



Mémoire de l'Association des Spécialistes en Médecine Préventive du Québec

*Projet de loi no 15 – Loi visant à rendre le
système de santé et de services sociaux
plus efficace*

21 mai 2023

Table des matières

Acronymes	3
Sommaire exécutif	4
Contexte	7
L'amélioration de la santé de la population	7
L'amélioration de l'expérience de soins des patients	7
La réduction des coûts per capita	8
Bien-être des travailleurs de la santé	8
L'équité en santé	9
Avancées significatives	10
Enjeux	11
Suppression des articles 1 et 2 de la LSSSS	11
Risque d'augmentation des inégalités sociales de santé	15
Conditions de pratique des médecins œuvrant dans les DRSP	18
Médecins spécialistes en médecine préventive	18
Mesures disciplinaires	19
Cogestion médico-administrative	19
Place des omnipraticiens en santé publique	19
Offre additionnelle de services pour les médecins spécialistes	20
Identification de la place, des rôles et pouvoirs du DNSP, des DSP et de leurs médecins mandatés	20
La place des DRSP dans Santé Québec	21
Lien hiérarchique entre DSP et DNSP	21
Place et rôle du DNSP	21
Le rôle de l'INSPQ restreint à celui de conseiller du Ministre	23
Conclusion	26

Acronymes

ASMPQ : Association des spécialistes en médecine préventive du Québec

ASPQ : Association pour la Santé publique du Québec

CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

DRSP : Direction régionale de santé publique

DSP : Directeur de santé publique d'une région sociosanitaire

DNSP : Directeur national de santé publique

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PL15 : *Projet de Loi 15 – Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*

Sommaire exécutif

L'association des spécialistes en médecine préventive du Québec (ASMPQ) regroupe 187 médecins de deux spécialités médicales : les spécialistes en santé publique et médecine préventive, ainsi que les spécialistes en médecine du travail. Notre mission inclut des activités préventives, de protection et de promotion de la santé, ainsi que des activités cliniques, notamment en lien avec les pathologies professionnelles.

Nous publions ce mémoire en tant que médecins spécialistes œuvrant en santé publique, médecine préventive et médecine du travail auprès de la population générale et de populations ciblées (par exemple les travailleurs, les enfants, les aînés, les populations marginalisées, etc.). Notre pratique vise le maintien et l'amélioration de la santé des populations, avec une attention particulière aux populations les plus vulnérables, afin de diminuer les inégalités sociales de santé. Avant la réforme du réseau ayant eu lieu en 2015, nous étions impliqués de près dans l'organisation des soins et services puisque nous sommes formés dans ce domaine, l'efficacité d'un système de santé relevant de la préservation de la santé de la population.

Nous ne pouvons qu'abonder dans le sens que le statu quo en matière de santé n'est plus possible, et ce, depuis longtemps déjà. Entre autres, le vieillissement de la population, l'exposition à des contaminants environnementaux, les changements climatiques et les maladies infectieuses émergentes ne sont que quelques éléments qui feront en sorte que la pression sur le réseau curatif augmentera. Cependant, nous sommes d'avis qu'améliorer l'accès aux soins et optimiser l'offre de services en soins de santé ne peuvent suffire pour rendre le système de santé efficace. Il faut aussi agir en amont des problèmes.

Les actions de santé publique, principalement préventives et populationnelles, ont pour finalité de maintenir et d'améliorer la santé des populations et conséquemment de diminuer la pression sur le système de soins curatifs. Plusieurs préoccupations ont déjà été soulevées en commission parlementaire en lien avec le système curatif, c'est pourquoi nous nous concentrerons sur l'identification des éléments qui pourraient porter atteinte au maintien de la santé populationnelle et la proposition de recommandations en ce sens.

À la suite de la conférence de presse annonçant le Projet de Loi 15 – *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* (PL15), nous avons tout d'abord salué l'objectif premier du Ministre qui était l'amélioration de la santé de la population avec une vision de responsabilité populationnelle du système de soins. À la lecture que nous avons faite du projet de loi, l'objectif premier annoncé était plutôt de rendre le système de santé plus efficace. De plus, lors de la conférence de presse, le Ministre a mentionné certaines priorités qui ont fait écho à nos valeurs comme spécialistes en médecine préventive : assurer l'équité dans l'accessibilité, améliorer l'expérience patient, séparer

les orientations ministérielles des opérations du réseau et mettre en place des conditions assurant un milieu de travail sain et sécuritaire aux travailleurs de la santé. À la lecture du PL15, nous constatons plutôt que certaines conditions qui seraient mises en place par le projet de loi, s'il est adopté tel quel, pourraient aller à l'encontre des objectifs verbalisés par le Ministre et comporteraient un risque d'augmenter les inégalités sociales de santé déjà bien documentées.

RECOMMANDATIONS

- Que la prévention des maladies et la promotion de la santé de la population fassent partie intégrante de la stratégie ministérielle et qu'elles soient inscrites dans la loi afin d'améliorer le système de santé et la santé de la population. Ainsi, tous les intervenants en promotion et prévention, institutionnels ou non, doivent être reconnus comme des acteurs incontournables de la santé.
- Que l'objectif premier de la loi, plutôt que de viser la prestation efficiente de services, ait pour objectif premier la santé durable des populations dans une vision à long terme en intégrant l'approche « Une seule santé ».
- Que les enjeux de changements climatiques soient appréhendés par le PL15 que la carboneutralité de Santé Québec et de ses établissements soit un objectif à atteindre et que tous les établissements soient soumis à la *Loi sur le développement durable*.
- Que des modalités au projet de loi soient prévues pour une prise en charge des patients plus vulnérables, pas seulement lors d'urgences, mais dans tout le continuum de soins, de la prévention au traitement. Il est ainsi nécessaire de privilégier le renforcement et la consolidation du système de soins public pour garantir à la population québécoise un accès aux soins équitable pour tous. L'accès pour tous doit concerner aussi bien les pratiques de soins que les pratiques cliniques préventives.
- Que les pratiques de cogestion médico-administrative demeurent le mode de fonctionnement privilégié dans le système de santé et de services sociaux.
- Que les responsabilités du CMDP en matière de plaintes disciplinaires, mais également sur la qualité, les compétences, la nomination et le renouvellement des privilèges des médecins puissent être maintenues.
- Que les DRSP soient identifiées comme des services spécifiques de santé et de services sociaux et comme lieux où sont concentrés les activités de santé publique des établissements.
- Que le rôle et les missions du Directeur National de Santé Publique, au sein de la structure du réseau de la santé, soient clarifiés afin qu'il soit en mesure de fournir ses avis de manière totalement indépendante et en toute transparence, et ce en temps opportun avec accessibilité à la population dès leur émission. Le lien hiérarchique du DNSP avec le Ministre de la Santé doit donc être cohérent pour

atteindre ces objectifs et assurer la crédibilité de la santé publique et de ses professionnels.

