

La participation du Québec aux travaux de l'Organisation mondiale de la santé et à la mise en oeuvre du nouvel ordre sanitaire international

Henri Dorion

Volume 2, 1985

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1101465ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1101465ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Société québécoise de droit international

ISSN

0828-9999 (imprimé)

2561-6994 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Dorion, H. (1985). La participation du Québec aux travaux de l'Organisation mondiale de la santé et à la mise en oeuvre du nouvel ordre sanitaire international. *Revue québécoise de droit international / Quebec Journal of International Law / Revista quebequense de derecho internacional*, 2, 117-124. <https://doi.org/10.7202/1101465ar>

La participation du Québec aux travaux de l'Organisation mondiale de la santé et à la mise en œuvre du nouvel ordre sanitaire international

HENRI DORION *

Depuis quelques années, le Québec a développé, dans le domaine du droit de la santé, une pratique qui l'inscrit dans les courants de réflexion internationaux, véhiculés notamment par un organisme comme l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.). À certains égards, on peut même dire que le Québec se situe à la pointe de cette réflexion, par un sens des responsabilités et une action qui trouvent leur fondement dans la Constitution canadienne, laquelle lui attribue la compétence en cette matière¹. Pourtant, n'étant pas un État souverain, le Québec n'est pas membre de l'O.M.S. et ne peut donc, de ce fait, participer directement, de concert avec les autres acteurs internationaux, à l'établissement du « nouvel ordre sanitaire international », expression qui ne désigne pas une réalité codifiée dont la définition précise ferait l'unanimité², mais qui se réfère *grosso modo* aux objectifs généraux de l'O.M.S., formulés par la Déclaration d'Alma-Ata³. Cependant, le Québec peut contribuer

* Sous-ministre adjoint du Ministère des relations internationales, actuellement Président de la Commission de toponymie du Québec.

1. *Loi constitutionnelle de 1867*, 1867 (U.K.), 30-31 Vict., ch. 3, art. 92(7).

2. La définition du « nouvel ordre sanitaire international » fait l'objet d'une discussion élaborée dans l'article du P^r C. Emanuelli, dans cette revue.

3. *Alma-Ata 1978: Les soins de santé primaires* (O.M.S., Genève, 1978).

pleinement à ce nouvel ordre international par le perfectionnement de son propre système de santé, dans la mesure où il en rejoint et souvent même en dépasse les principes fondamentaux. Il peut également y concourir plus directement par un rôle accru dans les organisations internationales, dont évidemment et tout d'abord l'Organisation mondiale de la santé.

I. — LE DÉVELOPPEMENT PAR LE QUÉBEC DE SON PROPRE SYSTÈME DE SANTÉ

A. — La pratique québécoise en matière de santé, reflet d'un nouvel ordre sanitaire international

Le Québec peut prétendre participer pleinement à l'établissement d'un nouvel ordre sanitaire international, car il est déjà, sur le plan international, un lieu reconnu d'expériences novatrices en cette matière. Il l'est pour les pays en voie de développement qui y voient un exemple dans la recherche de moyens propres à assurer à leurs populations l'accès à des soins de base, une des conditions fondamentales de leur progrès. Il l'est aussi pour les pays développés ou industrialisés qui y observent de nouveaux modes de distribution des soins et services de la santé. Pour favoriser cet échange d'expériences, le ministère des Affaires sociales du Québec organise, chaque année, une vingtaine de stages et missions à l'étranger.

L'accessibilité des soins, l'instauration des nouveaux modes de distribution des soins et services, notamment des soins de base, ce sont des éléments qui ont inspiré la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires et qui constituent des préoccupations majeures dans l'élaboration de la politique du Québec. Tels qu'ils sont définis par la Déclaration, les «soins de santé primaires» sont des soins essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent assumer⁴.

