

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU DROIT DE LA PROTECTION DE LA SANTE PUBLIQUE AU QUEBEC

Louise Lussier

Volume 18, numéro 1, 1987

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1108714ar>

DOI : <https://doi.org/10.17118/11143/19880>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke

ISSN

0317-9656 (imprimé)

2561-7087 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lussier, L. (1987). CONTRIBUTION A L'ETUDE DU DROIT DE LA PROTECTION DE LA SANTE PUBLIQUE AU QUEBEC. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 18(1), 113-137. <https://doi.org/10.17118/11143/19880>

Résumé de l'article

L'étude du droit de la protection de la santé publique au Québec pourrait susciter un certain intérêt avec l'apparition récente de nouvelles maladies (comme le SIDA) présentant des menaces à la santé de la population. Après avoir indiqué les grandes lignes de son évolution, notamment dans ses aspects constitutionnels, l'auteure analyse l'actuelle *Loi sur la protection de la santé publique* régissant les interventions des autorités sanitaires. Sont ainsi constatées des lacunes importantes au chapitre de leurs pouvoirs et des moyens de protection, d'où la nécessité d'apporter des modifications législatives pour les rendre plus efficaces.

Articles

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU DROIT DE LA PROTECTION DE LA SANTE PUBLIQUE AU QUEBEC

par Louise LUSSIER*

L'étude du droit de la protection de la santé publique au Québec pourrait susciter un certain intérêt avec l'apparition récente de nouvelles maladies (comme le SIDA) présentant des menaces à la santé de la population. Après avoir indiqué les grandes lignes de son évolution, notamment dans ses aspects constitutionnels, l'auteure analyse l'actuelle Loi sur la protection de la santé publique régissant les interventions des autorités sanitaires. Sont ainsi constatées des lacunes importantes au chapitre de leurs pouvoirs et des moyens de protection, d'où la nécessité d'apporter des modifications législatives pour les rendre plus efficaces.

The study of public health law in Quebec could generate more interest considering that new diseases (such as AIDS) are threatening the public health. After a brief historical survey of its constitutional background, the author comments on the legal framework now provided by the Public Health Protection Act for the intervention of public health authorities. A number of problems are then identified as to the limits of their powers and of the protective measures, showing therefore a need for legislative reform.

*. Avocate et professeure à la Faculté de droit, Université de Sherbrooke.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.	115
I- Le développement du champ d'étude	116
1- Les premières mesures de gouvernement local (1850-1920)	116
2- L'implication du gouvernement provincial (1920-1960).	117
3- Le partage fédéral-provincial (1960-1970).	118
4- Les tendances récentes (1970-1987)	119
II- La dynamique du système de protection de la santé publique	122
1- La lutte contre les maladies transmissibles.	123
- les actions visant l'ensemble de la population	124
- les actions visant l'individu	128
2- La surveillance de l'état de santé de la population.	131
- le processus de la déclaration.	132
- le suivi de la déclaration.	135
CONCLUSION	136

INTRODUCTION

Le droit de la protection de la santé publique correspond à cette frange du droit public sanitaire qui se caractérise par l'intervention de l'Etat au nom de l'ordre public pour contrer les menaces à la santé de la population; les aspects de droit privé demeurent somme toute assez limités. Les règles, d'origine législative, pour la plupart, ont d'abord traduit les préoccupations des autorités concernant l'hygiène et la salubrité et ont été, depuis lors, adaptées à des perspectives plus larges de promotion et de protection de la santé.

Il est remarquable que le droit de la protection de la santé publique, en dépit de l'arsenal législatif déployé depuis la fin du XIXe siècle, suscite aussi peu d'intérêt pour son étude¹. Pourtant, il s'agit d'un vaste domaine qui connaît un développement révélateur de tendances sociales mouvantes et évolutives; c'est ainsi que l'on pourrait identifier la discussion des droits constitutionnels comme une manifestation actuelle de ces tendances. Ce domaine englobe tant, qu'il devient difficile de le définir et de le délimiter.

En effet, le droit de la protection de la santé publique pourrait s'étendre sur un spectre allant des mesures pour la protection de l'environnement, jusqu'aux mesures de prophylaxie des maladies infectieuses, en passant par les mesures de santé et de sécurité au travail et celles de la qualité des aliments. Faut-il s'en étonner? Non, puisque l'histoire enseigne qu'au point de départ, ces mesures visaient un ensemble d'activités dont la complexité grandissante a nécessité, par la suite, une diversification des normes et une fragmentation des responsabilités.

Au terme d'une évolution récente, la réalité contemporaine du droit québécois de la protection de la santé publique semble limitée

-
1. Mis à part quelques passages dans l'ouvrage de A. LAJOIE, P.A. MOLINARI et J.M. AUBY, *Traité de droit de la santé et des services sociaux*, P.U.M., Montréal, 1981, et quelques références d'auteurs à la notion de protection de la santé publique, le Québec, non plus que le Canada, ne connaissent d'étude sur le sujet. En contraste, les Etats-Unis y ont de longue date consacré plusieurs écrits: voir, entre autres, F.P. GRAD, *Public Health Law*, in MAXCY-ROSENAU, *Public Health and Preventive Medicine*, Appelon-Century-Crafts, Norwalk, 1986.

à l'application de la *Loi sur la protection de la santé publique* (L.R.Q., c. P-35). On verra dans un premier temps les étapes du développement du champ d'étude du droit de la protection de la santé publique au Québec. Dans un deuxième temps, on examinera le système de santé publique actuellement en place dans ses structures et ses grands axes d'actions.

I- Le développement du champ d'étude

On peut identifier quatre grandes étapes d'inégale durée dans le développement du droit de la protection de la santé publique: 1- les premières mesures de gouvernement local (1850-1920); 2- l'implication du gouvernement provincial (1920-1960); 3- le partage fédéral-provincial (1960-1970); 4- les tendances récentes (1970-1987).

1- Les premières mesures de gouvernement local (1850-1920)

Les grandes épidémies ont depuis toujours frappé l'imagination populaire et ont nécessité d'abord la mise en oeuvre de mesures ponctuelles de lutte pour enrayer le fléau, puis l'introduction de mesures plus ou moins efficaces de salubrité et d'hygiène. Il faudra attendre le milieu du dix-neuvième siècle pour percevoir avec l'essor urbain le développement d'une organisation améliorée visant le contrôle des épidémies, par l'immunisation notamment, au fur et à mesure des progrès scientifiques.