- Que le lien hiérarchique entre les DSP et le DNSP, ainsi que les modalités d'autonomie décisionnelle qui seront allouées aux DSP dans l'exercice de leurs fonctions, soient précisés.
- Que l'organisation du réseau de santé publique du Québec puisse jouir de l'indépendance professionnelle et scientifique, ce qui avait été mentionné lors des 50 mesures du plan santé.
- Que l'INSPQ, incluant ses laboratoires, puisse continuer de jouer son rôle d'expertise-conseil auprès de Santé Québec, des DRSP, des populations et des organismes qui en feront la demande.

Contexte

Selon Berwick et *al.* (2008)¹, et la suite par Bodenheimer et Sinsky (2014)², l'amélioration du système de santé doit avoir quatre objectifs : 1) amélioration de la santé de la population, 2) amélioration de l'expérience de soins des patients, 3) réduction des coûts per capita, 4) bien-être des travailleurs de la santé. Un cinquième objectif a récemment été proposé³ : l'équité en santé. Ces objectifs font d'ailleurs écho à la *Loi canadienne sur la santé* du gouvernement fédéral mentionnant les conditions essentielles d'un système de santé : transférabilité, accessibilité, universalité, intégralité et gestion publique. Tous ces objectifs ne peuvent être atteints qu'avec l'intégration d'interventions préventives visant les déterminants de la santé. L'approche « Une seule santé » (*One Health*) représente une approche intéressante pour atteindre ces objectifs, puisqu'elle représente une approche de développement durable.

L'amélioration de la santé de la population

L'amélioration de la santé de la population passe par un objectif ultime de faire en sorte que cette population ne tombe pas malade, qu'elle tombe moins malade, que sa maladie soit moins grave ou qu'elle bénéficie d'une prise en charge précoce afin de ne pas souffrir d'impacts chroniques, délétères ou irrémédiables sur sa qualité de vie, entre autres de contracter une nouvelle maladie en raison de la détérioration de son état, par exemple de développer une maladie rénale en raison d'un diabète non traité.

L'amélioration de l'expérience de soins des patients

Cet objectif est lié à la qualité et à l'accessibilité des services, incluant les services préventifs, curatifs et sociaux. Même si l'actuel projet de loi vise à augmenter l'accessibilité, d'autres éléments doivent aussi être considérés pour améliorer l'expérience de soins, soient la sécurité des soins, l'intégration des soins (trajectoire facilitée pour le patient qui requiert différents services), l'équité dans les soins, ainsi que des soins centrés sur le patient et sur la population. Ainsi, l'approche patient/citoyen-partenaire et la volonté d'améliorer l'accessibilité aux soins de première et deuxième lignes, mises de l'avant dans le projet de loi, représentent une avancée pour atteindre cet objectif, mais d'autres conditions doivent aussi être intégrées pour y parvenir.

¹ Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. juin 2008;27(3):759-69.

² Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. déc 2014;12(6):573-6.

³ Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*. 8 févr 2022;327(6):521.

La réduction des coûts per capita

La réduction des coûts per capita est intimement liée au premier objectif : dans la plupart des cas, plus on prend en charge une maladie précocement (diabète, hyperlipidémie, hypertension, cancers pour ne nommer que celles-ci), plus on diminue les risques de complications et d'issues défavorables engendrant des coûts plus importants, incluant des coûts sociétaux à long terme. Cet objectif est aussi lié au deuxième, car plus on forme les patients à contribuer à leur prise en charge avec les formations en autosoins, plus on réduit les consultations inutiles l'engorgement des cliniques de première ligne et les impacts du retard de prise en charge, par exemple l'aggravation ou la chronicisation des maladies ou les décès. Cette réduction des coûts per capita sera également reliée à une optimisation du système curatif et du parcours de soins, il s'agit donc d'un cercle vertueux. De plus si on connaît les déterminants d'une maladie, l'action sur ces déterminants jouera sur la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) de la maladie elle-même : les habitudes de vie (tabagisme, sédentarité, alimentation, consommation d'alcool et pratique d'activité physique), la pollution environnementale et les maladies infectieuses sont autant de facteurs de risque de maladies chroniques qui sont identifiables et évitables, notamment par des actions de prévention collective et la mise en place d'environnements favorables.

Bien-être des travailleurs de la santé

Le bien-être des travailleurs de la santé, pas seulement les soignants, peu importe leur rôle dans l'organisation, du cadre supérieur au bénévole, en passant par le personnel administratif, technique ou d'entretien, est un élément clé de la performance d'un système de santé. Si les travailleurs de la santé ne sont pas en confiance ou ne bénéficient pas de conditions de travail répondant à leurs besoins⁴, le système de santé ne peut pas fonctionner ni être efficace. Il est d'ailleurs reconnu que le bien-être des travailleurs est associé de façon significative à une prise en charge des patients efficace, sécuritaire et conforme aux bonnes pratiques. Cet objectif doit enfin considérer la prévention des risques à la santé, physique et psychique, dans tous les milieux de travail du réseau de la santé afin d'éviter, notamment, l'épuisement professionnel, l'absentéisme dans les milieux de travail et l'exode des travailleurs. Les cinq objectifs à atteindre pour améliorer le système de santé doivent tenir compte de l'apport de la prévention, notamment en matière d'amélioration du bien-être et de la qualité de la vie professionnelle des travailleurs de la santé. Nous avons d'ailleurs pu le constater, malheureusement, avec les dommages collatéraux que la COVID a mis en exergue sur le personnel soignant. L'explosion de situations de détresse psychologique nécessite une vraie prise de conscience de la problématique et des actions correctrices urgentes. Nous avons de la

⁴ <https://www.revuegestion.ca/besoins-et-motivations-une-nouvelle-pyramide-de-maslow>

difficulté à voir dans le PL15 les éléments qui contribueront à améliorer les conditions de travail des soignants et leur permettre de pouvoir exercer leur profession de façon sécuritaire pour leur santé mentale et physique et le bien-être des patients.

L'équité en santé

Lorsque des différences dans l'état de santé de différentes populations sont liées à des désavantages structureaux ou sociaux qui sont modifiables, injustes, évitables et systémiques, on fait référence aux inégalités sociales de santé. Celles-ci sont en lien avec les conditions sociales, économiques, environnementales et les déséquilibres des pouvoirs. Afin de diminuer ces inégalités, des actions doivent être posées afin d'influencer les déterminants sociaux de la santé qui sont les « facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels et environnementaux interreliés qui façonnent les conditions de vie dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent et vieillissent. »⁵.