4. *Ibid.*

Or, même si la notion des soins de santé primaires n'est pas courante au Québec, en ce sens qu'elle ne s'est pas encore inscrite dans notre vocabulaire, les soins primaires y constituent déjà une véritable pratique. En effet, certaines institutions leur sont entièrement et spécifiquement consacrées. Tel est le cas des « centres locaux de services communautaires » (C.L.S.C.) qui ont été créés par regroupement de différents services sociaux mis davantage à la portée du bénéficiaire. Un citoyen peut y recevoir une assistance médicale ou sociale courante ou être dirigé vers les établissements spécialisés les plus aptes à lui venir en aide. Par ailleurs, les hôpitaux se sont vu doter de départements de santé communautaire qui assurent la réalisation de programmes de soins préventifs, en concertation avec les C.L.S.C. ; ils veillent également au bon fonctionnement des systèmes d'urgence et des cliniques externes des centres hospitaliers. De leur côté, les universités ont établi, en collaboration avec les corporations professionnelles, des cours de même que des programmes spécifiques de formation et de recherche dans le domaine des soins de santé primaires, et cela, en Médecine, en Sciences infirmières et même en Sciences sociales⁵.

Enfin, les institutions du domaine de la santé et des services sociaux et les professionnels de la santé associent de plus en plus étroitement les populations locales à la définition, à la planification et à la mise sur pied des programmes et services qui les concernent. Cette préoccupation était au cœur de la réforme consacrée par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*⁶, laquelle venait démocratiser et régionaliser le réseau québécois des affaires sociales.

B. — L'évolution de la politique de la santé

La politique de la santé au Québec, illustrée par les réalisations concrètes que l'on vient d'évoquer, a connu des orientations différentes de 1968 à nos jours.

5. Par exemple, dans le cadre des Sciences infirmières de l'Université Laval, figure à présent un Certificat de santé communautaire.

6. L.Q. 1971, c. 48 ou L.R.Q., c. S-5.

1. — *De 1968 à 1980*

C'est à la fin des années soixante, soit dix ans avant Alma-Ata, avec la création de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (appelée Castonguay-Nepveu), que le Québec s'engage dans le développement d'un système de santé moderne, universellement accessible. Ce rapport recommandait que la politique de santé au Québec ait pour objectif particulier d'établir un régime d'accès universel, acceptable à la population, qui permît des soins de qualité sur les plans humain, social et scientifique, en même temps qu'un régime efficace⁷.

Le premier juin 1972, entre en vigueur la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*⁸, qui, outre la formulation de nouveaux objectifs, annonce une réorganisation complète de ce champ d'activité. Ainsi furent mises en place de nouvelles structures originales, particulièrement au niveau régional, avec les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.), canaux privilégiés de la décentralisation administrative. Ces conseils, en effet, visent à accroître la participation de la population aux programmes de santé régionaux (soins psychiatriques, services aux mésadaptés sociaux, équipement des centres d'accueil et des centres de services sociaux et communautaires) et à faire le lien entre la population, le ministère des Affaires sociales et les établissements.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* implantait aussi, on l'a vu, un réseau de C.L.S.C., qui ne cessa de croître jusqu'en 1986. En outre, la loi visait le développement d'une gamme complète de ressources sanitaires, compte tenu des principes de complémentarité entre les ressources et l'adaptation aux besoins régionaux ou sous-régionaux, et l'extension progressive de l'universalité de certains programmes et services. Ces objectifs, appuyés par l'exercice de nouvelles pratiques d'organisation communautaire impliquant tout ensemble professionnels, gestionnaires et population, seront toutefois soumis, de plus en plus, à de rigoureux impératifs budgétaires.

2. — *Depuis 1980*

Avec la crise financière du début des années 80, avec l'augmentation fulgurante des coûts des soins de santé qui gonflaient sans cesse les

7. *Recommandations, Rapport Castonguay-Nepveu*, v. IV, t. II (Québec, 1967).

8. *Supra*, note 6.

dépenses gouvernementales, un changement de cap s'imposa dans l'approche de la santé au Québec.

Divers programmes visent à favoriser la désinstitutionnalisation (aide à des organismes bénévoles dispensant des services à domicile, établissement de maisons de transition et d'appartements surveillés pour patients psychiatriques), la déprofessionnalisation (développement des programmes de formation personnelle et sociale du ministère de la Santé, mise sur pied de cliniques dentaires dans les facultés universitaires), le recours aux dynamismes du milieu, la rationalisation et le regroupement des activités qui gravitent autour de la dispensation des services, bref, la réduction relative des fonctions traditionnellement dévolues à l'État. En fait, on note une croissance de l'autonomie de l'individu et des groupes et une prise en charge par eux d'une responsabilité élargie en matière de santé.

