

RENFORCER LA SANTÉ PUBLIQUE
POUR RENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX PLUS EFFICACE



Mémoire présenté à la
Commission de la santé et des services sociaux
dans le cadre des consultations particulières sur
le projet de loi 15

Par les
Directrices et directeurs régionaux de santé publique du
Québec

MAI 2023

Le mémoire des directrices et directeurs régionaux de santé publique a été soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre des consultations particulières entourant l'étude du projet de loi 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.

Renforcer la santé publique pour rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.

Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux par les directrices et directeurs régionaux de santé publique du Québec.

Collaboration

Alain Poirier

André Dontigny

Brigitte Pinard

Donald Aubin

Eric Goyer

Isabelle Samson

Jean-Pierre Trépanier

Julie Loslier

Yv Bonnier-Viger

Liliana Romero

Lynda Thibeault

Marie-Josée Godi

Marie Rochette

Mylène Drouin

Richard Fachehoun

Stéphane Trépanier

Sylvain Leduc

Soutien de la Direction régionale de santé publique de Montréal

Rédaction : Mathieu Masse-Jolicoeur, Agent de planification, de programmation et de recherche

Révision linguistique : Marie-Ève Breton, Agente de planification, de programmation et de recherche.

Mise en page : Nabila Igoudjil, Technicienne en administration

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation du site Web : www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

© Direction régionale de santé publique de Montréal
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2023

ISBN 978-2-550-94743-1 (En ligne)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

Bibliothèque et Archives Canada, 2023

Les reproductions de ce texte, en tout ou en partie, sont autorisées à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	1
Les directrices et directeurs de santé publique	2
Table des sigles et acronymes	4
Liste des recommandations	5
Introduction.....	6
1. Agir en amont sur les déterminants de la santé de la population	8
2. Consolider l'expertise et la capacité des directions régionales de santé publique	10
3. Renforcer le rôle stratégique de la santé publique dans le système de services de santé et de services sociaux	13
Conclusion	18
Annexe.....	19
bibliographie.....	28

RÉSUMÉ

Les directrices et directeurs régionaux de santé publique (DRSP) souhaitent émettre des commentaires et des recommandations sur le projet de loi 15 (PL-15), Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.

Nous reconnaissons le travail important consacré à ce projet de loi 15 et désirons avant tout saluer l'intention du gouvernement de rendre plus efficace le système des services de santé et de services sociaux au bénéfice de la santé de la population québécoise. Ce mémoire rappelle le rôle complémentaire et essentiel de la santé publique au sein du système de services de santé et de services sociaux, à savoir celui de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de toute la population via ses fonctions essentielles que sont la surveillance, la promotion, la prévention et la protection. Ce faisant, elle permet d'éviter les maladies, les problèmes sociaux et les blessures et contribue à réduire le fardeau de la maladie qui incombe au système de services de santé et de services sociaux qui peut ainsi fonctionner harmonieusement, sans surcharge et de manière plus efficace.

Ce mémoire propose neuf recommandations de modifications dont vous retrouverez la liste sur la page suivante. En annexe, des formulations de libellés pour les articles de loi visés par les recommandations sont également proposées afin de faciliter le travail du législateur. Ces recommandations tiennent compte à la fois des besoins d'amélioration que la récente crise sanitaire a mis en lumière, mais également de ceux identifiés par une réflexion sur la pratique de santé publique des 30 dernières années au Québec.

LES DIRECTRICES ET DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE



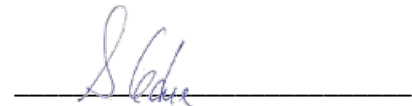
Dr Yv Bonnier Viger
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et des services
sociaux de la Gaspésie



Dr Julie Loslier
Directrice de santé publique
Centre intégré de santé et de services
sociaux de la Montérégie-Centre



Dre Liliana Romero
Directrice de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux
de Chaudière-Appalaches



Dr Sylvain Leduc
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de
services du Bas-Saint-Laurent



Dre Brigitte Pinard
Directrice de santé publique par intérim
Centre intégré de santé et de services sociaux
de l'Outaouais



Dre Marie-Josée Godi
Directrice de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et
de service sociaux de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec



Dr Stéphane Trépanier
Directeur de santé publique par intérim
Centre intégré de santé et de services sociaux
de l'Abitibi-Témiscamingue



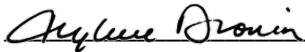
Dr Alain Poirier
Directeur de santé publique
Conseil Cri de la santé et
services sociaux Baie James



Dr Jean-Pierre Trépanier
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services
sociaux de Laval



Dre Lynda Thibeault
Directrice de santé publique
Centre intégré de santé et de services
sociaux de Lanaudière



Dre Mylène Drouin
Directrice régionale de santé publique
Centre intégré universitaire de santé _
et de services sociaux du
Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal



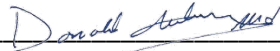
Dr Richard Fachehou
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services
sociaux de la Côte-Nord



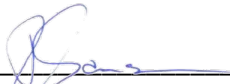
Dre Marie Rochette
Directrice de santé publique
Régie régionale de la santé et des services
sociaux du Nunavik



Dr Éric Goyer
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services
sociaux des Laurentides



Dr Donald Aubin
Directeur régional de santé publique _
Centre intégré universitaire de santé _
et de services sociaux du
Saguenay-Lac-Saint-Jean



Dre Isabelle Samson
Directrice de santé publique
Centre intégré universitaire de santé
et de services sociaux de l'Estrie



Dr André Dontigny
Directeur régional de santé publique
Centre intégré universitaire de santé
et de services sociaux de la Capitale-Nationale

TABLE DES SIGLES ET ACRONYMES

LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
PDG	Président-directeur général
DRSP	Direction régionale de santé publique
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
TCNSP	Table de coordination nationale de santé publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 : Réintroduire les articles 1 et 2 de la LSSSS dans le projet de loi 15 afin de garantir les fondements du système de santé et de services sociaux sur une définition positive de la santé, de prendre en compte les facteurs déterminants ayant un impact sur la santé des Québécoises et des Québécois et de clarifier l'imputabilité et les modalités de participation de la population.