⁵ <https://nccdh.ca/fr/glossary/entry/social-determinants-of-health-1/print>

Avancées significatives

Nous saluons la volonté et le courage du Ministre Dubé de vouloir réformer le réseau de la santé depuis sa base, puisque plusieurs réformes n'ont fait que tenter de colmater les brèches s'étant créées au fil du temps, dans un système implanté lorsque les ressources étaient considérées presque inépuisables avec une importante population active suite à la forte natalité d'après-guerre. Dans le contexte actuel, le Ministre a compris qu'il fallait revoir le réseau en profondeur et cela nécessite du courage politique pour le faire.

Lors de la publication du projet de loi et de son annonce par le Ministre Dubé en conférence de presse, nous avons apprécié ce qu'il mettait de l'avant en mentionnant différents cadres de santé publique maîtrisés par les médecins spécialistes de notre association, tels que celui de Kotter en gestion du changement, celui des objectifs d'un système de santé de l'Institut pour l'amélioration des soins de santé et le cadre de Donabedian pour évaluer le réseau, laissant paraître que la réforme de la base tiendrait compte des principes essentiels à suivre pour une amélioration continue. Depuis longtemps, en médecine clinique, on prône l'importance des soins centrés sur le patient. Le Ministre Dubé a mis de l'avant certaines mesures permettant d'envisager une médecine populationnelle centrée sur son patient et sur ses besoins : la population. En ce sens, nous saluons la volonté du Ministre d'intégrer au sein du système les voix des patients eux-mêmes ; les patients partenaires auront une place importante au sein de Santé Québec.

En plus de répondre aux besoins des patients, les stratégies axées sur l'implication des patients partenaires vont influencer sur le parcours de soins en évitant l'engorgement du système de santé. D'ailleurs, les projets pilotes en lien avec les parcours d'apprentissage patient sont autant de moyens pédagogiques de promotion de la santé, de prévention des maladies ou encore d'autosoins qui peuvent venir outiller la population à se prendre en charge précocement et ainsi diminuer le flux d'entrée dans le système curatif de santé.

Faire appel à la responsabilité populationnelle, collective, est fondamentale pour améliorer la santé de la population comme la responsabilité d'un médecin envers son patient est primordiale pour assurer la meilleure évolution possible de ce dernier.

L'accès universel aux soins est un des déterminants de la santé, mais la prévention et une prise en charge précoce des maladies sont des facteurs déterminants pour prévenir la détérioration de l'état de santé des personnes.

Enjeux

Même si les intentions formulées par le Ministre lors de la présentation de la réforme sont louables et prometteuses, nous désirons soulever certains enjeux, spécifiques à la santé publique, et qui pourraient aller à l'encontre de l'atteinte des objectifs nommés par le Ministre, tout en contribuant à augmenter les inégalités sociales de santé.

Suppression des articles 1 et 2 de la LSSSS

Dans les notes explicatives du présent projet de loi ainsi que dans l'article 1, nous avons noté que l'objectif premier de cette loi, qui fait partie du vaste projet de réforme de la santé, consiste en la mise en place d'un système de santé et de services sociaux plus efficace en facilitant l'accès aux services. De notre compréhension, dans ce projet de loi, l'objectif du Ministre est donc uniquement de permettre au système de santé de répondre aux besoins ou aux demandes de la population en matière de santé et de services sociaux en facilitant l'accès aux services. Certes, l'accès rapide aux services curatifs de première et deuxième lignes fait partie d'un système de santé efficace, mais ne peut, à lui seul, atteindre les objectifs visés par le Ministre.

Nous, médecins spécialistes en médecine préventive, sommes inquiets par rapport à la disparition des articles 1 et 2 de la présente LSSSS du PL15.

LSSSS Article 1

Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

Il vise plus particulièrement à :

1° réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps ;

2° agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion ;

3° favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes ;

4° favoriser la protection de la santé publique ;

5° favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale ;

6° diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes ;

7° atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

LSSS Article 2

Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à :

1° assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services ;

2° favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être ;

3° partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux ;

4° rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social ;

5° tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socioéconomiques des régions ;

6° favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes ;

7° favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec ;

8° favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services ;

8.1° assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux ;

9° assurer la participation des ressources humaines des établissements visés au titre I de la partie II au choix des orientations de ces établissements et à la détermination de leurs priorités ;

10° promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population.

Ainsi, l'actuel projet de loi, s'il est adopté tel quel, permettra peut-être de répondre aux besoins et demandes exprimées par la population, mais pourrait laisser de côté les besoins non exprimés par celle-ci. En effet, les objectifs fixés par cette réforme semblent viser l'amélioration de la prestation du service direct à l'utilisateur malade, ou qui présente une problématique sociale, sans tenir compte des services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de protection de la santé publique, des services s'adressant souvent à des groupes de la population ou à des décideurs. Si les principes de promotion

de la santé et de prévention des maladies ne figurent plus dans la *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, il faut nous demander quelle place le législateur entend donner à la prévention comme solution à l'efficacité du système de santé.

C'est ce que Pierre Lavoie illustre très bien en imageant la santé avec trois feux de couleur. La prévention et la promotion de la santé consistent à tenter de maintenir les individus dans la zone verte de la santé (physique et mentale), d'essayer à tout prix de les faire revenir de la zone orange vers la zone verte advenant une altération de la santé décelée précocement, et d'éviter à tout prix que les individus n'entrent dans une zone rouge. Dans une vision populationnelle de santé publique, c'est pour toute la population que ces principes doivent s'appliquer. Plusieurs actions de prévention primaire (afin de maintenir la population en zone verte) ou secondaire (éviter que la maladie n'entraîne des complications trop graves, revenir de la zone orange en zone verte) sont démontrées efficaces afin d'alléger le fardeau qui pèse actuellement sur le système de soins centré majoritairement sur la pratique hospitalière curative (patients en zone rouge). Le système de santé, actuel et promis par ce projet de loi, est et restera un système de maladie, axé sur une offre de services de soins dédié aux personnes déjà malades.

Même si nous sommes d'accord que la diminution des listes d'attente et la prise en charge plus rapide des patients sont une priorité, mettre toutes ses énergies sur le curatif (orange et rouge), et ignorer la prévention des conditions d'amélioration du système équivaut à se priver d'une partie de la solution (qui permettra à la majorité de la population de rester en zone verte) pour aider à le désengorger. C'est un peu mettre tous ses œufs dans le même panier en se prédéterminant à revivre les erreurs du passé.