Ce qui frappe à cette époque, dans les sociétés en voie d'industrialisation, comme au Canada, c'est le poids du fardeau laissé aux municipalités. Celles-ci, sur la base du pouvoir de police suivant la *common law*², vont en effet fournir les premiers efforts de la lutte contre la variole, qui constitue la principale menace, à travers leurs conseils locaux de santé. Les municipalités vont ainsi établir des hôpitaux de quarantaine, délivrer des ordres de mise en isolement et adopter des mesures diverses pour protéger la santé sur leur territoire.

2. Les municipalités, suivant la tradition britannique, sont, à titre de gouvernement local, investies d'une compétence locale générale qualifiée de pouvoir de police: voir J. L'HEUREUX, *Droit municipal québécois*, 2 tomes, Wilson et Lafleur, 1984, t.2, p. 353.

Quant aux autorités fédérales et provinciales, leurs interventions demeurent timides³, la *Loi constitutionnelle de 1867* se référant de façon assez sommaire à la santé⁴. Ainsi, le gouvernement fédéral se limite à prendre certaines mesures découlant de ses compétences à l'égard des aubains (étrangers), de l'immigration et des hôpitaux de marine. Le gouvernement provincial, en versant des subsides aux municipalités et en leur adressant des directives sous l'impulsion du Conseil d'hygiène⁵, demeure en arrière-plan. Mais, dès ce moment, sa compétence en matière de santé se voit clairement confirmée aux fins de coordonner et de supporter les activités sanitaires locales⁶. Toutefois, cette situation devait évoluer.

2- L'implication du gouvernement provincial (1920-1960)

A partir des années 1920, l'on observe au Québec, et davantage que dans les autres provinces, un transfert des responsabilités vers les autorités provinciales, d'abord avec la structuration d'un service, puis la création, en 1936, d'un premier ministère de la santé⁷. Cette arrivée, bien que discutée quant à l'opportunité d'une prise en charge par les pouvoirs publics, n'a pas suscité de contestation

-
3. On pourra lire à ce sujet l'article de A. LAJOIE et P.A. MOLINARI, «Partage constitutionnel des compétences en matière de santé au Canada» (1978) *R. du B. can.* 579-602.
 4. C'est sur la base de l'article 91 paragraphe 11, «la quarantaine, l'établissement et le maintien des hôpitaux de marine» que s'exerce la compétence fédérale et sur la base de l'article 92, paragraphe 7, «l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asile, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine», de même que sur «les matières d'une nature locale ou privée» mentionnées au paragraphe 16 que se justifient les attributions provinciales.
 5. La première loi québécoise, *Acte pour établir une commission provinciale d'hygiène et pour d'autres fins concernant la santé publique*, S.Q. 1866, c. 30, coïncide du reste avec la grande épidémie de variole de 1885-1886.
 6. On pourra se référer à la décision dans l'affaire *La municipalité de village de Saint-Louis du Mile End v. La cité de Montréal*, (1886) 2 M.L.R.S.C. 218 et (1886) 12 Q.L.R. 303 (B.R.), amplement commentée dans LAJOIE et MOLINARI, *loc. cit.*, note 3, pp. 581-585.
 7. *Loi pourvoyant à l'organisation d'un département de la Santé*, S.Q. 1936. c. 29.

judiciaire. Sont alors mis sur pied des programmes de vaccination et de dépistage à l'échelle provinciale ainsi que des programmes de salubrité. L'exécution de ces mesures adoptées en vertu de la *Loi d'hygiène publique* (S.R.Q. 1925, c. 186) continue d'être assumée par les municipalités dans les territoires urbains, et est prise en charge par les unités sanitaires nouvellement créées dans les zones rurales⁸.

Pendant ce temps, le gouvernement fédéral diversifie ses interventions indirectes dans le domaine de la santé provoquant des litiges judiciaires au terme desquels le pouvoir du fédéral sera reconnu sur la base de sa compétence en matière de droit criminel et de sa compétence relative à la paix, à l'ordre et au bon gouvernement⁹.

3- Le partage fédéral-provincial (1960-1970)

Plus récemment, dans les années 1960, l'instauration de systèmes de financement des soins hospitaliers et médicaux de même que l'amélioration des conditions d'hygiène sous la poussée de l'urbanisation viennent préfigurer le réseau sanitaire actuel. Les préoccupations relatives à la protection de la santé publique se modifient tout en s'atténuant.

Sur le plan constitutionnel, on assiste de plus en plus à la signature d'ententes fédérales-provinciales dans le domaine de la santé redistribuant, en vertu du pouvoir fédéral de dépenser, le partage des compétences entre chaque niveau de gouvernement. Comme l'écrivent Lajoie et Molinari:

«S'il faut en terminant caractériser le partage des com-

-
8. *Loi concernant les unités sanitaires*, S.Q. 1933, c. 74.
 9. Sur la portée des paragraphes introductifs et 27 de l'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867*, dans le domaine de la santé, voir *Standard Sausage Co. v. Lee, Proctor v. Standard Sausage Co.*, (1933) 4 D.L.R. 501. Cette décision se situe dans une période fertile d'interprétation judiciaire du partage des compétences constitutionnelles comme l'analysent LAJOIE et MOLINARI, *loc. cit.*, note 3, pp. 586-590. Cette décision sera réaffirmée dans *R. v. Wetmore et al.*, (1983) 49 N.R. 286, concernant encore la *Loi sur les aliments et drogues*, S.R.C. 1970, c. F-27.

pétences constitutionnelles en matière de santé, nous le résumerons à deux grands traits.

Tout d'abord les dispositions expresses du texte constitutionnel sont limitées et ne recouvrent que partiellement le champ. Ce sont les tribunaux et plus tard la pratique constitutionnelle qui ont spécifié jusqu'à un certain point le partage des compétences.

D'autre part, les interventions récentes, sous formes d'ententes fédérales-provinciales, n'ont pas fait l'objet de décisions judiciaires; elles prétendent tenir leur justification du pouvoir général de dépenser. Elles nous paraissent impossibles à justifier sur le plan de la constitutionnalité, et se situent donc non seulement en marge des tribunaux, mais en marge du droit.»¹⁰

Quoi qu'il en soit de leur validité, il est remarquable de constater l'impact de ces ententes sur la réforme administrative du secteur de la santé et, par ricochet, sur l'organisation de la protection de la santé publique.

4- Les tendances récentes (1970-1987)

Quand, en 1972, la *Loi sur la protection de la santé publique* remplace la *Loi de l'hygiène publique*, elle ne vise plus que les maladies transmissibles¹¹. Les sections de l'ancienne loi traitant de la salubrité ajoutées aux nouvelles mesures de protection de l'environnement vont se retrouver de manière éparse dans certaines lois touchant les municipalités, mais également de manière plus élaborée dans la *Loi sur la qualité de l'environnement*¹².