Recommandation 2 : Préciser, dans les articles 3 et 40, les services régionaux spécialisés de santé publique.

Recommandation 3 : Garantir que les départements cliniques de santé publique garderont une assise régionale assurant ainsi une masse critique de ressources médicales spécialisées dans les régions, y compris celles qui sont multiétablissements.

Recommandation 4 : Assurer l'accès de Santé Québec à l'expertise de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), notamment afin de permettre aux directions de santé publique régionales de remplir leur mandat légal.

Recommandation 5 : Préciser l'intention du législateur au regard de la divulgation des informations confidentielles contenues dans les dossiers des usagers.

Recommandation 6 : Intégrer dans le projet de loi 15 une référence au chapitre IX de *la Loi sur la santé publique* pour les maladies à traitement ou à prophylaxie obligatoire.

Recommandation 7 : Établir un lien stratégique entre les directions de santé publique et les conseils d'établissements territoriaux afin de soutenir ces derniers dans leur compréhension des besoins populationnels et des particularités des communautés à considérer dans le déploiement des services de santé et services sociaux et des actions intersectorielles visant l'amélioration de la santé de la population.

Recommandation 8 : Assurer un positionnement stratégique de la santé publique en maintenant un lien d'autorité direct entre les directrices et directeurs régionaux de santé publique et les PDG des établissements territoriaux.

Recommandation 9 : Préciser les lignes d'autorité entre le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique, Santé Québec, les directrices et directeurs régionaux de santé publique et l'Institut national de santé publique du Québec, et identifier les mécanismes formels de coordination comme par exemple la Table de coordination nationale de santé publique.

INTRODUCTION

De la naissance jusqu'à la mort, les capacités d'agir des personnes évoluent et sont influencées par d'innombrables déterminants de la santé et du bien-être. Le système de services de santé et de services sociaux a la responsabilité d'intervenir lorsque la santé est compromise par la maladie, les problèmes sociaux ou les blessures, mais doit aussi offrir des actions de protection, de prévention et de promotion pour la santé et le bien-être tant au niveau des familles, des milieux de vie, que des communautés.

Les personnes sont généralement en santé et heureuses. Cet état de bien-être leur permet de créer, communiquer, apprendre, participer à la vie sociale et économique, etc. Ce qui détermine cet état d'être est complexe. Les déterminants de la santé et du bien-être¹ sont multiples et interreliés. Certains ne peuvent être modifiés mais la plupart peuvent l'être. Le rôle de la santé publique est d'abord de poser un diagnostic populationnel afin d'identifier les facteurs qui peuvent rendre les personnes ou populations malades ou blessées et de mettre en œuvre toutes les mesures probantes et adaptées au contexte d'implantation pour éliminer ou, si ce n'est pas possible, atténuer ces facteurs. Les principales stratégies d'intervention de la santé publique sont d'améliorer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés, de promouvoir et participer à la création d'environnements et politiques publiques favorables à la santé et au bien-être et d'assurer une équité d'accès aux services préventifs reconnus efficaces au sein des services de santé et les services sociaux².

Selon *la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS, Ch. S-4.2)*, les DRSP sont responsables dans leur région :

- D'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent [...] ;
- D'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection ;
- D'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller les CISSS/CIUSSS sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables ;
- D'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose [...].

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants*, [En ligne], Lien URL : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/cadre_conceptuel.pdf.

² Organisation mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, [En ligne], Lien URL : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>

La Loi sur la santé publique (LSP, Ch. S-2.2) établit, quant à elle, que le DRSP peut intervenir pour « prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population ».

La pandémie de COVID-19 a occasionné un stress intense inégalé sur tout le système des services de santé et de services sociaux. L'ampleur, la durée et l'intensité de la crise a mis à mal le système de santé. Depuis juin 2020, des travaux ont été exécutés afin de documenter les interventions et analyser les bons coups et aussi les limites des actions réalisées. Le projet de loi 15 déposé par le gouvernement vise notamment à répondre à ces multiples constats.

La pandémie a également agi comme révélateur de certaines zones d'amélioration pour la santé publique³. Nous souhaitons, par ce mémoire, contribuer à la réflexion sur un modèle de santé publique au Québec qui pourrait assurer une plus grande efficacité de nos interventions ainsi qu'une meilleure préparation aux prochaines urgences sanitaires qu'elles soient de nature infectieuse ou liées à d'autres aléas.

Nous proposons dans ce mémoire des réflexions et des recommandations sur le projet de loi 15 selon trois orientations : 1- Agir en amont sur les déterminants de la santé de la population, 2- Consolider l'expertise et la capacité des directions régionales de santé publique et 3- Renforcer le rôle stratégique de la santé publique dans le système de services de santé et de services sociaux. Les deux premières sections suggèrent des ajouts spécifiques au texte du projet de loi et proposent un nombre limité de recommandations. La dernière section propose de positionner la santé publique afin de lui garantir une capacité d'action sur les grands enjeux de santé publique contemporains et lui permettre de faire face aux prochaines urgences sanitaires.

³ Savoie, Dominique (2020). *Diagnostic de la coordination des activités de santé publique et de prévention et contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal. Constats et recommandations*, 46 page ; Commissaire à la santé et au bien-être (2022). *Le devoir de faire autrement*, Gouvernement du Québec, 102 p.; Kamel, Ghehane (2022). *Rapport d'enquête concernant 53 décès survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la première vague de la pandémie de la COVID-19 au Québec*, Bureau du coroner, no. 2020-EP00265-96, 200 p.; Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). *Une gouvernance renouvelée du réseau de la santé et des Services sociaux*, MSSS. 39 p.

1. AGIR EN AMONT SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

Le projet de loi 15 tel que déposé remplace *la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS, Ch. S-4.2)*, sauf pour les Inuits et les Naskapis qui en héritent et les Cris qui conservent leur propre loi (ch. S-5).

Depuis de nombreuses années, la santé n'est plus vue seulement comme l'absence de maladie, mais plutôt comme le maintien et l'amélioration des capacités physiques, psychiques et sociales des personnes afin de leur permettre d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer. La LSSSS, qui date de 1991, a intégré une définition positive de la santé qui dépasse le seul accès aux soins de santé et donne au ministre la responsabilité de maintenir et d'améliorer cette santé.