Autre enjeu majeur qui vient interagir de façon inévitable avec la santé des populations et qui n'est pas soulevé dans le PL15 est la place des problématiques environnementales et l'impact des changements climatiques sur la santé des populations. L'Organisation mondiale pour la Santé (OMS) affirme que les changements climatiques sont la plus grande menace à la santé à laquelle l'humanité est confrontée et il est maintenant bien établi que soigner est une source de pollution importante (5 % des gaz à effet de serre (GES), soit deux fois l'empreinte du transport aérien⁶). Non seulement le réseau sera-t-il soumis à une plus grande demande de soins face aux changements climatiques qu'il subira lui-même, fragilisant la prestation de soins ; en plus, il y contribuera par ses émissions de GES. Pourtant, dans le PL15, il n'est aucunement mention de réduction de l'empreinte environnementale, ni d'adaptation climatique du réseau, ni même de développement durable. Sachant que le développement durable prend en compte les aspects économiques, sociaux et environnementaux du développement, il devrait être nommé explicitement dans un projet de loi sur l'efficacité en santé. Il pourrait même

⁶https://healthclimateaction.org/sites/default/files/2021-11/French_HealthCaresClimateFootprint_091619_web.pdf

s'inspirer du *National Health Service* du Royaume-Uni qui vise la carboneutralité du secteur de la santé, et exiger que la *Loi sur le développement durable* s'applique à Santé Québec et ses établissements.

La santé d'une population et son intégrité ne peuvent être considérées que dans une vision globale, holistique des personnes dans une approche de santé durable. Selon l'Alliance santé Québec, « la santé durable est un état complet de bien-être physique, mental et social qui est atteint et maintenu tout au long de la vie grâce à des conditions de vie saines, enrichissantes et épanouissantes et grâce à l'accès à des ressources appropriées, de qualité, utilisées de façon responsable et efficiente, au bénéfice des générations actuelles et futures »⁷. De plus, l'Association pour la santé publique du Québec (AS PQ) souligne que « la santé durable est un actif social et économique qui implique une responsabilité, à la fois individuelle et collective, qui incarne une vision à long terme qui, tout en fournissant des soins à tous, s'assure aussi de les garder en santé par la prévention »⁸. Ainsi, « la responsabilité supérieure de maintenir et d'améliorer la santé de tous, incluant celle des générations futures, doit être assumée collectivement et solidairement »⁸ et « c'est seulement en multipliant les actions de prévention et en faisant la promotion de la santé, notamment par la création d'environnements favorables et par la réduction des inégalités sociales, que la santé durable deviendra réelle pour tous les Québécois »⁸. En complément à l'approche de Santé Durable, l'approche « Une seule santé » considère interdépendante la santé humaine, animale et environnementale, influençant la santé des écosystèmes dans lesquels elles coexistent. Cette approche transversale met en œuvre des programmes, des politiques, des législations et des recherches multisectorielles pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé publique. Les experts du Programme des Nations Unies pour l'Environnement affirment qu'une plus grande coopération, entre écologistes, zoologistes et responsables de la santé publique, peut aider à relever les défis sanitaires et leur impact social et économique. « En outre, de nombreuses questions transversales, notamment la résistance aux antimicrobiens, la sécurité alimentaire, les changements climatiques et la faiblesse des infrastructures de soins de santé, doivent être abordées dans une perspective multisectorielle et multidisciplinaire, ce que garantit l'approche *Une seule santé* »⁹.

Il y a un an, l'Assemblée nationale du Québec a voté une motion à l'unanimité pour faire de la « santé publique une priorité de la refonte du système de santé »¹⁰. Jusqu'à présent, nous n'avons pas senti la volonté législative de placer la prévention des maladies comme

⁷ <https://www.alliancesantequebec.com/quest-ce-que-la-sante-durable/>

⁸ <https://aspq.org/priorite/sante-durable/>

⁹ <https://www.woah.org/fr/ce-que-nous-faisons/initiatives-mondiales/une-seule-sante/>
<https://www.unep.org/fr/actualites-et-recits/recit/lapproche-une-seule-sante-est-essentielle-pour-lutter-contre-les>

¹⁰ Résolution de l'Assemblée nationale du Québec, Québec 5-04-2022

partie de la solution pour améliorer l'efficacité du système de santé. Nous posons donc la question : Quelle est donc la place que monsieur le Ministre de la Santé veut faire à la prévention dans son plan de match ?

RECOMMANDATIONS

- Que la prévention des maladies et la promotion de la santé de la population fassent partie intégrante de la stratégie ministérielle et qu'elles soient inscrites dans la loi afin d'améliorer le système de santé et la santé de la population. Ainsi, tous les intervenants en promotion et prévention, institutionnels ou non, doivent être reconnus comme des acteurs incontournables de la santé.
- Que l'objectif premier de la loi, plutôt que de viser la prestation efficace de services, ait pour objectif premier la santé durable des populations dans une vision à long terme en intégrant l'approche « Une seule santé ».
- Que les enjeux de changements climatiques soient appréhendés par le PL15, que la carboneutralité de Santé Québec et de ses établissements soit un objectif à atteindre et que tous les établissements soient soumis à la *Loi sur le développement durable*.

Risque d'augmentation des inégalités sociales de santé

Si la promotion de la santé, la prévention des maladies et la protection de la santé publique sont rarement des besoins exprimés par la population, la réduction des inégalités sociales de santé est un besoin majeur non exprimé, puisque ce sont souvent les personnes les plus marginalisées, et donc les moins audibles, qui en souffrent le plus. Cependant, des populations en santé sont rentables au long cours et ceci ne peut passer que par des actions sur les déterminants de la santé. « Les inégalités sociales de santé se définissent comme des différences dans l'état de santé qui existent de façon systématique entre les groupes socioéconomiques. Outre les facteurs qui influencent la santé comme l'âge, le sexe, la génétique ou le hasard de l'exposition à une maladie infectieuse, il existe en effet des déterminants de la santé qui sont systématiques, produits socialement et évitables. Si la santé individuelle varie en fonction du statut socioéconomique, la santé moyenne de tous les habitants d'un pays varie non pas en fonction du revenu moyen des habitants, mais en fonction des inégalités : plus les écarts entre riches et pauvres sont réduits, meilleure est la santé moyenne des habitants. En effet, les données probantes montrent que l'incidence des cancers, des maladies cardiovasculaires, des maladies infectieuses et des traumatismes est plus élevée chez les pauvres. Ce n'est pas une fatalité. Les dernières études sur le sujet des inégalités sociales de santé, qui définissent plusieurs stratégies pour réduire ces inégalités de santé, montrent que la réduction des écarts de santé entre les riches et les pauvres va de pair

avec une population en meilleure santé. Quant aux stratégies qui s'en dégagent, elles riment avec inclusion sociale et augmentation des liens de confiance entre les personnes. Elles s'accompagnent aussi de taux élevés de réussite scolaire, de faibles taux d'emprisonnement et d'une grande mobilité sociale ascendante »¹¹.

