il faudra faire davantage dans le système de santé, en termes de prévention toujours.

On a vu l'Ordre des infirmières, des infirmières et des infirmiers du Québec venir ici témoigner encore une fois de l'importance de la prévention et des gestes qu'il nous faut poser. Et, à cet égard-là, on devra continuer d'investir parce que, depuis une semaine, depuis une semaine, il y a 4 700 personnes au Québec, des jeunes femmes très majoritairement qui se sont inscrites en Faculté ou au collège pour la formation infirmière. C'est, oui, un bond spectaculaire. Un bond spectaculaire: 4 100 à peu près l'an passé, suite au décontingement. Déjà 4 700.

Oui, parce que la pénurie des ressources infirmières, c'est une pénurie internationale. Je pense pas que la France... Je pense pas que la France ait mis... ait voulu priver ses infirmières des droits à la retraite et des avantages. Les infirmières, la France est aux prises, elle aussi, avec une problématique de 10 000 infirmières, compte tenu de l'explosion des responsabilités et des progrès de nos systèmes de santé et de services sociaux.

Alors, on va voir si nos porte-parole vont aussi accuser la France de ne pas avoir posé le geste de priver... Mais on se demande parfois: Mais pourquoi les libéraux, ils voulaient, ils veulent tellement priver les infirmières du droit à l'égalité? Pourquoi ils veulent priver les infirmières, qu'il y ait un retour en arrière, qu'ils n'aient pas le droit, eux, de bénéficier des régimes collectifs entendus avec l'ensemble de la fonction publique et parapublique? Mais qu'est-ce qu'ils ont contre les infirmières, Mme la Présidente? Qu'est-ce qu'ils ont contre les infirmières? Pourquoi ils veulent les priver de leur droit à l'égalité? Tout le monde a le droit à l'accès à des programmes de retraite équitables pour vivre et assurer son autonomie, sauf les infirmières. Sauf les infirmières au Québec. Qu'est-ce qu'ils ont contre les infirmières? Pourquoi les libéraux s'acharnent-ils tant que ça sur l'égalité de droit, l'égalité d'accès aux infirmières?

Il y a une situation internationale et le Québec prend des moyens pour en arriver... pour en arriver à ce que la réalité, ce soient des effectifs médicaux, paramédicaux, professionnels disponibles suffisants et c'est pour ça que l'ensemble des mesures font en sorte que, depuis la semaine dernière, il y en a 4 700 au collège et à l'université dans la formation infirmière et que cet été, et que cet été, eh bien, on avait le double d'étudiantes infirmières dans les hôpitaux pour nous aider à soutenir les équipes d'infirmières qui ont le droit,

elles aussi, à leurs vacances avec leur famille dans des conditions acceptables. Bien, tout ça, ça prendra des moyens parce que, même là, en santé publique aussi, oui, ça en prend des moyens.

● (14 h 10) ●

Et j'espère que la prochaine question, lorsqu'on aura à se rencontrer avec le député de l'opposition, le porte-parole de l'opposition et député de Châteauguay, il pourra me demander: Et puis? Et puis à Terre-Neuve? Et puis? Et puis à Saint-Jean, Terre-Neuve? Est-ce qu'ils vont respecter le souhait et le choix des Québécois et des Québécoises puis ils vont-y arrêter de prendre l'argent de la santé pour faire à peu près n'importe quoi et beaucoup de choses qui ne répondent pas aux besoins prioritaires des Québécois et des Québécoises, qu'ils soient situés sur la Rive-Sud de Montréal, en Estrie, à Québec, en Gaspésie, en Abitibi, en Mauricie, partout ailleurs?

La question sera posée et, comme la question sera certainement posée à nouveau, on y apportera des réponses, bien sûr, en remerciant le député de l'opposition de sa collaboration habituelle en pareille matière sur cette commission et également vous, Mme la Présidente, pour l'efficacité de vos mots d'ordre et du respect de l'ordre, Mme la secrétaire de la commission, mon collaborateur, le Dr Richard Massé, qui est sous-ministre adjoint à la santé publique, Mme Filiatrault — je ne veux pas me tromper, où est-ce qu'est mon nom — Mme Denise Mc Maniman — eh, je l'ai dit comme il faut! — Me Denise Mc Maniman et Mme Filiatrault de leur collaboration. Ça a été extrêmement intéressant et ce le sera lorsqu'on reprendra à l'étape étude par article. Merci, Mme la Présidente.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci, M. le ministre, pour vos remarques finales. Alors, la commission ayant accompli son mandat, il ne me reste qu'à vous remercier également et ajourner les travaux de la commission sine die.

(Fin de la séance à 14 h 12)