Les premiers articles de la LSSSS permettent ainsi de donner toute sa place à la santé publique en précisant les objectifs du système public de santé et des services sociaux, notamment agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions, ce qui peut aujourd'hui se lire comme un effort pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

Le projet de loi actuel met un accent compréhensible sur les approches individuelles de prestation de services au détriment de l'approche populationnelle mise de l'avant par la santé publique. Cette approche populationnelle faut-il le rappeler, explique 80% des bénéfices de santé qu'a connu le vingtième siècle. En effet, les améliorations au niveau des déterminants de la santé ont généré 25 années de gain quant à notre espérance de vie collective alors que cinq années seulement nous proviennent d'un meilleur accès et une meilleure qualité de services curatifs dans le dernier siècle⁴. Si le maintien de la notion de responsabilité populationnelle doit être salué, le texte du projet de loi pourrait aller plus loin pour garantir que le système de santé et de services sociaux soit fondé sur une définition de la santé positive et un lien explicite entre la santé des personnes et les déterminants.

Les premiers articles de la LSSSS donnent aussi la responsabilité de la santé de la population au ministre. Cette responsabilité, qui dépasse la simple prestation des soins,

⁴ Centers for Disease Control and Prevention (1999). « Ten great public health achievements--United States, 1900-1999 », *Morb Mortal Wkly Rep.*, no 48, vol.12, p.241-3 [En ligne], Lien URL : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00056796.htm>; Canadian Institute for Advanced Research, cité dans THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY (2001), *The Health of Canadians – The Federal Role*, vol. 1, p. 81.

nous apparaît déterminante pour assurer une société qui aspire à améliorer la santé de sa population et garantir sa prospérité à long terme. Affirmer cette responsabilité du ministre nous semble essentiel.

Recommandation 1 : Réintroduire les articles 1 et 2 de la LSSSS dans le projet de loi 15 afin de garantir les fondements du système de santé et de services sociaux sur une définition positive de la santé, de prendre en compte les facteurs déterminants ayant un impact sur la santé des Québécoises et des Québécois et de clarifier l'imputabilité et les modalités de participation de la population.

Les activités des directions de santé publique régionales se retrouvent dans le projet de loi actuellement à l'étude dans la catégorie « Services communautaires locaux ». Or, pour plusieurs de ces services, il s'agit en fait de services spécialisés, à savoir des services de 2^e et 3^e ligne, souvent effectué auprès de tiers, comme des services de réponse et d'évaluation aux problèmes environnementaux, des interventions en situation d'urgence sanitaire, des interventions en matière de prévention des risques en milieu de travail ou encore des services de protection pour les maladies à déclaration ou traitement obligatoire. Leur intégration dans les services communautaires locaux peut poser des défis en termes de compréhension des mandats et de gouvernance. Pour cette raison, nous recommandons de :

Recommandation 2 : Préciser, dans les articles 3 et 40, les services régionaux spécialisés de santé publique.

2. CONSOLIDER L'EXPERTISE ET LA CAPACITÉ DES DIRECTIONS RÉGIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE

Le champ de la santé publique dans notre société est essentiellement de faire croître les capacités d'agir des personnes et des communautés afin de construire un capital de santé et de bien-être collectif qui permet d'éviter les maladies et les blessures, dans la mesure où une grande partie de celles-ci sont effectivement évitables, et ainsi, de minimiser les investissements nécessaires aux soins. Elle y parvient via l'exercice des fonctions reconnues de santé publique que sont la surveillance de l'état de santé, la protection contre les risques biologiques, physiques et chimiques, la promotion de la santé et la prévention des problèmes sociaux, maladies et traumatismes.

Ces quatre fonctions sont indissociables et doivent nécessairement demeurer intégrées pour permettre la réalisation du mandat des directrices et directeurs de santé publique régionaux et la mise en place d'interventions et de programmes visant des problématiques complexes de santé publique et touchant des groupes de la population. L'article 76 du projet de loi 15 reconnaît que les autorités de santé publique déploient ces quatre fonctions essentielles.

L'article 76 du projet de loi ajoute à cette liste la gestion du plan d'action régional de santé publique, ce qui comprend l'organisation des services et l'allocation des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à l'accomplissement du mandat des DRSP tant au niveau régional que local. Les régions ayant toutes des caractéristiques différentes, l'organisation des services et des interventions de santé publique au niveau local doit être laissée à la discrétion des DRSP. Pour toutes ces raisons, l'article 76 du projet de loi 15 permet aux DRSP d'exercer pleinement leur mandat. Nous désirons saluer la vision du gouvernement.

Le projet de loi demeure par contre silencieux sur la répartition des effectifs médicaux de santé publique. En effet, alors que toutes les spécialisations médicales sont attitrées à des établissements territoriaux, nous réaffirmons l'importance des départements cliniques de santé publique et le rôle complémentaire du directeur régional de santé publique pour soutenir le directeur médical et le département régional de médecine spécialisée afin d'assurer une masse critique de médecins spécialistes en santé publique sur les différents territoires. Nous souhaitons ici réaffirmer l'importance d'une expertise régionale forte.

Recommandation 3 : Garantir que les départements cliniques de santé publique garderont une assise régionale assurant ainsi une masse critique de ressources médicales spécialisées dans les régions, y compris celles qui sont multiétablissements.

La santé publique s'articule depuis plus de 20 ans selon un partage des responsabilités entre les paliers national et régional qui s'exerce à travers un mécanisme de concertation et de coordination impliquant trois instances : le ministère de la Santé et des Services sociaux sous l'impulsion du Directeur national de santé publique, les directions régionales de santé publique et l'Institut national de santé publique. Chacun de ces acteurs joue un rôle spécifique : le ministère encadre et donne les orientations nationales, les directions régionales veillent à l'application des cadres et des orientations sur leur territoire et l'INSPQ fournit des conseils et une expertise scientifique.