Dans l'actuel projet de loi, on réfère aux déterminants de la santé dans l'article 29 : *Santé Québec doit suivre des pratiques de saine gestion respectant le principe de subsidiarité. Les objectifs suivants doivent guider l'exercice des responsabilités de direction par toute personne au sein de Santé Québec :*

1° l'adéquation des services, compte tenu de l'organisation de Santé Québec et des ressources allouées ;

2° la fluidité et la continuité des services aux usagers ;

3° l'assurance d'un accès continu à une large gamme des services généraux, spécialisés et surspécialisés du domaine de la santé et des services sociaux visant à satisfaire les besoins sociosanitaires, compte tenu des particularités du territoire desservi ;

*4° la collaboration avec les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux en vue d'agir sur les **déterminants de la santé** et les **déterminants sociaux** et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population.*

Comme mentionné précédemment, le PL15 est grandement axé sur l'accessibilité aux soins pour les personnes malades, incluant la diminution des listes d'attentes, par différentes mesures. Cependant, les populations les plus vulnérables doivent être rejointes là où elles se trouvent. Ainsi, il résulte un risque d'augmenter les inégalités déjà existantes en favorisant une prise en charge plus précoce des personnes ayant déjà accès au réseau plutôt que d'offrir des soins et services à ceux qui en auraient besoin.

Un autre aspect important de l'actuel projet de loi qui nous fait craindre une augmentation des inégalités sociales de santé est l'ouverture à un réseau de santé composé de services publics et privés, annoncé dans l'article 1 de l'actuel projet de loi :

À cette fin, la loi institue Santé Québec et la charge, entre autres, d'offrir des services de santé et des services sociaux par l'entremise d'établissements publics ainsi que d'encadrer et de coordonner l'activité des établissements privés et de certains prestataires de services du domaine de la santé et des services sociaux.

Même si l'objectif premier peut être louable d'offrir des soins de santé à un plus grand nombre, par la diversification des offres de services, ceci peut comporter de nombreux risques. En effet, l'ouverture au privé risque de faciliter l'exode de professionnels du public vers le privé, les contraintes organisationnelles étant moindres et les conditions de pratiques pouvant être moins contraignantes.

¹¹ Raynault MF, Côté D, Chartrand S. Le bon sens à la scandinave : politiques et inégalités sociales de santé. Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal ; 2014.

Un autre point sur lequel nous sommes inquiets est le renforcement de l'offre de services qui risque d'être plus tangible dans les grands centres où il y a potentiellement plus d'établissements privés susceptibles d'élargir l'accessibilité à la population, mais qui ne règlera pas les situations des régions éloignées où les établissements privés et les spécialistes dans le secteur public sont déjà peu accessibles, augmentant encore les inégalités sociales entre québécois des grands centres par rapport à ceux des régions plus rurales.

Ainsi, plutôt que de courir le risque de dépouiller le système public de ses ressources, il serait préférable, et plus équitable pour la population, d'investir prioritairement sur le renforcement du système public et le rendre efficace et efficient avant d'avoir recours au système privé. Les deux ne sont pas incompatibles, mais l'accès à un système public de santé pour tous les québécois contribue à la réduction des inégalités sociales de santé.

Pour renforcer nos propos sur les facteurs essentiels pour une population en santé, nous citerons notre collègue, Dre Marie-France Raynault, et la sociologue Dominique Côté, dans leur ouvrage publié en 2014¹¹ :

« Les caractéristiques des systèmes de santé des pays où les inégalités sont les moins grandes avec comme résultats une meilleure santé populationnelle sont les suivants :

1. l'accent mis sur la prévention et sur une protection sociale étendue ;
2. l'intégration des politiques sociales dans de multiples champs d'action ;
3. des politiques qui favorisent un taux d'emploi élevé et une distribution relativement égale des revenus ;
4. l'équité entre les sexes intégrée dans toutes les politiques publiques ;
5. des politiques qui reconnaissent les multiples facettes d'un parcours de vie ;
6. des décisions politiques éclairées par des données probantes et une tradition de recherche socio-sanitaire ;
7. des processus politiques inscrits dans une démocratie locale significative et qui respectent une forte syndicalisation des travailleurs ;
8. des processus politiques basés sur une représentation démocratique multipartite et un mode de scrutin proportionnel qui favorisent le pouvoir citoyen ;
9. des processus décisionnels fondés sur une tradition de consensus. »

RECOMMANDATION

- Que des modalités au projet de loi soient prévues pour une prise en charge des patients plus vulnérables, pas seulement lors d'urgences, mais dans tout le continuum de soins, de la prévention au traitement. Il est ainsi nécessaire de privilégier le renforcement et la consolidation du système de soins public pour garantir à la population québécoise un accès aux soins équitable pour tous. L'accès pour tous doit concerner aussi bien les pratiques de soins que les pratiques cliniques préventives.

Conditions de pratique des médecins œuvrant dans les DRSP

Médecins spécialistes en médecine préventive

Les conditions de pratique des médecins spécialistes en médecine préventive sont régies par une structure hiérarchique similaire aux autres médecins cliniciens du réseau à l'intérieur des établissements. Ils détiennent des privilèges pour exercer et relèvent du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). De plus, l'organisation des directions de santé publique (DRSP), à l'intérieur des établissements, est structurée en département, avec un chef de département par direction de santé publique. Cependant, au niveau légal, la structure hiérarchique des médecins spécialistes en médecine préventive varie par rapport aux autres spécialistes. Entre autres, le DSP est nommé par le Ministre. Dans l'actuel projet de loi, le « directeur de santé publique exerce, avec les adaptations nécessaires, les fonctions et responsabilités d'un directeur médical » (article 76) et « est également responsable de confier tout mandat au chef de département clinique de santé publique » (article 81). Ainsi, il y a donc apparence d'une structure hiérarchique relevant du ministère pour les équipes de santé publique dans les directions régionales. La particularité concernant la santé publique avec ce projet de loi est que le directeur médical pour la santé publique est nommé par le Ministre, contrairement au directeur médical de l'établissement qui est nommé par le PDG, soit par Santé Québec.

Avec les nouvelles fonctions qui seront dévolues aux directeurs médicaux, et la perte de pouvoirs et de prérogatives des CMDP, nous tenons à souligner la particularité des directions de santé publique à savoir la différence dans les pouvoirs/devoirs légaux du directeur de santé publique qui sont aussi cliniques (et devant ainsi cadrer avec le code de déontologie médicale) au plan populationnel, et ses responsabilités administratives découlant de son rôle de directeur médical nommé par le Ministre.

Comme nos collègues médecins s'étant déjà exprimés sur la question, nous tenons à souligner le danger d'instaurer dans tout le réseau une structure hiérarchique limitant grandement l'autonomie médicale en ce qui a trait à la prise de décision vis-à-vis des soins et services à apporter à un patient et une population. Avec la structure visée par le PL15,

les médecins semblent devoir être plutôt loyaux au directeur médical qu'à leurs patients et à la population.