10. Voir *loc. cit.*, note 3, p. 602.

11. *Loi de la protection de la santé publique*, L.Q. 1972, c. 42, remplaçant la *Loi de l'hygiène publique*, S.R.Q. 1964, c. 161. D'autres parties de la Loi traitent des permis d'ambulance, des déclarations de naissance, de décès et de mariage, etc., plus éloignées de la santé publique proprement dite.

12. L.R.Q., c. Q-2. Il est remarquable néanmoins de voir à quel point la protection de l'environnement rend compte de préoccupations relatives à la santé sans que l'on prévoit toutefois les mécanismes de consultation intersectorielle. On a pu encore le constater récemment lors de l'adoption de la *Loi sur la*

Dès lors, les instances provinciales traditionnellement associées aux divers programmes de salubrité et d'hygiène, telles que le médecin-épidémiologiste en chef, les unités sanitaires et les bureaux de santé municipaux, vont peu à peu voir leur rôle diminué. Elles seront abolies ou encore remplacées par de nouvelles structures, plus ou moins bien identifiées à l'organisation de la protection de la santé publique, dont les départements de santé communautaire¹³. En plus d'un morcellement des objectifs et des pouvoirs d'intervention, on observe également dans les années 1970 un certain désintéressement de la part du ministère des Affaires sociales d'alors, auquel succède dans les années 1980 une relative incertitude quant aux orientations et aux moyens de protection de la santé publique.

Certains événements récents, l'un de nature politique, le réaménagement de l'organigramme du ministère redevenu de la Santé, et l'autre de nature socio-sanitaire, l'éclosion de nouveaux fléaux: (herpès et sida), ramènent toutefois sous les feux de l'actualité les préoccupations de naguère concernant la santé publique. D'une part, les conditions de lutte et de prophylaxie des maladies, celles des affections, telles que les toxicomanies, le tabagisme et l'alcoolisme, ou encore, celles des expositions aux polluants soulèvent des difficultés nouvelles tant par leur ampleur que par leurs conséquences coûteuses. D'autre part, une discussion des structures mises en place pour y faire face est à nouveau amorcée¹⁴ alors que les ressources de l'Etat ne paraissent plus, et de loin, illimitées sur le plan financier¹⁵.

protection des non-fumeurs dans certains lieux publics, L.R.Q., c. P-38.01, dont la responsabilité d'application incombe au ministre de l'Environnement.

13. Voir *infra*, p. 126. L'implantation des nouvelles structures se situe dans la foulée de la réforme du secteur de la santé inspirée par le rapport Castonguay-Nepveu déposé en 1970.
14. On pourra se référer ici aux travaux d'une autre Commission d'enquête sur les services de santé au Québec, la Commission Rochon du nom de son président, formée en 1985 et dont le rapport a été remis en décembre 1987. Il est encore trop tôt pour en connaître l'impact.
15. On peut néanmoins s'interroger sur l'absence de commentaires, alors que la Cour suprême du Canada, dans *Lapierre v. P.G. du Québec*, (1985) 2 R.C.S. 140, venait de confirmer l'absence de lien de droit entre la responsabilité de l'Etat et les dommages

Parallèlement, et de façon plus fondamentale, un débat s'est engagé sur les limites à déterminer aux libertés et aux droits individuels lorsque la santé publique est menacée. Ce débat, même s'il n'est pas nouveau dans ce domaine, pourrait s'intensifier et s'étendre aux lois s'y rapportant compte tenu de l'adoption des chartes des droits¹⁶. A titre d'exemple, on a pu voir qu'une loi de la Colombie britannique, la *Heroin Treatment Act* (R.S.B.C. 1979, c. 166) visant à soumettre à la désintoxication des toxicomanes condamnés en vertu de la *Loi (fédérale) sur les stupéfiants* (S.R.C. 1970, c. N-1) a été validée par les cours de justice. Même s'il s'agissait d'un jugement rendu avant l'adoption de la Charte canadienne, on peut se demander si, en regard du nouveau contexte juridique découlant de la Charte, la discussion de la validité de la loi provinciale suivrait la même logique que celle découlant du partage des compétences ainsi exprimée par la Cour Suprême, sous la plume du juge Estey:

«A mon avis, le caractère véritable de l'*Heroin Treatment Act* est le traitement médical des héroïnomanes et relève de la compétence générale que la province possède en matière de santé en vertu du par. 92(16) de l'AANB... Les aspects correctifs de celle-ci sont accessoires à l'efficacité du traitement, la toxicomanie étant en soi un état de contrainte sur lequel la personne n'exerce aucun contrôle. Bien que la coercition y occupe une place importante, il me semble que le trait dominant ou principal de l'*Heroin Treatment Act* est le traitement et non la coercition.»¹⁷

résultant de complications post-vaccinales, lorsque le législateur québécois a adopté en 1985, par souci d'équité, une nouvelle section à la *Loi sur la protection de la santé publique* relative à l'indemnisation des victimes d'immunisation (L.Q. 1985, c. 30). Notons qu'en pratique, l'application de ce programme est restée lettre morte, faute de l'adoption de dispositions réglementaires, jusqu'en octobre 1987, lorsqu'est entré en vigueur le *Règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique*, Décret 1557-87 du 7 octobre 1987, (1987) 119 G.O. II 6073.

16. Voir, au Québec, l'adoption en 1975 de la *Charte des droits et des libertés de la personne*, L.Q. 1975, c. 6, devenue L.R.Q., c. C-12 et, au Canada, en 1982, de la *Charte canadienne des droits et libertés*, *Loi constitutionnelle de 1982*, Partie I.
17. *Schneider c. R.*, (1982) 2 R.C.S. 112, p. 138.

Il est trop tôt pour en déterminer la portée à tous les sujets intéressant la santé, mais les tribunaux pourraient être appelés à discuter sous peu d'autres projets de loi, dont celui permettant l'isolement obligatoire des sidatiques¹⁸.

Dans la mesure où les principes du droit relatif à la protection de la santé publique sous-tendent l'expression d'une obligation à la santé collective¹⁹, à laquelle se heurtent les droits individuels, la place à être accordée aux Chartes qui les protègent viendra accentuer certaines tensions dans ce champ d'intervention. C'est alors dans l'examen des mesures prises que doit s'évaluer l'adéquation du droit de la protection de la santé publique à résoudre ces tensions, notamment dans le système mis en place.