Quelle que soit la configuration du dispositif de santé publique, les autorités de santé publique doivent pouvoir compter sur une expertise de troisième ligne en santé publique. Le développement de cette expertise de haut niveau et le transfert de connaissance constituent le mandat de l'Institut national de santé publique. Il est donc essentiel que l'ensemble des autorités de santé publique puissent bénéficier des services de l'INSPQ, comme c'est le cas actuellement. La modification apportée par le projet de loi 15 à la loi sur l'INSPQ doit donc être corrigée pour garantir cet accès.

Recommandation 4 : Assurer l'accès de Santé Québec à l'expertise de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), notamment afin de permettre aux directions de santé publique régionales de remplir leur mandat légal.

Les DRSP souhaitent attirer l'attention du législateur sur deux cas techniques que des modifications mineures au projet de loi 15 seraient en mesure de résoudre.

Dans un premier temps, la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (Recueil annuel des lois du Québec, 2023, chapitre 5), sanctionnée le 4 avril dernier, propose des dispositions qui remplacent les articles 17 à 28 de la LSSSS. L'article 19 de cette loi permettait entre autres la divulgation de renseignements confidentiels dans les dossiers des usagers pour l'application de la *Loi sur la santé publique*, notamment pour la réalisation des enquêtes de santé publique. Ces articles de la LSSSS encadrent également la communication des renseignements confidentiels dans d'autres circonstances. Dès lors, nous comprenons que les règles de divulgation des renseignements personnels établies par la nouvelle loi permettent aux autorités de santé publique de se reposer sur le paragraphe 8 de l'article 100 de la *Loi sur la santé publique* pour demander l'accès aux renseignements confidentiels lorsque nécessaire. En revanche, nous nous questionnons s'il n'y a pas ici des enjeux de cohérence au plan légal ou le risque d'une interprétation différente entre les différentes lois. Pour assurer la bonne tenue des enquêtes de santé publique, il serait important de réaffirmer que les renseignements contenus dans le dossier d'un usager puissent être communiqués dans le cas où le renseignement est nécessaire pour l'application de la *Loi sur la santé publique*.

Recommandation 5 : Préciser l'intention du législateur au regard de la divulgation des informations confidentielles contenues dans les dossiers des usagers.

Dans un deuxième temps, l'article 10 du projet de loi actuel interdit de soumettre une personne à des soins sans son consentement. Or, le chapitre IX de la *Loi sur la santé publique* établit un certain nombre d'exceptions où les traitements peuvent être obligatoires. Pour éviter tout contentieux dans l'application de la *Loi sur la santé publique*, une référence à ces maladies à traitement ou à prophylaxie obligatoire devrait donc être introduite dans le projet de loi 15.

Recommandation 6 : Intégrer dans le projet de loi 15 une référence au chapitre IX de la *Loi sur la santé publique* pour les maladies à traitement ou à prophylaxie obligatoire.

3. RENFORCER LE RÔLE STRATÉGIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LE SYSTÈME DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

À la lecture du projet de loi, l'intention du législateur semble claire : les directions de santé publique régionales sont formées par Santé Québec et relèvent donc de la nouvelle agence.

Cependant, le projet de loi 15 reste vague concernant l'architecture de la santé publique dans le nouveau contexte de Santé Québec. Quelle place les directions de santé publique prendront-elles dans leur région respective ? Et quels seront leurs liens avec le siège social de la nouvelle agence ? Ces questions demeurent sans réponse et seront probablement résolues par règlement une fois la loi adoptée.

La place et la gouvernance de la santé publique à l'intérieur de Santé Québec doit à notre avis être cohérente et mieux balisée dans l'actuel projet de loi. Dans cette section, nous proposerons, dans le respect de l'esprit du projet de loi, une série de réflexions et de propositions pour garantir le pouvoir d'agir des autorités de santé publique.

L'une des tendances très fortes observées dans les différents diagnostics des dernières années est de prioriser la proximité et la décentralisation. Plusieurs participants aux consultations particulières ont également fait valoir que cette volonté de décentralisation du gouvernement ne peut se limiter à créer des postes de gestionnaires de proximité. Il semble acquis que les établissements territoriaux obtiendront de nouvelles capacités et une gouvernance simplifiée.

Le remplacement des conseils d'administration par des conseils d'établissement ayant essentiellement un rôle aviseur est à la base de trois idées qui méritent d'être soulignées et détaillées.

D'abord, en termes de démocratie locale, il faut signaler que ces conseils d'établissement sont un recul par rapport à la situation précédente et nous nous inquiétons pour la capacité des établissements territoriaux d'établir des priorités en lien avec les besoins locaux. Nous pensons que le gouvernement aurait avantage à assurer dans le projet de loi une intégration des préoccupations et des besoins de la population dans les mécanismes de décisions des établissements allant au-delà des problèmes d'accès aux services de santé. Au cours des dernières années, les directions de santé publique ont déployé un grand nombre d'innovations afin d'intégrer le citoyen partenaire dans les réflexions de santé publique. Nous serions ravis de pouvoir partager nos expériences.

Ensuite, les DRSP notent que, pour la première fois, le milieu municipal sera appelé à jouer un rôle et à tisser des liens avec le système de la santé et des services sociaux. Dans plusieurs juridictions en Amérique de Nord, les fonctions de santé publique relèvent des compétences des villes. La fonction de promotion de la santé a fait en sorte que le milieu municipal est devenu un partenaire incontournable de la santé publique. En effet, bien souvent, les principaux leviers en région pour agir sur les déterminants de la santé sont de la responsabilité des municipalités. Nous voyons donc d'un bon œil ce nouveau lien entre des partenaires qui ont, chacun dans leurs champs de compétences, des capacités pour améliorer la santé de la population.

Enfin, nous notons que les conseils d'établissement auront, parmi leurs fonctions, de donner des avis sur des sujets comme : « les besoins sociosanitaires et les particularités des communautés composant la population desservie par l'établissement ». Par leurs fonctions de surveillance et de développement de connaissances sur les facteurs influençant la santé de la population, les directions de santé publique régionales sont exceptionnellement outillées pour appuyer les conseils d'établissement dans l'exercice de ce mandat.