Mesures disciplinaires

Comme toutes les autres spécialités médicales concernées, nous sommes perplexes quant aux mesures disciplinaires qui peuvent être prises à l'encontre de médecins s'ils ne respectent pas « d'exécuter entièrement, correctement et sans retard les obligations rattachées à la jouissance des privilèges ou tout autre non-respect des termes apparaissant à son acte de nomination » (article 221 alinéa 3). En effet, les mesures disciplinaires énoncées à l'article 224 peuvent aller de la réprimande à la révocation du statut et des privilèges. Ces dispositions, dont certaines étaient déjà présentes dans la loi actuelle, nous inquiètent d'autant plus que les relations entre directeur médical en santé publique et médecin en santé publique sont beaucoup plus étroites que dans les autres services hospitaliers d'un CISSS ou d'un CIUSSS, le DSP étant souvent un médecin spécialiste en santé publique, collègue de travail avec des liens professionnels autres que hiérarchiques et que le CMDP n'est plus présent comme tierce partie dans le processus de gestion des plaintes.

Cogestion médico-administrative

Ce mode de fonctionnement est courant et bien rodé dans les DRSP, le partenariat médecin-gestionnaire étant un atout éprouvé de longue date dans le milieu clinique, mais également en santé publique. Nous tenons ici à exprimer notre inquiétude par rapport aux possibles remises en question de cette cogestion au sein des services hospitaliers, y compris dans les directions de santé publique.

Place des omnipraticiens en santé publique

Une des autres particularités de la pratique médicale en santé publique est la diversité de ses médecins. Le corps médical des DRSP est composé de médecins spécialistes, mais également de nombreux médecins omnipraticiens dont l'expertise en santé publique s'est aiguisée au fil des années. En effet, même si les omnipraticiens n'ont pas la formation complète en santé publique médecine préventive, leurs pratiques ciblées dans un des domaines de santé publique (par exemple en maladies infectieuses, en promotion de la santé, en santé environnementale ou en santé au travail) sont indispensables et complémentaires à celles des médecins spécialistes. Nous tenons à souligner nos inquiétudes concernant les conditions de pratique annoncées pour les omnipraticiens dans le projet de loi et l'impact potentiel sur les ressources médicales des directions de santé publique qui ont déjà été grandement amputées d'omnipraticiens avec la réforme de 2015.

Offre additionnelle de services pour les médecins spécialistes

Le dernier point qui nous interpelle est en lien avec l'obligation des médecins spécialistes de participer à « l'offre additionnelle de services afin de répondre aux besoins excédentaires ponctuels » (article 201 alinéa 3). Nous appréhendons les impacts sur la pratique des médecins spécialistes en médecine préventive et nous nous questionnons quant aux modalités de sa possible mise en application pour notre spécialité. En effet, offrir des soins et services nécessite des compétences acquises pendant les formations spécialisées. Ainsi, il serait attendu que les services rendus par les médecins spécialistes en médecine préventive correspondent à leurs compétences.

RECOMMANDATIONS

- Que les pratiques de cogestion médico-administrative demeurent le mode de fonctionnement privilégié dans le système de santé et de services sociaux.
- Que les responsabilités du CMDP en matière de plaintes disciplinaires, mais également sur la qualité, les compétences, la nomination et le renouvellement des privilèges des médecins puissent être maintenues.

Identification de la place, des rôles et pouvoirs du DNSP, des DSP et de leurs médecins mandatés

À la lecture du PL15, nous nous interrogeons sur la volonté du Ministre d'intégrer les notions et la place de la santé publique dans ce projet de loi sur l'amélioration de l'accessibilité des soins à la population. L'objectif de repenser la santé publique et notamment l'organisation de la santé publique institutionnelle a été évoqué dans les suites de la pandémie. Ne pas faire mention de la place que pourraient avoir les interventions de santé publique dans l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé pour la population demeure curieux. Nous espérons donc un projet de loi futur concernant la refondation de la santé publique. Avec les éléments mentionnés dans l'actuel PL15, nous avons de la difficulté à comprendre la vision du Ministre sur la place de la structure de la santé publique au sein de Santé Québec, de même que la place et le rôle du directeur national de santé publique (DNSP). La réouverture de la *Loi sur la santé publique* et une réflexion annoncée sur la gouvernance de la santé publique, permettront sans doute, dans un second temps, de répondre à nos interrogations. Nous l'espérons, mais nous tenons ici à interpeller les membres de la commission parlementaire sur certains aspects qui sont soulevés par le présent projet de loi.

Nous tenons d'abord à saluer le fait que le Ministre maintienne pour les DSP certaines prérogatives dont notamment celles d'informer la population et de réintégrer la responsabilité du DSP de gérer le plan d'action régional ce qui renforce la capacité du directeur d'agir directement au niveau d'enjeux spécifiques à sa région.

La place des DRSP dans Santé Québec

La place des directions de santé publique dans les organigrammes des régions sociosanitaires n'est pas clairement identifiée. Les DRSP ne sont pas nommées comme faisant partie des services de santé et des services sociaux (article 3). De plus, dans l'article 40, sont mentionnés les lieux où sont concentrées les activités des établissements de Santé Québec, mais aucune mention n'est faite des DRSP où sont dispensées des activités de prévention de deuxième et troisième ligne. Il serait important pour nous de savoir au mieux où sont situées nos directions de santé publique et si elles sont situées dans des établissements de Santé Québec.

Lien hiérarchique entre DSP et DNSP

Selon l'article 74, la nomination des DSP des régions sociosanitaires se fera sur proposition de Santé Québec et sera validée par le Ministre qui « nomme une personne qui le représente au sein du processus de sélection d'un directeur de santé publique ». Ce représentant pourrait éventuellement être, à notre compréhension, un sous-ministre, comme le DNSP. Ainsi, le lien hiérarchique entre le politique et les DSP demeure dans l'actuel projet de loi.

Ce lien hiérarchique a d'ailleurs précédemment été soulevé dans un rapport à la demande de la Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) : « Il existe des directions régionales de santé publique, mais celles-ci sont sur le plan structurel comme des "succursales" du Ministère plutôt que des entités autonomes »¹². Toutefois, les DRSP sont, dans le projet de loi proposé, sous autorité de Santé Québec, ce qui pourrait prêter à confusion. La question des mandats qui incomberont aux DSP doit être au cœur de la réforme de la santé publique annoncée.