II- La dynamique du système de protection de la santé publique

Comme la santé appelle une relation globale de l'individu avec les autres individus formant un segment de la population et avec l'environnement qui les entoure, à la poursuite d'un objectif de complet bien-être physique, mental et social²⁰, la notion de système

-
18. Un tel projet déposé à la Législature de la Colombie britannique a été adopté en décembre 1987: voir *Health Statutes Amendment Act 1987*. Voir aussi l'éditorial paru dans *The Gazette*, 28 septembre 1987: «Should people be free to spread AIDS?» On apprenait par ailleurs qu'une personne a été accusée de méfait public en Ontario pour avoir sciemment donné de son sang infecté par le sida.
 19. Comme le notait M. le doyen AUBY dans son article «L'obligation à la santé», *Annales de la Faculté de droit de Bordeaux*, 1955, p.7: «Il importe cependant de conserver présente à l'esprit l'idée que toute obligation sanitaire, si modérée et acceptable qu'elle puisse paraître, comporte des prolongements et des implications souvent menaçants. Il est donc nécessaire, avant de consentir à de nouvelles obligations, de rechercher si la libération collective d'un risque sanitaire mérite que l'on franchisse un nouveau degré dans l'aliénation de la personne physique.»
 20. Cette définition se fait l'écho de celle inscrite à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé mais également des tenants de la théorie de la santé environnementale ou de l'adaptation de l'individu à son milieu, voir S. DILLARD, *Durée*

est particulièrement importante dans le domaine de la protection de la santé publique. Les progrès de la médecine ont permis de développer des actions sanitaires propices à l'amélioration du potentiel tant individuel que collectif à réaliser cet objectif; toutefois, le système qui les supporte se caractérise davantage par une perspective curative que préventive de la santé.

Par rapport au système socio-sanitaire général dans lequel on le retrouve, le système québécois de protection de la santé publique n'apparaît pas suffisamment homogène et bien pourvu sur le plan des ressources et des structures au soutien des actions de prévention, de promotion et de contrôle qui demeurent limitées. En plus de viser la collectivité de même que l'individu, et encore de manière exceptionnelle et contraignante, comme nous allons le voir, ces actions appellent l'exercice de pouvoirs fort différents tant par leur nature que par leur intensité suivant l'autorité qui les exerce. Il en résulte une efficacité mitigée.

Parmi les détenteurs de responsabilités dans le domaine de la santé publique, au nombre desquels se retrouvent le Gouvernement, le ministre de la Santé et des Services sociaux, les chefs de département de santé communautaire, les médecins, les chefs de laboratoire et les équipes des centres locaux de services communautaires, on pourrait en identifier deux dont l'étendue du rôle ou la prééminence permet de reconnaître comme autorités principales. Il s'agit du Ministre et des chefs de département de santé communautaire (DSC) qui se situent respectivement au niveau central et régional ou sous-régional du système sanitaire. A des degrés divers, l'une et l'autre autorités remplissent des fonctions vitales qui sont les piliers du système, à savoir le contrôle et l'information, 1- par la lutte contre les maladies transmissibles et 2- par la surveillance de l'état de santé de la population.

1- La lutte contre les maladies transmissibles

Au Québec, le contrôle des maladies transmises par des agents biologiques principalement repose sur deux séries d'actions parallèles, la première visant la collectivité et la seconde visant les individus. En plus de cette distinction, elles se différencient également par les conditions d'exercice et la nature des mesures que

ou qualité de la vie, Coll. La santé des Québécois, Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, 1983, p.1.

supportent les pouvoirs du ministre de la Santé et le chef du DSC pour chacune d'elles.

- les actions sanitaires visant l'ensemble de la population

A ce titre, on peut identifier les mesures découlant de la déclaration de l'état d'urgence et celles de diverses natures pouvant contribuer à préserver la collectivité des dangers à la santé publique. Nous examinerons successivement les pouvoirs dont sont investis à ces fins le ministre de la Santé et le chef du DSC.

En plus des pouvoirs qui lui sont attribués en termes fort généraux à l'article 2 de la *Loi sur la protection de la santé publique*, que l'on pourrait qualifier de pouvoirs administratifs et hiérarchiques²¹, le titulaire du ministère de la Santé et des Services sociaux voit son rôle plus circonscrit face à une épidémie réelle ou appréhendée²². Le Ministre agit comme aviseur du Gouvernement dans le cadre de la déclaration de l'état d'urgence relatif à cette menace à la santé d'une partie ou de la totalité de la population du territoire québécois. C'est lui qui procède de façon discrétionnaire, suivant ces critères, à l'évaluation de la situation nécessitant l'édiction du décret gouvernemental déclarant l'état d'urgence²³. Dès son adoption, prenant charge des opérations d'urgence nécessaires, le Ministre dispose alors des pouvoirs énumérés à l'article 18, que l'on pourrait qualifier de décisionnels, concernant la fermeture ou l'ouverture de lieux publics, l'accès à une municipalité, l'immunisation obligatoire ou toute autre mesure qu'il juge à propos pour la protection de la santé publique. Au titre de ces mesures, on pourrait

-
21. Voir, sur la qualification des pouvoirs du Ministre, l'analyse de LAJOIE, MOLINARY, AUBY, *op. cit.*, note 1, p. 810 et ss.
 22. *Loi sur la protection de la santé publique*, arts 17 à 24. Notons qu'à notre connaissance, ce rôle n'a jamais été formellement exercé.
 23. Sur la question de savoir si le Ministre peut être délégué par le Gouvernement pour édicter l'état d'urgence, on devrait conclure par la négative, ce pouvoir incombant au Gouvernement. Dans des circonstances similaires en matière de nuisance sous l'ancienne *Loi de l'hygiène publique*, une sous-délégation au sous-ministre n'avait pas été jugée valide alors que la loi indiquait que le Ministre devait signer l'avis lui-même: voir en ce sens la décision de la Cour Suprême dans *P.G. du Québec c. Carrières Ste-Thérèse Ltée* (1985) 1 R.C.S. 831.

considérer comme le font Lajoie, Molinary, Auby que le Ministre peut déclarer obligatoire le traitement d'une maladie épidémique²⁴. Dans ces circonstances, le Ministre exerce ses attributions avec toute l'autorité nécessaire à l'égard des fonctionnaires et des employés des établissements, de même qu'à l'égard de toute autre personne visée par ses ordonnances, suivant les articles 20 et 21 de la Loi.

Hormis ce cadre exceptionnel, le Ministre jouit de pouvoirs relatifs à certaines mesures sanitaires qui auront un impact plus individuel dans le contrôle des maladies transmissibles, telles que les maladies vénériennes et celles inscrites à la liste des maladies à déclaration obligatoire. Or, ces pouvoirs n'apparaissent lui revenir que de manière implicite à la lecture de dispositions suggérant sa participation, dans le cadre du processus réglementaire, à l'élaboration de la liste de maladies à déclaration obligatoire et à la désignation de maladies dont l'immunisation ou le traitement peut être décrété obligatoire²⁵. Il nous semble, en effet, réaliste de concilier l'exercice du pouvoir réglementaire du Gouvernement d'identifier les menaces à la santé publique avec les responsabilités dévolues au Ministre et de reconnaître à ce dernier un pouvoir de recommandation. On ne peut s'empêcher de soulever l'à-propos de lui attribuer directement le pouvoir de réglementer sur ces matières concernant la protection de la santé publique.