Recommandation 7 : Établir un lien stratégique entre les directions de santé publique et les conseils d'établissements territoriaux afin de soutenir ces derniers dans leur compréhension des besoins populationnels et des particularités des communautés à considérer dans le déploiement des services de santé et services sociaux et des actions intersectorielles visant l'amélioration de la santé de la population.

La gestion de la pandémie a permis à la santé publique d'accroître sur la place publique sa crédibilité et sa légitimité et d'exercer un rôle stratégique majeur tant dans nos organisations que dans la société. La Commissaire à la santé et au bien-être, par exemple, recommandait dans son rapport de mettre la santé publique au cœur des stratégies du ministère de la Santé et des Services sociaux⁵. La valeur ajoutée de la santé publique a été largement comprise par la population, comme l'indiquent par exemple les taux de satisfaction envers les mesures de santé publique durant la pandémie⁶. La confiance de la société civile et les liens avec un très grand nombre de partenaires (centres de services scolaires, municipalités, organismes communautaires, services de garde éducatifs à l'enfance, etc.) sont autant de preuve que la santé publique a su assumer son rôle durant la crise sanitaire.

⁵ Commissaire à la santé et au bien-être (2022). *Le devoir de faire autrement*. Gouvernement du Québec, 102 p. [En ligne], lien URL : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat_CSBE-Rapport_final_Partie1_SP.pdf

⁶ INSPQ (2022). *COVID 19 – Sondage sur les attitudes et comportements des adultes québécois*, [En ligne], lien URL : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebecois>

En plus d'une position stratégique dans la société, la santé publique doit aussi maintenir des liens étroits avec l'organisation des services de santé et des services sociaux et asseoir sa légitimité dans ses organisations d'appartenance, soit les établissements territoriaux. La position de la santé publique dans les régions diffère parfois d'une région à l'autre, mais en général, durant la pandémie, des gains appréciables ont été observés et la plupart des directrices et directeurs régionaux de santé publique ont été rattachés directement au PDG de leur établissement. La santé publique et les établissements gagnent à avoir un lien direct. Les DRSP peuvent alors agir comme des aviseurs dans les actions en amont du continuum de soins et services et des leaders des actions intersectoriels du réseau. De plus, dans le cas des régions multiétablissements, le directeur régional de santé publique est partie prenante des instances de coordination régionales stratégiques.

Ce positionnement nécessaire, particulier à la santé publique, tient au programme-service ayant des activités transversales impliquant un grand nombre de directions cliniques des établissements, notamment les directions jeunesse, celles de santé mentale et plus récemment celles de la vaccination. L'exemple de l'urgence sanitaire a mis de l'avant le besoin de proximité entre les DRSP et les directions des établissements afin de permettre et faciliter la mobilisation des ressources des établissements, tel qu'encadré dans *la Loi sur la santé publique*.

Enfin, en lien avec le positionnement des directions de santé publique dans les établissements territoriaux et le déploiement du programme-service de santé publique, nous souhaitons mettre de l'avant deux préoccupations. Dans un premier temps, nous désirons rappeler que la situation des mandats régionaux à l'égard des établissements territoriaux, notamment dans le cas des régions multiétablissements, n'est pas simple et mériterait une attention particulière. Bien que nous comprenions à la lecture du projet de loi que rien ne soit appelé à changer, il serait pertinent de rappeler la difficulté d'assurer la prestation des services et la protection des ressources dans les programmes sous une autorité fonctionnelle⁷, notamment dans le contexte où les ressources humaines dans le réseau sont limitées. Les directions de santé publique reconnaissent le besoin de s'inscrire dans les chantiers de performance des établissements mais rappellent les limites inhérentes à l'autorité fonctionnelle. Avec leur expertise et fort de l'expérience de la pandémie, les DRSP sont les mieux outillés dans leur région pour mettre en place des améliorations liées à la performance de leur programme et privilégier l'approche multidisciplinaire préconisée dans le plan santé. Chaque région gagne à identifier les mécanismes d'autorité à privilégier pour rehausser la performance et la qualité des services.

⁷ INSPQ (2019). *Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance*, Gouvernement du Québec, 64 p.

Renforcer la santé publique

Pour rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

Dans un deuxième temps, les DRSP souhaitent aborder la question du cumul des régions pour les directeurs de santé publique. Bien que cette disposition légale existe déjà, il serait important de baliser cette disposition, afin de maintenir, le plus possible, un ancrage régional aux DRSP.

Recommandation 8 : Assurer un positionnement stratégique de la santé publique en maintenant un lien d'autorité direct entre les directrices et directeurs régionaux de santé publique et les PDG des établissements territoriaux.

La mission de la santé publique est vaste et complexe. Elle nécessite des ressources dédiées et une gouvernance adaptée à son besoin de mobiliser un grand nombre de partenaires afin de faire de la santé une priorité et d'y investir les ressources en conséquence. Elle interagit avec tous les secteurs de la société et tout autant avec des personnes qu'avec des communautés et des organisations publiques ou privées. Le mandat légal des DRSP leur donne d'importants leviers et leur assure une capacité de communiquer directement à la population. Cette capacité de donner des avis publics à la population, mais également de faire l'analyse et la gestion des risques et des évaluations d'impacts sur la santé est essentielle pour protéger la santé de la population et pour promouvoir des politiques publiques favorables à la santé. À notre avis, le fait que les directrices et directeurs de santé publique régionaux soient, dans le projet de loi, encore nommés par le ministre, sous recommandation de Santé Québec, leur assure une forte capacité d'action.

La possibilité pour les directions de santé publique régionales de construire en concertation des prises de position collectives a aussi été nommée comme une force de la santé publique. La structure permettant ces prises de position collectives, la table de coordination nationale de santé publique (TCNSP), en regroupant les trois acteurs de la santé publique, soit le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'INSPQ et les DRSP, est essentielle. Ceci étant, l'absence d'une reconnaissance formelle et légale de ce mécanisme de délibération entre les acteurs de santé publique a entraîné des défis dans la prise de décision concertée. Il serait donc avisé que la santé publique, au même titre que la protection de la jeunesse⁸, puisse s'appuyer sur la création d'une table de coordination nationale de santé publique, telle que celle effective depuis plus de 20 ans. Par exemple, il serait possible d'ajouter un article au présent projet de loi afin de proposer une clarification des processus de délibération, en nommant la TCNSP et en y associant les trois acteurs que sont le MSSS, l'INSPQ, et les DRSP et en y ajoutant Santé Québec. Notons enfin que la proposition dans le projet de loi actuel de permettre au directeur national de santé publique de questionner les DRSP sur les décisions qu'ils prennent, pourra aussi apporter un aspect de cohérence entre le DNSP et les directions de santé publique régionales.