Alors que la plupart des efforts consentis par le gouvernement du Québec dans le domaine de la santé ont porté sur le système des soins et services, il semble qu'il faudra progressivement mettre l'accent sur la durée et la qualité de la vie, de même que sur la prévention des types de maladies les plus fréquentes (cancer, désordres psychiques, séquelles d'actes violents, troubles cardio-vasculaires, etc.). Des succès encourageants ont été enregistrés dans certains domaines, comme le signalait tout récemment une étude du Conseil des affaires sociales et de la famille⁹.

On assiste à la recherche d'un équilibre accru entre activités de promotion, de prévention et soins curatifs. Recherche d'équilibre également entre participation populaire, démarches d'ordre professionnel et activités de gestion des ressources. Ce sont là des réalisations et des perspectives québécoises ; ce sont là aussi des objectifs de la communauté internationale.

Le Québec peut donc contribuer à l'instauration du nouvel ordre sanitaire international en assumant pleinement ses compétences constitutionnelles dans ce domaine en découvrant son système de santé aux pays étrangers¹⁰, en appuyant sa propre réflexion sur les courants de pensée

9. L. ROY, *Des victoires sur la mort*, Conseil des Affaires sociales et de la famille (Gouvernement du Québec, 1983), 78 pp.

10. Par exemple, en offrant aux immigrants reçus, aux étudiants étrangers, aux médecins résidents et internes étrangers les mêmes avantages qu'aux citoyens du Québec.

internationaux. Au niveau même des concepts fondamentaux qui sous-tendent ces politiques, la contribution du Québec n'est pas négligeable. L'accent mis sur la durée ou la qualité de la vie et un recours plus large à « l'espérance de vie en bonne santé » plutôt que « l'espérance de vie ordinaire », ne manquent pas à cet égard d'intérêt¹¹.

II. — LA CONTRIBUTION DU QUÉBEC À L'INSTAURATION DU NOUVEL ORDRE SANITAIRE PAR UNE PRÉSENCE PLUS ACTIVE À L'O.M.S.

L'Organisation mondiale de la santé et, tout particulièrement, l'Assemblée mondiale de la santé (A.M.S.), constituent le lieu privilégié de confrontation et de concertation des efforts internationaux dans la poursuite de l'objectif de la « santé pour tous en l'an 2000 », leitmotiv de l'O.M.S. et de ses différentes sections régionales. Cet objectif fut formulé pour la première fois à la Conférence d'Alma-Ata.

Le Québec participe de façon encore trop marginale aux travaux de l'O.M.S. pour y apporter et en retirer tout ce que lui permettrait l'acquis considérable des vingt dernières années. Participation marginale, parce que le fonctionnement des structures fédérales-provinciales ne lui a laissé jusqu'ici qu'un rôle secondaire dans les affaires internationales de santé, mais aussi parce qu'une véritable sensibilité aux questions internationales dans ce domaine, au Québec, reste à développer.

Quelles sont ces structures de participation et surtout comment fonctionnent-elles ? Essentiellement, il s'agit du Comité fédéral-provincial sur les affaires internationales de santé et des délégations canadiennes à l'A.M.S.

A. — Le Comité sur les Affaires internationales de santé

Il y a une dizaine d'années, les sous-ministres des Affaires sociales et de la santé fédéral et provinciaux recommandaient la création d'un comité fédéral-provincial chargé de coordonner les interventions internationales canadiennes avec la collaboration des États fédérés. Ce Comité

11. Voir CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, *Durée ou qualité de vie*, (Gouvernement du Québec, 1983), 170 pp.

se réunit normalement deux fois l'an, au printemps, avant l'Assemblée mondiale de la santé, et à l'automne, avant la réunion de l'Organisation panaméricaine de la santé (O.P.S.).