Un autre pouvoir du Ministre ne pose pas par ailleurs la même ambiguïté; prévu expressément à l'article 9, il correspond à l'obligation de fournir les vaccins nécessaires à une immunisation obligatoire²⁶. A la lecture des dispositions législatives le concernant, on peut conclure que le Ministre se voit clairement reconnaître l'autorité d'appliquer des mesures de protection de la santé publique. Mais, curieusement, rien dans la loi actuelle ne prévoit l'aménagement de structures chargées de l'application de ces mesures. Il est plausible d'admettre que le Ministre disposant des pouvoirs nécessaires à leur mise en oeuvre peut ainsi les confier au personnel de son ministère. Toutefois, on peut se demander comment il va coordonner la réalisation des actions de lutte contre les maladies trans-

24. *Op. cit.*, note 1, p. 310.

25. *Loi sur la protection de la santé publique*, arts 8 et 10.

26. Si jamais une telle immunisation était imposée, elle donnerait ouverture, en cas de dommages en résultant, à une indemnité: voir note 15.

missibles en l'absence de pouvoir hiérarchique à l'égard de l'autorité la plus susceptible de les entreprendre, à savoir, le chef du DSC, qui ne dépend pas de son ministère.

En effet, le chef du DSC est un médecin en charge d'un département organisé à l'intérieur de certains centres hospitaliers pour mener des activités diverses sur un territoire relativement vaste²⁷. Lorsque l'on compare sa situation à celle des agents antérieurement chargés de la protection de la santé publique et relevant du ministère de la Santé d'alors²⁸, on ne peut que se surprendre des responsabilités attribuées au chef du DSC, compte tenu de son statut et de la relative autonomie de son champ d'action.

C'est en vertu du *Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique* que se profilent ses attributions, notamment à l'article 38, ainsi libellé²⁹:

«Le chef du département de santé communautaire doit prendre les mesures nécessaires pour prévenir et enrayer la contagion ou l'épidémie et protéger la santé de la population lorsqu'une maladie à déclaration obligatoire ou un problème de nature infectieuse ou toxique, lui a été signalé. Notamment, il peut exiger, après avoir consulté le directeur du Laboratoire de santé publique du Québec, que tout directeur d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale transmette au Laboratoire de santé publique du Québec tout échantillon, spécimen ou culture qu'il juge nécessaire à l'enquête épidémiologique.»

-
27. Voir, tel qu'adopté en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. s-5, le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, Décret 1320-84, (1984) 116 G.O. II 2745, tel que modifié, aux arts 73 et 74, et à l'Annexe VII identifiant 32 centres hospitaliers ayant un DSC. Quant aux activités du chef du DSC, on pourra se référer, entre autres, à la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, L.R.Q., c. S-2.1, a. 127.
28. Voir *supra*, p. 120.
29. *Règlement d'application de la Loi de protection de la santé publique*, Décret 1444-74, devenu R.R.Q., c. P-35, r. 1, art. 38, tel que modifié par l'art. 6 du décret 1557-87, (1987) 119 G.O. II 6073.

Le procédé, d'un strict point de vue juridique, peut conduire à questionner la portée des pouvoirs que l'on voudrait reconnaître au chef du DSC. Certes, en vertu de son pouvoir précisé à l'article 69 paragraphe e) de la Loi, le Gouvernement peut réglementer «le rôle du chef du DSC lorsqu'une maladie à déclaration obligatoire ou une maladie vénérienne a été déclarée»³⁰, ce qui lui permet d'attribuer au chef du DSC des pouvoirs d'actions précises bien que limitées aux seules circonstances découlant d'une déclaration. Mais, il est plus que probable que le libellé de l'article 38 du Règlement ne puisse passer le texte de validité, à la fois tant par sa portée exorbitante, par son caractère d'imprécision que par ses allures de sous-délégation illégale³¹.

En effet, la récente modification qui a eu pour objet d'étendre les champs d'intervention du chef du DSC à des problèmes de nature infectieuse ou toxique, ne trouve pas appui sur la base législative de l'article 69 et rend la disposition présumément illégale³². Par ailleurs, compte tenu des composantes vagues et incertaines découlant de l'utilisation des mots «mesures nécessaires pour prévenir et enrayer la contagion et protéger la santé de la population», on reste perplexe sur la nature véritable et la portée des actions que le chef du DSC pourrait entreprendre. Au surplus, au lieu de se voir indiquer quels moyens adopter, le chef du DSC semble placé dans la position de se déléguer à lui-même, de façon discrétionnaire, les pouvoirs permettant la mise en oeuvre de telles mesures. Ses décisions seraient susceptibles d'être contestées, sans compter l'absence de leur force exécutoire à l'égard des tiers, comme par exemple dans les cas d'avis d'inspection. En ce sens, les responsabilités du chef

-
30. En se référant aux commentaires de LAJOIE, MOLINARI, AUBY, *op. cit.*, note 1, p. 835, on peut d'ailleurs se demander si l'instrument choisi est adéquat et s'il n'eût pas mieux valu procéder par directives en attribuant au Ministre un tel pouvoir à l'endroit du chef du DSC.
 31. On pourra plus amplement consulter sur ces questions, notamment, G. PEPIN ET Y. OUELLETTE, *Principes de contentieux administratif*, 2e éd., Ed. Yvon Blais, Cowansville, 1982, pp. 124 et ss.
 32. Pour une application particulière du principe selon lequel un règlement ne doit pas «extensionner, augmenter ou amplifier le champ d'application de la loi», en rapport avec l'art. 1 b) de la *Loi sur la protection de la santé publique*, sur la définition de laboratoire, voir *Beaulieu c. R.*, J.E. 85-783.

du DSC et celles qu'il confierait à son équipe n'ont pas d'assise juridique.

On peut également s'interroger sur la possibilité pour le chef du DSC de mener des enquêtes épidémiologiques sur la base de cette seule disposition du *Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique*. Il ne paraît pas exclu d'en trouver une justification indirecte dans la description plus générale des fonctions du chef du DSC à l'article 74 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* de mener des enquêtes afin, notamment, «de veiller à la prévention et au contrôle des épidémies dans le territoire»³³. Néanmoins, l'étendue des pouvoirs du chef du DSC reste à définir ainsi que les conditions dans lesquelles ils peuvent être exercés. Il paraît difficile de proposer qu'en l'absence de texte formel, le chef du DSC puisse valablement être autorisé à entrer dans les lieux, à interroger les personnes qui s'y trouvent, etc.