Recommandation 9 : Préciser les lignes d'autorité entre le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique, Santé Québec, les directrices et directeurs régionaux de santé publique et l'Institut national de santé publique du Québec, et identifier les mécanismes formels de coordination comme par exemple la Table de coordination nationale de santé publique.

⁸ Loi sur la protection de la jeunesse, *Recueil des lois refondues du Québec*, Ch. P-34.1, art. 30.5 et 30.6.

CONCLUSION

Essentiellement, ce mémoire propose au législateur de redonner une place centrale à la prévention et l'action sur les déterminants de la santé au sein du système de santé et de services sociaux québécois et d'assurer une cohérence dans l'architecture des services de santé publique au niveau national, régional et local dans le but d'améliorer de façon durable la santé et le bien-être de la population du Québec. Il est possible d'obtenir cette cohérence en introduisant quelques notions importantes en lien avec l'approche populationnelle, en précisant clairement, à travers quelques amendements, la position des directions de santé publique régionales et les liens entre les différents acteurs de la santé publique, y compris la nouvelle agence, Santé Québec. En instituant les DRSP à l'intérieur même de Santé Québec, nous espérons que cette nouvelle gouvernance permettra l'exercice des fonctions essentielles de santé publique et la juste et adéquate prestation de services de santé publique inscrits au Programme national de santé publique et dans les plans d'action régionaux de santé publique.

ANNEXE

Les amendements qui suivent (en bleu dans la deuxième colonne) proposent des formulations pour les recommandations proposées dans le présent mémoire.

Article actuel	Article amendé	Commentaires
1. La présente loi a pour objet de mettre en place un système de santé et de services sociaux efficace, notamment en facilitant l'accès à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services. 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. Elle établit également des règles relatives à l'organisation et à la gouvernance des établissements qui permettent une gestion de proximité et favorisent une plus grande fluidité des services	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. La présente loi a aussi pour objet de mettre en place un système de santé et de services sociaux efficace, notamment en facilitant	L'article amendé réintroduit les articles 1 et 2 de la LSSSS sans modifier l'intention du législateur

	l'accès à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services. 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. Elle établit également des règles relatives à l'organisation et à la gouvernance des établissements qui permettent une gestion de proximité et favorisent une plus grande fluidité des services. Santé Québec veillera en particulier 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;	
2. Les services de santé et les services sociaux sont fournis par les établissements. Les établissements peuvent être soit publics, soit privés. La personne qui reçoit ces services d'un établissement est un usager.	2. Les services de santé et les services sociaux sont fournis par les établissements. Les établissements peuvent être soit publics, soit privés. La personne qui reçoit ces services d'un établissement est un usager. Les groupes de personnes, les populations, les institutions, les corporations et les entreprises qui reçoivent des services de santé publique sont des partenaires. Les dispositions de la présente loi qui s'appliquent aux usagers s'appliquent aussi aux partenaires avec les adaptations nécessaires.	Cet amendement introduit les notions de services à la population qui sont le propre des services de santé publique
3. Les services de santé et les services sociaux sont compris dans les ensembles suivants : 1° les « services communautaires locaux » : un ensemble de services de santé et de services sociaux courants offerts en première ligne et, lorsqu'ils sont destinés à la population d'un territoire desservi, de services de santé et de services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ainsi que d'activités de santé publique réalisées conformément aux dispositions prévues par <i>la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2)</i>; 2° les « services hospitaliers » : un ensemble de services diagnostiques et de soins médicaux généraux et spécialisés; 3° les « services d'hébergement et de soins de longue durée » : la fourniture d'un milieu de vie substitut, d'un ensemble de services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que de services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou	3. Les services de santé et les services sociaux sont compris dans les ensembles suivants : 1° les « services communautaires locaux » : un ensemble de services de santé et de services sociaux courants offerts en première ligne et, lorsqu'ils sont destinés à la population d'un territoire desservi, de services de santé et de services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion; 2° les « services de santé publique » : un ensemble de services inscrits dans le Programme national de santé publique et déclinés dans chaque région par un Plan d'action régional de santé publique tel que prescrit par le chapitre II de <i>la Loi sur la santé publique (S-2.2)</i>, modifié par les articles 937 à 947 de la présente loi; 3° les « services hospitaliers » : un ensemble de services diagnostiques et de soins médicaux généraux et spécialisés; 4° les « services d'hébergement et de soins de longue durée » : la fourniture d'un milieu de vie substitut, d'un ensemble de services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que de services de réadaptation,	Cet amendement redonne toute sa place à la santé publique, au PNSP et aux PAR.

psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage; 4° les « services de protection de la jeunesse » : un ensemble de services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de <i>la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1)</i> ou de <i>la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (Lois du Canada, 2002, chapitre 1)</i>, et de services en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption, de recherche des antécédents sociobiologiques et de retrouvailles; 5° les « services de réadaptation » : un ensemble de services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale destinés à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou de leur dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de soutien destinés à l'entourage de ces personnes.	psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage; 5° les « services de protection de la jeunesse » : un ensemble de services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (Lois du Canada, 2002, chapitre 1), et de services en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption, de recherche des antécédents sociobiologiques et de retrouvailles; 6° les « services de réadaptation » : un ensemble de services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale destinés à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou de leur dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de soutien destinés à l'entourage de ces personnes.	
10. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil.	10. <i>À l'exception des situations prévues au chapitre IX de la loi sur la santé publique (S-2.2)</i>, nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil.	Cet amendement tient compte des maladies à traitement ou à prophylaxie obligatoire