Place et rôle du DNSP

Nous espérons, au sortir de la pandémie de COVID, suite aux annonces des 50 mesures du plan santé, et au rapport de la CSBE Mme Castonguay, que le DNSP puisse être identifié comme moins relié au politique afin de lui « conférer l'indépendance et l'influence nécessaires à la réponse aux enjeux contemporains en matière d'amélioration, de surveillance, de prévention et de protection de la santé »¹³. Dans le présent PL15, rien n'est dit pour identifier clairement les modalités de nomination ou d'allégeance reliées au poste de DNSP, ni même dans quelle structure il sera amené à évoluer. De plus, « en vue d'améliorer la confiance du public et la performance des interventions en santé publique, le CSBE recommande de développer une culture de transparence en matière de politiques et décisions relatives à la santé des populations, ce qui implique que :

¹²https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/RapportAssociés/CSBE_Rapport-organisation-sante-publique-QC-hors-QC.pdf

¹³https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie1_SP.pdf

- Le directeur national de santé publique puisse rendre publics ses avis et recommandations, ainsi que leurs principales justifications ;
- Le gouvernement prévoit un processus qui permet la transparence des avis et recommandations provenant du directeur national et des experts de la santé publique ;
- Le gouvernement du Québec confie au directeur national de santé publique le mandat de rendre compte annuellement des résultats de ses réalisations découlant des recommandations qui précèdent, et plus particulièrement :
 - de l'analyse continue des risques ;
 - des processus et services de vigie et de dépistage ;
 - de l'application des normes nationales en PCI et du plan de rehaussement des normes actuelles ;
 - des résultats des grandes initiatives entreprises par le gouvernement pour améliorer et protéger l'état de santé de la population ;
 - du développement des compétences et des partenariats scientifiques du système de santé publique »¹⁴.

En maintenant un lien politique de subordination du DNSP avec le Ministre de la Santé, il paraît complexe de réinstaurer un lien de confiance entre la population et les avis de santé publique du DNSP. De plus, les prérogatives et missions du DNSP demeurent identiques : conseiller le gouvernement sur les enjeux de SP, gérer le plan national de santé publique, et informer la population à l'échelle provinciale.

L'opérationnalité des différents plans incombant à Santé Québec, le DNSP, qui à notre compréhension ne fait pas partie de l'organigramme de Santé Québec, mais de celui du MSSS, ne sera de facto plus en charge de l'opérationnalité du plan national de santé publique. Nous nous questionnons alors sur la nature des interactions qui auront cours entre les DSP qui eux relèveront de Santé Québec et le DNSP. Ceci mérite clarification, d'autant plus que le DNSP, dans l'ancienne loi et dans l'actuel projet de loi, conserve une autorité sur les DSP : « Un directeur de santé publique doit informer sans retard le directeur national de santé publique de toute situation d'urgence ou de toute situation mettant en danger la santé de la population » et « le directeur national de santé publique peut demander à un directeur de santé publique de lui rendre compte de décisions qu'il a prises ou d'avis qu'il a donnés en matière de santé publique dans l'exercice de ses fonctions » (article 78 et 79).

Les modalités de nomination et de remplacement des DSP ne sont pas, à notre avis, suffisantes pour garantir leur véritable latitude décisionnelle quant à la gestion des dossiers de santé publique inhérents à leur région. Plus spécifiquement, la gestion de la

¹⁴https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/RapportAssociés/CSBE_Rapport-organisation-sante-publique-QC-hors-QC.pdf

pandémie a mis en exergue des problématiques au sein du réseau public de santé et de sa structure avec certaines orientations des autorités qui n'étaient pas nécessairement en lien avec les mesures appropriées à implanter localement sur le terrain. Nous craignons que l'actuel projet de loi, tel que formulé, ne renforce ces problématiques plutôt que de les améliorer.

La nécessaire indépendance professionnelle, pour le bien-être des populations, incluant pour le DNSP et les DSP, d'être affranchis d'une fonction administrative, par exemple sous-ministre adjoint, qui les subordonne à un employeur envers qui ils doivent être loyaux plutôt qu'envers la population, permettra à la population de reprendre confiance envers les institutions de santé publique, confiance qui a été suffisamment éprouvée lors de la pandémie.

RECOMMANDATIONS

- Que les DRSP soient identifiés comme des services spécifiques de santé et de services sociaux et comme lieux où sont concentrés les activités de santé publique des établissements.
- Que le rôle et les missions du directeur national de santé publique, au sein de la structure du réseau de la santé, soient clarifiés afin qu'il soit en mesure de fournir ses avis de manière totalement indépendante et en toute transparence, et ce en temps opportun avec accessibilité à la population dès leur émission. Le lien hiérarchique du DNSP avec le Ministre de la Santé doit donc être cohérent pour atteindre ces objectifs et assurer la crédibilité de la santé publique et de ses professionnels.
- Que le lien hiérarchique entre les DSP et le DNSP, ainsi que les modalités d'autonomie décisionnelle qui seront allouées aux DSP dans l'exercice de leurs fonctions soient précisés.
- Que l'organisation du réseau de santé publique du Québec puisse jouir de l'indépendance professionnelle et scientifique, ce qui avait été mentionné lors des 50 mesures du plan santé.

Le rôle de l'INSPQ restreint à celui de conseiller du Ministre

Notre préoccupation ici est l'article 822 de l'actuel projet de loi qui vient modifier l'article 3 sur la *Loi de l'Institut national en santé publique du Québec* (INSPQ). La modification apportée identifie uniquement le Ministre et la régie régionale instituée pour les Cris et les Inuits comme étant bénéficiaires des services de l'INSPQ. Ainsi, à notre compréhension, Santé Québec, les établissements et les DRSP ne pourront plus bénéficier des prestations de l'INSPQ identifiées par la précédente loi.

Avec ce projet de loi, s'il est adopté tel quel, un palier supérieur administratif voit le jour : il faudra désormais attendre qu'une demande soit validée par le Ministre, avant d'être transmise à l'INSPQ. Ceci soulève certains enjeux en lien avec l'exhaustivité des dossiers traités. Cela signifie, pour nous, que les demandes de soutien en expertise qui seront formulées par les directions régionales de santé publique devront, au mieux, être autorisées chacune individuellement par le MSSS, être encadrées par une directive du ministère à cet effet ou, au pire, seront refusées. Ce nouveau palier semble donc aller à l'encontre de l'amélioration de l'agilité requise dans certaines situations de santé publique, comme nous avons pu le voir pendant la pandémie. Nous nous questionnons donc sur la portée que pourrait avoir la formulation de l'article 822 sur les DRSP, ou les médecins qui y exercent, quant à leur capacité de pouvoir interpeller l'INSPQ advenant une préoccupation locale.

De plus, le fait que les activités de l'INSPQ soient assujetties exclusivement à un accord ministériel risque d'entraîner une perte d'efficacité dans les interventions ; la rapidité de communication entre les recommandations et le terrain, comme on a pu le voir lors de la pandémie est un facteur crucial d'efficacité des interventions, comme l'a d'ailleurs souligné dans son rapport la CSBE¹⁵. De plus, dans un autre rapport, la commissaire relève que « le rapport entre les agences d'expertise (INSPQ et INESSS) et le politique est un véritable enjeu. La capacité de ces agences à fournir une information indépendante ou à promouvoir un débat sur les orientations à prendre est importante. Quelle est l'expertise et quelles sont les capacités dont disposent vraiment l'INSPQ et l'INESSS ? Quel est le niveau d'autonomie dont disposent les agences d'expertise au Québec dans le choix de leurs objets d'études et dans la formulation de leurs recommandations ? Jusqu'à quel point leurs activités, résultats de recherche et recommandations sont-ils dévoilés publiquement et font-ils l'objet d'un examen critique ? Quelle a été leur influence réelle sur les décisions qui ont été prises dans la réponse à la COVID-19 ? »¹⁶. Ainsi, les modalités mises en place comportent le risque d'aller à l'encontre de l'amélioration de la transparence et de la cohérence souhaitées par le Ministre en instaurant un plus grand contrôle sur les avis de l'INSPQ. De plus, ceci pourrait entraîner une remise en question par la population de l'indépendance scientifique de la santé publique et de l'expertise en santé publique si les missions et prérogatives de l'INSPQ se réduisent aux commandes ministérielles.