Ainsi, si le problème demeure quant à la possibilité pour le chef du DSC de décider de mesures sanitaires collectives sans cadre légal de référence, il en va de même des mesures individuelles. Dans ce dernier cas, la Loi ne décrit pas les actions sanitaires pouvant être entreprises, ni sous l'autorité du chef du DSC, ni sous celle du Ministre, alors qu'il s'agirait d'un complément essentiel à leurs responsabilités dans la lutte contre les maladies transmissibles.

-Les actions sanitaires visant l'individu

Ces actions prennent plutôt la forme de mesures affectant les individus aux fins de les obliger à se soumettre à une immunisation, à un examen ou à un traitement dans le cas de certaines maladies désignées dans le *Règlement*³⁴. Elles peuvent s'exercer d'abord avec l'accord exprès ou tacite du sujet: il s'agit alors de mesures volontaires; ou encore, sans cet accord en cas de refus ou omission: on parle alors de mesures obligatoires.

L'examen des conditions de l'imposition des obligations d'immunisation, d'examen ou de traitement, énoncées aux articles 8 et 10

33. Décret 1320-84, (1984) 116 G.O. II 2745, tel que modifié.

34. *Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique*, arts 34 et 36, à savoir, les maladies vénériennes, certaines maladies infectieuses et la tuberculose.

de la Loi, laisse entrevoir que leur application dépend du respect volontaire de l'individu qui entend s'y soumettre sans contrainte. Il s'agit là d'actes médicaux imposés de par l'effet de la loi, pour l'administration desquels il n'est pas nécessaire d'obtenir le consentement de la personne³⁵. Elle jouit néanmoins de la faculté de choisir de recevoir les services professionnels correspondants, soit d'un médecin en cabinet privé, soit d'un CLSC ou d'un centre hospitalier³⁶. Notons qu'en contrepartie, ce médecin ou ces établissements sont alors tenus d'assurer la prise en charge sanitaire de la personne, conformément à l'article 11 de la Loi. Ce système demeure toutefois imparfait, le caractère volontaire du respect de ces obligations pouvant s'avérer illusoire; il faudra donc parfois se référer à des mesures obligatoires et contraignantes dans certaines circonstances que nous allons brièvement décrire.

Lorsqu'une personne refuse de se soumettre à une immunisation décrétée obligatoire par règlement, ou encore, à un examen ou à un traitement relatif à une maladie vénérienne ou une maladie à traitement obligatoire, un juge peut ordonner à cette personne de subir l'acte et, pour ce faire, ordonner qu'elle soit transportée dans un établissement de soins³⁷. A première vue attentatoire aux droits de la personne, dont le droit à l'inviolabilité, cette mesure devient néanmoins justifiée par les limites posées à ce droit par l'article 19

-
35. LAJOIE, MOLINARI, AUBY, *op. cit.*, note 1, pp. 292 et ss. Voir aussi A. MAYRAND, *L'inviolabilité de la personne humaine*, Wainwright Memorial Lectures, Wilson et Lafleur, Montréal, 1975.
 36. Le doyen AUBY, dans son article précité, note 14, commentait ces modalités en les qualifiant de voie moyenne adoptée par le droit positif de la santé publique. Pour lui, «la règle sanitaire établit donc une certaine conciliation entre la liberté de la personne et les exigences de l'intérêt collectif».
 37. *Loi sur la protection de la santé publique*, art. 12. Ce texte a connu une modification récente par l'effet de l'adoption de la *Loi modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la Charte des droits et libertés de la personne*, L.Q. 1986, c. 95, art. 252, afin de préciser les critères de la décision judiciaire d'ordonnance de transfert basés sur des motifs raisonnables, ou encore, l'intérêt de la protection de la santé publique.

du *Code civil* puisqu'elle est, en effet, prescrite par la loi³⁸. Pour faire contreponds à ces contraintes, l'application de cette mesure est assortie de garanties dans le cadre d'un processus judiciaire permettant à la personne d'être entendue, garanties que l'on pourrait juger suffisantes³⁹.

D'après la Loi, l'ordonnance du juge peut être obtenue sur requête présentée par toute personne intéressée et accompagnée de son serment ou de sa déclaration solennelle. Dans les circonstances, même s'il paraît réaliste d'identifier, à titre de personne intéressée, le chef du DSC, on ne trouve cette mention que dans le Règlement⁴⁰. Mais, ici encore, il appert que cette désignation ne serait pas valable puisqu'aucun article de la loi ne vient habiliter le Gouvernement à adopter la disposition réglementaire précisant la procédure du recours judiciaire et le limitant à la seule intervention du chef du DSC⁴¹.

Quoi qu'il en soit, ce recours demeure un moyen extrême pour forcer la personne à se soumettre au traitement dont la loi doit nécessairement prévoir l'existence sur le strict plan de la légalité,

-
38. Suivant le deuxième alinéa de l'article 19 du *Code civil*, le consentement n'a pas à être obtenu lorsque l'acte médical est autorisé par la loi. C'est pourquoi la prescription législative légitime l'acte imposé tout en devenant une composante essentielle de son régime juridique. On pourra se rapporter à ce sujet à notre étude, *L'acte médical imposé en droit de la santé comparé*, Thèse de doctorat de 3e cycle, sous la direction de M. le doyen Auby, Université de Bordeaux I, 1983, disponible à la bibliothèque de droit de l'Université de Sherbrooke.
39. Sur un plan constitutionnel, on pourrait d'ailleurs considérer qu'il s'agit d'une limitation raisonnable à l'exercice des droits de la personne puisque le moyen employé n'est pas disproportionné au but poursuivi (protection de la santé publique): Voir *Québec Association of Protestant School Boards c. P.G. du Québec*, (1984) 2 R.C.S. 66 et *R. c. Oakes*, (1986) 1 R.C.S. 103.
40. *Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique*, art. 37.
41. On ne peut baser cette disposition ni sur l'art. 14 de la Loi, non plus que sur l'art. 69e) déjà discuté, *supra*, p. 126.

malgré les hésitations à y recourir⁴². En effet, la responsabilisation de l'individu vis-à-vis l'effort collectif de protection de santé publique s'apparente mal à une mesure de type autoritaire dont l'imposition se situe dans le prolongement de la notion d'obligation à la santé. Il convient de voir qu'à travers elle, l'individu est tenu de se soumettre volontairement à certains actes prophylactiques ou thérapeutiques. A défaut de le faire, il s'expose à des contraintes en vertu de dispositions juridiques permettant de les lui administrer par un mode d'exécution forcée, sans rigueur excessive toutefois. Dans ce contexte, de telles actions peuvent paraître inappropriées ou dépourvues de flexibilité en regard de l'objectif de protection de santé publique.