Renforcer la santé publique

Pour rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

19. Dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, le ministre détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application. Plus particulièrement, le ministre : 1° établit les politiques de santé et de services sociaux, voit à leur mise en œuvre et évalue celles-ci; 2° valorise l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, les innovations et les pratiques de pointe ainsi que le transfert des connaissances et veille à leur promotion; 3° détermine les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience quant aux services ainsi que celles relatives au respect des droits des usagers et au partenariat avec ces derniers et diffuse ces orientations auprès de Santé Québec et des établissements de celle-ci; 4° détermine les orientations, les cibles et les standards du régime d'examen des plaintes des usagers; 5° s'assure de la reddition de comptes de la gestion du réseau de la santé et des services sociaux en fonction de ses orientations et apprécie et évalue les résultats en matière de santé et de services sociaux	19. Dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, le ministre détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application. Plus particulièrement, le ministre : 1° établit les politiques de santé et de services sociaux, voit à leur mise en œuvre et évalue celles-ci; 2. conseille le gouvernement et soutient la collaboration interministérielle en faveur de la santé et du bien-être; 3° valorise l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, les innovations et les pratiques de pointe ainsi que le transfert des connaissances et veille à leur promotion; 4° détermine les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience quant aux services ainsi que celles relatives au respect des droits des usagers et au partenariat avec ces derniers et diffuse ces orientations auprès de Santé Québec et des établissements de celle-ci; 5° détermine les orientations, les cibles et les standards du régime d'examen des plaintes des usagers; 6° s'assure de la reddition de comptes de la gestion du réseau de la santé et des services sociaux en fonction de ses orientations et apprécie et évalue les résultats en matière de santé et de services sociaux	Cet amendement donne au ministre de la Santé et des Services sociaux la responsabilité des actions interministérielles en lien avec la santé
40. Pour l'application de la présente loi, tout lieu où sont concentrées les activités d'un établissement de Santé Québec nécessaires à la prestation de l'ensemble de services visé à chacun des paragraphes suivants est un centre dont l'appellation est celle prévue à ce paragraphe : 1° les services communautaires locaux : « centre local de services communautaires »; 2° les services hospitaliers : « centre hospitalier »;	40. Pour l'application de la présente loi, tout lieu où sont concentrées les activités d'un établissement de Santé Québec nécessaires à la prestation de l'ensemble de services visé à chacun des paragraphes suivants est un centre dont l'appellation est celle prévue à ce paragraphe : 1° les services communautaires locaux : « centre local de services communautaires »; 2° les services de santé publique : « direction régionale de santé publique »;	Cet amendement précise le lieu de concentration des activités de santé publique

Renforcer la santé publique

Pour rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

3° les services d'hébergement et de soins de longue durée : « centre d'hébergement et de soins de longue durée »; 4° les services de protection de la jeunesse : « centre de protection de l'enfance et de la jeunesse »; 5° les services de réadaptation : « centre de réadaptation ». Une activité nécessaire à l'une de ces prestations, lorsqu'elle est exercée à l'extérieur du lieu où sont concentrées les autres activités nécessaires à la même prestation, est considérée être exercée en ce lieu.	3° les services hospitaliers : « centre hospitalier »; 4° les services d'hébergement et de soins de longue durée : « centre d'hébergement et de soins de longue durée »; 5° les services de protection de la jeunesse : « centre de protection de l'enfance et de la jeunesse »; 6° les services de réadaptation : « centre de réadaptation ». Une activité nécessaire à l'une de ces prestations, lorsqu'elle est exercée à l'extérieur du lieu où sont concentrées les autres activités nécessaires à la même prestation, est considérée être exercée en ce lieu.	
73. Une direction de santé publique doit être formée pour chaque région sociosanitaire. Santé Québec doit, à l'égard de chacune de ces directions : 1° assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels obtenus dans l'exercice de ses fonctions; 2° organiser les services et allouer les ressources pour l'application du plan d'action régional de santé publique prévu par la Loi sur la santé publique.	73.1. Une direction de santé publique, gérée par un directeur régional de santé publique, doit être formée pour chaque région sociosanitaire. Santé Québec doit, à l'égard de chacune de ces directions : 1° assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels obtenus dans l'exercice de ses fonctions; 2° organiser les services et allouer les ressources au directeur régional de santé publique pour l'application du plan d'action régional de santé publique prévu par <i>la Loi sur la santé publique</i>. 73.2. Santé Québec crée une Table nationale de coordination de santé publique. Présidée par le directeur national de santé publique nommé à l'article 74.1, cette table réunit les directeurs régionaux de santé publique, les responsables ministériels de la santé publique et les responsables de l'Institut national de santé publique. La TCNSP peut créer des tables thématiques et d'autres comités au besoin.	Cet amendement précise la responsabilité et l'imputabilité des Directrices et des directeurs régionaux de santé publique à l'égard du plan d'action régional et officialise la création de la TCNSP comme mécanisme de coordination national. Elle donne aussi à la TCNSP le droit de créer des tables thématiques et de former d'autres comités.
75. Le ministre peut, si un directeur de santé publique est empêché d'agir, s'il commet une faute grave ou s'il tolère une situation susceptible de mettre en danger la santé de la population, confier, pour le temps et aux conditions qu'il juge appropriées, les fonctions et pouvoirs dévolus	75. Le ministre peut, si un directeur régional de santé publique est empêché d'agir, s'il commet une faute grave ou s'il tolère une situation susceptible de mettre en danger la santé de la population, confier, pour le temps et aux conditions qu'il juge appropriées, les fonctions et pouvoirs dévolus à ce directeur à	Cet amendement s'assure qu'en cas de remplacement d'une DRSP, ce soit une médecin spécialiste en santé publique et médecine