Jusqu'à ce jour, le rôle du Comité s'est trop souvent restreint à fournir des renseignements sur les présences canadiennes aux rencontres internationales passées. Or, pour que les États fédérés, constitutionnellement compétents et autonomes dans ce domaine jouent pleinement leur rôle, ce Comité doit devenir un lieu de véritable consultation sur tous les aspects internationaux de la santé. Cela implique que les réunions du Comité ne soient pas les seules occasions de consultation, mais au contraire l'aboutissement et la conclusion de consultations préalables et pour ainsi dire continues. Il importe, par exemple, que les États fédérés soient saisis en temps opportun de toute demande ou requête émanant de l'O.M.S. (ou de l'O.P.S.) et qu'ils participent à toute intervention canadienne faisant appel aux ressources qui sont placées sous la compétence des États fédérés.

B. — Les délégations canadiennes

L'Assemblée mondiale n'est évidemment pas le seul centre d'activité internationale dans le domaine de la santé, mais c'est le principal. Le Québec y accorde donc une importance particulière et revendique depuis plus d'une décennie d'y être activement présent.

Il n'y a pas lieu de discuter ici des divergences de vues qui ont opposé Ottawa et Québec sur cette question. Contentons-nous d'évoquer les principes qui ont guidé jusqu'ici la démarche du gouvernement du Québec. Celui-ci estime que les délégations canadiennes à l'A.M.S. et aux autres rencontres internationales de santé doivent refléter fidèlement la réalité constitutionnelle canadienne et ménager une place significative aux États fédérés désireux d'apporter leur contribution au débat international. Cela implique que la représentation québécoise au sein des délégations canadiennes soit suffisante pour suivre les travaux de l'Assemblée et qu'il lui soit permis d'intervenir lorsque des questions touchent le Québec au premier chef ou lorsqu'il est en mesure, compte tenu de son expérience, de participer utilement au débat.

La situation qui a prévalu jusqu'à ce jour ne laissait au Québec qu'un siège de conseiller, sans droit d'intervention, de même que, tous les huit ans (et cela pour deux ans), un siège de délégué. En effet, selon un principe dit de « rotation », les provinces, à tour de rôle et pour deux

ans, ont droit à deux sièges de délégués sur les trois que comporte la délégation canadienne, sièges auxquels il faut ajouter ceux des substituts et des conseillers (dont le nombre n'est pas limité par les règlements de l'A.M.S.), tous occupés par le gouvernement fédéral. Cet état de choses est jugé insatisfaisant par le gouvernement du Québec, qui est confiant de le voir évoluer dans le sens des principes évoqués précédemment. Tout récemment, une formule de participation accrue a été pratiquée au cours de la préparation de la dernière assemblée de l'O.M.S. (1985) et de son déroulement. Cette évolution est de bon augure car il ne peut y avoir de contribution significative au nouvel ordre sanitaire international sans la contribution du Québec et des États fédérés, véritables lieux de réalisation et d'expérimentation des objectifs poursuivis par l'O.M.S.

Le Canada a intérêt à se présenter sur la scène internationale comme un laboratoire d'idées et d'expériences multiples, à promouvoir même cette diversité en exploitant les ressources dont il dispose et que détiennent les États fédérés. Le Québec possède une connaissance théorique et pratique de l'établissement de ce nouvel ordre sanitaire ; il l'a déjà mis à la disposition des pays étrangers en faisant connaître ses réalisations et en partageant avec eux ses expériences ; il peut aller plus loin dans cette voie, tout comme il ne tirera que des avantages à prendre part directement aux débats internationaux sur la santé. Cette participation valorisera les actions, modestes par les ressources qu'il peut y consacrer, que le Québec a entreprises dans le cadre de sa politique d'appui au développement, par exemple avec les pays de l'Afrique où la préoccupation agro-alimentaire et sanitaire constitue, comme le rappelle l'Énoncé de politique de relations internationales du Québec, la première priorité¹².

Il en est du domaine de la santé comme des autres : les relations bilatérales et les relations multilatérales (échanges directs et recours aux forums internationaux) doivent s'étayer mutuellement, afin que tous les gouvernements participent à l'action menée en vue d'atteindre les objectifs du nouvel ordre sanitaire international.

12. MINISTÈRE DES RELATIONS INTERNATIONALES, *Le Québec dans le monde. Le défi de l'interdépendance. Énoncé de politique des relations internationales* (juin 1985), p. 23.