Le système mis en place à cette fin révèle alors certaines lacunes s'il ne repose que sur des actions reliées à la lutte contre les maladies transmissibles qui sont entreprises, le plus souvent, lorsque les dangers à la santé publique se sont manifestés. Il importe donc de savoir comment la protection de la santé publique peut s'organiser de façon préventive comme dans l'analyse des actions concernant la surveillance de l'état de santé de la population.

2- La surveillance de l'état de santé de la population

La responsabilité d'agir promptement et en temps utile exige une constante évaluation des indicateurs de l'état de santé de la population, donc, de sa surveillance. Quelle que soit l'activité de protection de la santé publique envisagée, promotion, prévention ou contrôle, c'est à partir d'un système d'information efficace que les actions sanitaires des autorités devraient être véritablement organisées afin d'assurer une surveillance adéquate. A l'heure actuelle, elles dépendent de mécanismes de déclaration de maladies qui permettent d'enclencher les fonctions respectives d'étude, d'éducation et d'enquête du ministre de la Santé et du chef du DSC. En effet, sur la base des déclarations qui leur sont transmises, ils recueillent certaines informations pertinentes à l'identification de menaces à la

42. L'intervention judiciaire dans ce domaine ne paraît pas avoir fait l'objet d'un questionnement. En l'absence de balises expressément énoncées, le pouvoir d'ordonnance du juge à l'égard de l'imposition d'actes médicaux pourrait être limité, du moins, quant à son objet. Voir, dans un contexte pénal, *Kee-nan c. Stalker*, (1979) C.A. 446.

santé publique. Il convient donc de discuter des pouvoirs qui leur sont confiés dans le processus de la déclaration et dans son suivi.

-le processus de la déclaration

La loi prévoit qu'il incombe à tout médecin, à titre d'obligation personnelle, de remplir une formule de déclaration pour toute maladie à déclaration obligatoire conformément au Règlement; cette obligation échoit également à tout chef de laboratoire⁴³. Cependant, il n'y a rien qui en prévoit l'exécution, hormis une sanction pénale. D'emblée, on doit admettre que le fait de confier au médecin le rôle, à titre volontaire, de source première d'information paraît illusoire même si l'on voit mal à qui d'autre le confier. Dès lors, le nombre réel de cas de maladie à déclaration obligatoire, comprenant les maladies vénériennes, telles que définies à l'article 1 de la Loi, et les maladies à déclaration obligatoire, telles qu'établies à la liste contenue au Règlement, serait plus élevé que le nombre déclaré.

Mais, on retrouve également un problème au niveau des autorités à qui est faite cette déclaration. Présumément pyramidal, le système de déclaration peut suivre en fait deux filières, ce qui contribue à créer une certaine confusion. A la base, se trouvent les médecins et les chefs des laboratoires qui doivent, au choix, déclarer les cas au Ministre ou au chef du DSC⁴⁴. S'ils passent par le chef du DSC, celui-ci, agissant comme intermédiaire, doit à son tour déclarer les cas de maladie au Ministre. Dans ce système, les informations circulent indirectement ou directement vers le haut de la pyramide, c'est-à-dire, le Ministre.

Une fois arrivées là, les déclarations fournissent des données épidémiologiques et des statistiques utiles au soutien des responsabilités du Ministre. De façon générale, il peut en disposer de la manière qu'il juge appropriée, n'étant plus tenu expressément à mettre ces informations à la disposition des organismes scientifiques

43. *Loi sur la protection de la santé publique*, art. 5, alinéas 2 et 3. Les formules de déclarations sont insérées aux annexes du Règlement.

44. *Loi sur la protection de la santé publique*, art. 5, alinéas 2 et 3. Notons que les articles 30 à 32 du Règlement indiquant que la déclaration est faite à la fois aux deux autorités, excèdent le cadre de la Loi et n'ont pas ainsi d'effet selon nous.

ou gouvernementaux ainsi que de la population⁴⁵. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il n'aurait pas l'obligation de les fournir⁴⁶, ou encore, de les traiter d'une manière compatible avec ses attributions relatives à la protection de la santé publique. Il pourrait s'en servir, entre autres, pour mettre sur pied des programmes d'éducation, de formation et de recherche. Spécifiquement, le Ministre pourrait autoriser une inspection dans les conditions prévues explicitement dans la Loi⁴⁷.

Aux pouvoirs administratifs et hiérarchiques du Ministre, ne correspond qu'un pouvoir lié du chef du DSC de transmettre au Ministre les déclarations qu'il reçoit⁴⁸. Apparemment, rien dans la Loi ne l'autorise à exercer d'autres fonctions: le chef du DSC n'est pas ainsi invité, par des dispositions explicites, à participer à l'analyse des données et des statistiques ou à l'élaboration de programmes en collaboration avec le ministère. De plus, pour des motifs que nous avons déjà évoqués⁴⁹, il ne nous apparaît pas possible de proposer que le chef du DSC puisse valablement intervenir en menant des enquêtes. Si l'on s'en tient à la portée des pouvoirs des autorités, l'efficacité du système d'information basé sur les déclarations semble donc limitée. C'est ce que viennent également confirmer d'autres caractéristiques du système.

-
45. L'article 3 de la *Loi sur la protection de la santé publique* qui énonçait cette obligation a été abrogé par l'article 97 de la *Loi modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.Q. 1987, c. 68.
 46. Conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q. c. A-2.1, et particulièrement, l'article 26. Voir sur les droits du public à l'information, LAJOIE, MOLINARI, AUBY, *op. cit.*, note 1, pp. 266 et ss.
 47. *Loi sur la protection de la santé publique*, arts 65 à 68.1.
 48. La *Loi sur la protection de la santé publique*, à l'art. 5, 1er alinéa, impose, en effet, au chef du DSC les modalités et conditions d'exercice de son pouvoir relatif aux déclarations de cas de maladie. Notons qu'il ne lui a été conféré qu'en 1981 (L.Q. 1981, c. 22, a. 105) alors que ce pouvoir revenait jusque-là au directeur général ou au directeur des services professionnels d'un établissement.
 49. Voir *supra*, p. 127.