Renforcer la santé publique

Pour rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

à ce directeur à un autre directeur de santé publique, au directeur national de santé publique nommé en vertu de <i>la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2)</i> ou à un médecin qu'il désigne. Il avise aussitôt le président et chef de la direction et le conseil d'administration de Santé Québec de sa décision.	un autre directeur régional de santé publique, au directeur national de santé publique nommé en vertu de l'article 74.1 ou à un médecin titulaire d'un certificat de spécialiste en santé publique et médecine préventive qu'il désigne. Il avise aussitôt le président et chef de la direction et le conseil d'administration de Santé Québec de sa décision.	préventive qui assure le remplacement.
76. Un directeur de santé publique est responsable pour sa région : 1° de gérer le plan d'action régional de santé publique prévu par <i>la Loi sur la santé publique</i> ; 2° d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou des recherches nécessaires à cette fin; 3° d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection; 4° d'assurer une expertise en santé publique et de conseiller Santé Québec sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable; 5° d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il l'estime approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action. Un directeur de santé publique est également responsable de confier tout mandat au chef de département clinique de santé publique. Un tel directeur exerce, en outre, toute autre fonction qui lui est confiée par <i>la Loi sur la santé publique</i> .	76. Un directeur régional de santé publique est responsable pour sa région : 1° de gérer le plan d'action régional de santé publique prévu par <i>la Loi sur la santé publique</i> et les ressources nécessaires à sa mise en application aux niveaux régional et local ; 2° d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou des recherches nécessaires à cette fin; 3° d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection; 4° d'assurer une expertise en santé publique et de conseiller Santé Québec sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable; 5° d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il l'estime approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action. Un directeur régional de santé publique est également responsable de confier tout mandat au chef de département clinique de santé publique. Un tel directeur exerce, en outre, toute autre fonction qui lui est confiée par <i>la Loi sur la santé publique</i> .	Cet amendement précise que la Directrice régionale de santé publique est responsable de la gestion des ressources nécessaires à la mise en application du PAR aux niveaux régional et local.

Renforcer la santé publique

Pour rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

93. Santé Québec voit à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires. Elle établit des mécanismes d'allocation des ressources afin de permettre aux établissements de gérer les enveloppes budgétaires qui leur sont allouées.	93. Santé Québec voit à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux en fonction des populations à desservir, des caractéristiques géographiques du territoire à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires. Elle établit des mécanismes d'allocation des ressources afin de permettre aux établissements de gérer les enveloppes budgétaires qui leur sont allouées.	Cet amendement permet de moduler les règles budgétaires en tenant compte des particularités des territoires comme leur étendue, leur insularité, leur isolement relatif, etc. en plus de la démographie et des considérations sociosanitaires.
195. Le président-directeur général d'un établissement élabore et soumet au président et chef de la direction de Santé Québec un plan des effectifs médicaux et dentaires. Il y précise les éléments suivants : 1° le nombre de médecins de famille, de médecins spécialistes, par spécialité, ainsi que de dentistes généralistes et de dentistes spécialistes qui peuvent y exercer leur profession en précisant le département clinique ou le service dont chacun d'eux fait partie; 2° la répartition du nombre de ces professionnels pour chacune des installations où s'exercent des activités de l'établissement ou par groupement d'installations déterminé par le président et chef de la direction. Dans l'élaboration du plan, le directeur médical doit consulter le chef de chacun des départements cliniques où sont offerts des services spécialisés ou surspécialisés. Il doit, en outre, tenir compte des objectifs prévus au deuxième alinéa de l'article 29, de l'acte d'institution de l'établissement et des objectifs de croissance et de décroissance visés à l'article 407.	195. Le président-directeur général d'un établissement soumet au président et chef de la direction de Santé Québec un plan des effectifs médicaux et dentaires élaboré par le directeur médical. Il y précise les éléments suivants : 1° le nombre de médecins de famille, de médecins spécialistes, par spécialité, ainsi que de dentistes généralistes et de dentistes spécialistes qui peuvent y exercer leur profession en précisant le département clinique ou le service dont chacun d'eux fait partie; 2° la répartition du nombre de ces professionnels pour chacune des installations où s'exercent des activités de l'établissement ou par groupement d'installations déterminé par le président et chef de la direction. Dans l'élaboration du plan, le directeur médical doit consulter le chef de chacun des départements cliniques où sont offerts des services spécialisés ou surspécialisés. Il doit, en outre, tenir compte des objectifs prévus au deuxième alinéa de l'article 29, de l'acte d'institution de l'établissement et des objectifs de croissance et de décroissance visés à l'article 407.	Cet amendement précise les rôles respectifs des PDG et des directeurs médicaux au regard des PEMD.
822. L'article 3 de la <i>Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (chapitre I-13.1.1)</i> est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « les agences visées par la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)</i> » par « la régie régionale	822. L'article 3 de la <i>Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (chapitre I-13.1.1)</i> est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « les agences visées par la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)</i> » par	Cet amendement redonne à l'INSPQ la responsabilité de répondre aux demandes des autorités nationales et régionales de santé publique

instituée en vertu de <i>la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuits et les Naskapis (chapitre S-4.2)</i> ».	« le Directeur national de santé publique, Santé Québec, les directrices et directeurs régionaux de santé publique et la régie régionale instituée en vertu de <i>la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)</i> ».	
---	---	--

BIBLIOGRAPHIE

Canadian Institute for Advanced Research, cité dans THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY (2001), *The Health of Canadians – The Federal Role*, vol. 1, p. 81.

Centers for Disease Control and Prevention (1999). « Ten great public health achievements--United States, 1900-1999 », *Morb Mortal Wkly Rep.*, no 48, vol.12, p.241-3 [En ligne], Lien URL : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00056796.htm>.

Commissaire à la santé et au bien-être (2022). *Le devoir de faire autrement*, Gouvernement du Québec, 102 p. [En ligne], lien URL : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie1_SP.pdf.

INSPQ (2019). *Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance*, Gouvernement du Québec, 64 p.

INSPQ (2022). *COVID 19 – Sondage sur les attitudes et comportements des adultes québécois*, [En ligne], lien URL : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebécois>.

Kamel, Ghehane (2022). *Rapport d'enquête concernant 53 décès survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la première vague de la pandémie de la COVID-19 au Québec*, Bureau du coroner, no. 2020-EP00265-96, 200 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants*, [En ligne], Lien URL : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/cadre_conceptuel.pdf.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). *Une gouvernance renouvelée du réseau de la santé et des Services sociaux*, MSSS. 39 p.

Organisation mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, [En ligne], Lien URL : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>.

Savoie, Dominique (2020). *Diagnostic de la coordination des activités de santé publique et de prévention et contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal. Constats et recommandations*, 46 p.