Les nouvelles dispositions sont aussi inquiétantes dans le sens où les laboratoires liés à l'INSPQ, soit le laboratoire de santé publique du Québec et le centre de toxicologie du Québec (LSPQ et CTQ), tous deux spécialisés, soutiennent directement les cliniciens et les établissements. Ceci représente un enjeu majeur, tant pour le LSPQ que le CTQ, qui

¹⁵https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie1_SP.pdf

¹⁶https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/RapportAssoci%C3%A9s/CSBE_Rapport-organisation-sante-publique-QC-hors-QC.pdf

prodiguent une expertise aux cliniciens en matière d'analyse, notamment des métaux lourds et divers autres toxiques retrouvés dans les milieux de travail ou environnementaux. Le fait que ces laboratoires soient sous mandat uniquement ministériel pourrait venir entraver l'accès à des outils diagnostiques précieux pour les cliniciens, voire entraver des possibilités de projets de recherche clinique qui devront avoir l'aval du MSSS pour pouvoir aboutir. En plus de pouvoir nuire à une prise en charge optimale de patients atteints de maladies liées au travail et/ou à l'environnement, ceci pose un enjeu de surveillance qui pourrait donner l'impression que les pathologies reliées sont en diminution compte tenu qu'elles ne seraient plus diagnostiquées, donc non déclarées. Dans le contexte actuel où les contaminants sont de mieux en mieux identifiés dans l'environnement, ceci pose un enjeu majeur de prévention. Nous espérons que les éléments reliés aux laboratoires spécialisés seront clarifiés dans le projet de loi pour assurer des corridors de services permettant de répondre aux besoins de la population.

Tout risque de dépendre de la commande politique entraîne un risque de perte d'indépendance de l'expertise scientifique. Nous craignons que les médecins qui exercent à l'INSPQ ne puissent jouir d'une autonomie décisionnelle suffisante et nécessaire pour pouvoir exercer leur mission de façon éthique et déontologique, traiter de sujets de santé publique qu'ils estiment importants, prioritaires ou essentiels par leur expertise professionnelle, et continuer à soutenir les DRSP et leurs médecins. Il faut donc clarifier les intentions du législateur quant à la mission de l'INSPQ afin qu'elle ne soit pas cantonnée à travailler sur des commandes ministérielles.

Les DRSP ont besoin de pouvoir compter sur l'expertise de l'INSPQ pour valider des données, mettre en place des revues de littérature, assurer un conseil scientifique et épidémiologique aux médecins et professionnels du terrain. En effet, les médecins, ainsi que les équipes, qui exercent en région n'ont parfois pas le temps, ni l'expertise requise pour certains sujets pointus. Les conseillers scientifiques de l'INSPQ peuvent entre autres couvrir tout le volet épidémiologique nécessaire à la prise de décision en santé publique.

RECOMMANDATION

- Que l'INSPQ, incluant ses laboratoires, puisse continuer de jouer son rôle d'expertise-conseil auprès de Santé Québec des DRSP, des populations et des organismes qui en feront la demande.

Conclusion

Nous soulignons la volonté du Ministre de vouloir améliorer le système de santé québécois et nous sommes tout à fait conscients que le système de santé, tel qu'il est actuellement, n'est pas viable à long terme.

Malgré l'objectif louable d'augmenter l'accessibilité aux soins et services, l'actuel projet de loi, s'il est adopté tel quel, pourrait avoir des effets à long terme préoccupants, en particulier sur l'augmentation des inégalités sociales de santé.

Nous comprenons qu'une solution rapide, mais pérenne, doit être trouvée afin de désengorger le système et de réduire les listes d'attente. Et nous savons que les actions de prévention n'ont pas d'impact visible à court terme. Cependant, tout miser sur un système curatif nous semble hasardeux pour viser une amélioration à long terme, considérant que le système de santé est beaucoup plus vaste que les services de premières et deuxième lignes et que différentes stratégies doivent être mises en place pour atteindre les objectifs d'un système de santé efficace. Entre autres, la prévention des maladies, la mise en place d'environnements favorables pour le maintien de saines habitudes de vie et la lutte contre les changements climatiques sont au cœur d'une vision de santé durable. Ainsi, la considération de la santé dans une dimension globale, indissociable de la santé animale et de la santé de l'environnement, de même que le concept de santé durable, devraient être intégrés dans le projet de loi sur la santé.

De plus, la santé des travailleurs de la santé, pilier d'un système de santé efficace, doit être une priorité du législateur, car représente un facteur déterminant de l'implantation réussie de ce projet de loi.

Un système de santé solide doit pouvoir miser sur une population la plus en santé possible afin de consacrer ses efforts sur les patients qui en ont besoin.

Nous trouvons donc dommage, dans un projet de loi qui se veut novateur, de négliger ou de ne pas accorder la place qu'elle doit prendre à la prévention des maladies, que le rôle et les prérogatives des acteurs de santé publique, quels qu'ils soient, ne soient pas mieux valorisés dans une santé publique forte et indépendante scientifiquement.

Un système de santé publique fiable, pouvant agir en toute autonomie scientifique, tout en conservant un lien de conseil du MSSS et des politiques, dont les actions sont orientées sur la réduction des inégalités sociales en santé, sur les enjeux climatiques, sur la

réduction des facteurs de risque populationnels permettra de contribuer à diminuer le fardeau et la pression qui est exercée sur le système de soins.

La priorité d'un tel projet de loi devrait être d'accéder à et de maintenir un état de santé suffisamment élevé de sa population pour promouvoir une prestation des services de santé, médicaux et sociaux, de qualité, pertinents et permettant d'éviter l'engorgement du système de soins curatifs : **le bon professionnel pour le bon patient au bon endroit.**

Pour finir, nous rappellerons la recommandation numéro 2 du CSBE dans son rapport *Le devoir de faire autrement, Partie 1 : Renforcer le rôle stratégique de la santé publique*¹⁷ :

EN VUE D'AMÉLIORER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, LE CSBE RECOMMANDE DE : PLACER LA SANTÉ PUBLIQUE AU CŒUR DES STRATÉGIES PRIORITAIRES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.

¹⁷ https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie1_SP.pdf