Il s'agit, d'une part, de l'établissement de la liste des maladies à déclaration obligatoire qui est lié au processus réglementaire avec les délais qu'il entraîne⁵⁰. On peut du reste en illustrer l'inadéquation avec les exemples de l'inclusion récente à la liste du sida⁵¹, ainsi que celle du chlamydia et de l'herpès⁵², dont le retard a pu provoquer certaines conséquences au point de vue épidémiologique et sur le plan de la disponibilité des services. D'autre part, on ne peut s'empêcher de remarquer la distinction existant entre les maladies inscrites sur la liste suivant que la déclaration de certaines d'entre elles découle d'un simple diagnostic ou nécessite une analyse⁵³. Même si toutes ces maladies ne présentent pas la même menace de transmission, la plupart n'en constituent pas moins un sérieux danger potentiel dont l'occurrence, dès l'apparition de certains symptômes, doit être rapidement contrôlée à partir de la déclaration avec d'autres mesures de surveillance.

Plus problématique encore paraît être l'utilisation d'une formule de déclaration, tantôt nominale, tantôt dénominale, à laquelle est rattachée une garantie de confidentialité⁵⁴. Bien que l'on puisse es-

-
50. *Loi sur la protection de la santé publique*, art. 4. Notons que les maladies vénériennes n'entrent pas dans cette liste bien qu'elles fassent l'objet d'une déclaration.
51. C'est par le Décret 1497-86 du 1er octobre, (1986) 118 G.O. II 4174 que cet ajout a pu être réalisé, bien qu'il avait fait l'objet d'une recommandation près d'un an et demi avant la modification apportée au règlement. Il n'est pas inutile de souligner que le sida n'est pas considéré comme une maladie vénérienne, ni comme une maladie contagieuse à traitement obligatoire.
52. Voir *Règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique*, Décret 1557-87 du 7 octobre 1987, (1987) 119 G.O. II 6073, art. 3.
53. C'est ce qui découle de la lecture combinée des articles 28 et 30, d'une part, et des articles 28 et 31, d'autre part, au *Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique*.
54. *Loi sur la protection de la santé publique*, art. 7. Remarquons que le refus d'une personne ayant une maladie vénérienne de se faire traiter permet la divulgation de son identité (Loi, art. 6). En vertu de l'ancienne *Loi des maladies vénériennes* (S.R.Q. 1964, c. 168), une personne ayant contrevenu au secret a été condamnée à payer des dommages-intérêts: *R. v. Zornes*, (1947)

timer justifié d'accorder une protection à la vie privée de la personne, il est permis d'en questionner la cohérence dans une perspective de protection de la santé publique nécessitant une action sanitaire rapide. S'agissant d'une circonstance exceptionnelle, on devrait alors permettre l'accès de certaines autorités aux données confidentielles pertinentes sans avoir à obtenir le consentement de la personne concernée. Une telle dérogation au droit à la vie privée devrait être prévu expressément dans les termes que reconnaît la *Loi sur l'accès*⁵⁵. L'application de la *Loi sur la protection de la santé publique*, dans son volet de surveillance, serait à certains égards plus efficace. Elle le serait d'autant si l'on songe au volet complémentaire de la lutte contre les maladies transmissibles dans la mesure où la déclaration d'un cas de maladie devrait supposer une prise en charge sanitaire en vue du traitement de la personne.

-le suivi de la déclaration

L'examen du système d'information actuellement mis en place permet de dévoiler le problème de la coordination des mesures consécutives à la déclaration, étant donné les délais et le double palier d'autorités impliqués. Au surplus, suivant la nature de la maladie, le cas déclaré peut nécessiter des mesures diverses. Il pourra s'agir d'actions visant un groupe de personnes, telles que l'information, la désinfection, ou encore, d'actions visant l'individu porteur comme son isolement, son observation ou son traitement, etc. La Loi est toutefois silencieuse et l'on saisit mal la marge de manœuvre des autorités sanitaires.

A titre d'exemple, dès qu'une déclaration est transmise au chef du DSC ou au Ministre, rien n'est alors prévu comme relance auprès du malade pour qu'il se soumette à un traitement. Bien qu'au moment du diagnostic et de la déclaration, le médecin ait pu jouer un rôle de premier plan, aucune disposition ne l'incite par la suite à rendre compte de l'évolution du cas. Ni le chef du DSC, ni le Ministre ne possèdent de pouvoir à cette fin d'exiger un avis, un rappel ou un rapport. Il leur est donc difficile de surveiller l'application de diverses mesures puisqu'il n'y a pas de corrélation entre la déclaration et le traitement, hormis les rares cas où la loi pré-

B.R. 169.

55. *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1, art. 67.

voit un traitement obligatoire⁵⁶. Dans ces circonstances, face à un refus de traitement, le suivi aboutirait à une intervention judiciaire dont le déclenchement paraît délicat, comme nous l'avons vu⁵⁷.

Ainsi, en dehors de toute situation d'urgence dont la survenance demeure, à toutes fins utiles, exceptionnelle, il existe peu de moyens prescrits dans la Loi pour rendre valides les décisions des autorités. En intervenant, celles-ci s'exposent à se voir opposer leur absence ou leur excès de juridiction. Mais, à l'inverse, si le Ministre et le chef du DSC s'estiment incapables d'intervenir, leur inaction pourrait dans certains cas s'avérer fautive au plan de la responsabilité civile bien qu'ils ne soient soumis qu'à une obligation de moyens. On pourrait néanmoins considérer que les limites de leurs pouvoirs, telles que nous les constatons, soulèvent des questions dépassant le cadre de la responsabilité. Au point de vue de la protection de la santé publique, les conditions juridiques d'existence et du fonctionnement du système apparaissent donc insuffisantes.

Devant ce constat, il appartient aux professionnels et aux organismes de la santé concernés de proposer des critères en vue de l'améliorer. Il convient également d'en garantir juridiquement la réalisation, notamment, en resserrant les conditions rattachées aux déclarations et en désignant un responsable de leur coordination.

CONCLUSION

Tel que proposé par la *Loi sur la protection de la santé publique*, au terme d'une évolution qui précise son objet, le système québécois demeure fragmentaire. Il repose sur les maladies à déclaration obligatoire sous la supervision d'un Ministre dont le support administratif reste obscur, et sous la responsabilité d'un chef de département de santé communautaire dont l'autorité paraît juridiquement précaire. Leurs principales actions se situent au niveau d'un réseau d'informations sur la base de déclarations servant à la préparation de statistiques. Maintenus à l'intérieur de telles limites, les rôles du Ministre et du chef du DSC ne leur permettent pas de

56. *Loi sur la protection de la santé publique*, art. 10 et *Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique*, arts 34 et 36.

57. Voir *supra*, p. 132.

participer pleinement aux activités de promotion, de prévention et de protection. Partant, il n'est donc pas inutile d'appeler un accroissement des responsabilités des autorités afin de leur permettre de sauvegarder la primauté de la protection de la santé publique comme valeur socialement acceptable et norme juridique justificatrice.