

Direction générale
de la santé publique

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 20 novembre 2018

L'honorable Jacques Viens
Commissaire
Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones
et certains services publics au Québec
600, avenue Centrale
C.P. 547
Val-d'Or (Québec) J9P 1P8

Monsieur le Commissaire,

À la suite de mon passage aux audiences de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec le 12 septembre dernier, madame Faisca Richer a déposé, le 11 octobre 2018, un mémoire intitulé *La surveillance des iniquités de santé au sein des populations autochtones au Québec* et la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) a déposé, le 15 octobre 2018, un mémoire intitulé *L'information sur la santé des Premières Nations* afin de répondre à certains des propos que j'y ai tenus. Je comprends le désir de clarification qui a pu motiver le dépôt de ces documents à la Commission et je reconnais que parmi l'ensemble des principes, processus et interventions de la santé publique qui ont été présentés certains éléments relativement à l'exercice de la fonction de surveillance de l'état de santé ont été présentés succinctement et certains enjeux et contraintes légales entourant la fonction de surveillance de l'état de santé des communautés autochtones n'ont possiblement pas été bien compris. Il m'apparaît donc nécessaire d'apporter certaines nuances et clarifications quant à l'interprétation qui a pu être faite des propos que j'ai tenus lors de l'audience et de répondre à certaines des critiques qui me sont adressées dans les deux documents déposés par madame Richer et la CSSSPNQL.

... 2

Madame Richer avance que j'ai « laissé entendre que [l'absence de données de surveillance au regard des populations autochtones au Québec] était essentiellement justifié[e] par des difficultés d'ordre méthodologique et épidémiologique, telles que l'absence d'identifiant autochtone aux registres provinciaux, ainsi que l'impossibilité de diffuser des données basées sur de petites populations ». Madame Richer propose ensuite certaines solutions qui viendraient, selon elle, régler relativement simplement les enjeux énoncés. Tout d'abord, si j'ai, en effet, abordé certains des enjeux liés à l'utilisation des renseignements issus des bases de données administratives, je n'ai jamais affirmé qu'il était impossible de produire des données pour les communautés autochtones. Au contraire, j'ai d'ailleurs cité les exemples de la Direction de santé publique de Montréal, auxquels madame Richer réfère, qui montre d'autres façons d'obtenir des renseignements que les banques de données administratives, ainsi que des productions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou d'autres directions de santé publique où des analyses utilisant des indicateurs géographiques ont été réalisées afin de produire des portraits de santé.

Il est toutefois important de rappeler que l'utilisation d'indicateurs géographiques pour produire des données à une échelle territoriale donnée à partir des renseignements compris dans les banques de données du MSSS permet de caractériser les populations sur un territoire, et non pas selon leur appartenance ou non à une communauté des Premières Nations. En effet, les banques de données administratives ne permettent pas, actuellement, de capter les populations autochtones vivant hors réserve. Dans la même lignée, lorsque j'ai abordé les enjeux de confidentialité et de petits nombres, je n'impliquais pas qu'il s'agissait d'obstacles insurmontables à la production de données, mais bien que cela représente des enjeux additionnels à considérer, particulièrement lorsque ces données doivent faire l'objet d'une évaluation par la Commission d'accès à l'information du Québec.

Concernant les banques de données administratives, d'autres enjeux apparaissent pertinents à clarifier. Tout d'abord, une importante source de données est le Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) qui permet d'obtenir les codes diagnostics. Or, pour les territoires où le mode de rémunération des médecins comprend une plus grande proportion de médecins rémunérés à salaire ou à honoraires forfaitaires, on retrouve un enjeu important de couverture. Ensuite, madame Richer mentionne que le Fichier des naissances comprend depuis peu un identifiant autochtone. En fait, il est faux d'affirmer que le Fichier des naissances vivantes, qui fait partie du Registre des événements démographiques (RED), comprend un identifiant autochtone. Il est composé des informations comprises dans le Bulletin de naissance vivante (SP-1),

encadré, par la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2), autant au niveau de sa gestion et de son contenu, et le Règlement d'application de la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres (RLRQ, chapitre L-0.2, r. 1). Il n'est donc pas possible pour le moment d'associer les données issues du fichier des naissances à un identifiant autochtone.

Au sujet de l'accès aux données rapporté par la CSSSPNQL, je tiens à réitérer la volonté du MSSS de collaborer avec la CSSSPNQL afin que l'état de santé des populations autochtones soit adéquatement documenté. En aucun cas, le MSSS n'a remis en cause la légitimité de la CSSSPNQL et ses capacités à utiliser à bon escient les données sociosanitaires. La CSSSPNQL qualifie de « sibylline et confuse » la situation de la surveillance de l'état des Premières Nations. Or, la situation décrite par la CSSSPNQL est clairement balisée par la Loi sur la santé publique. Les obstacles institutionnels mentionnés par la CSSSPNQL quant à l'accès aux données sont, comme affirmés lors de l'audience, des processus encadrés par des lois et toute personne ou tout organisme y est assujéti. Le MSSS et la CSSSPNQL ont exploré trois scénarios possibles, en vertu du cadre législatif en vigueur, afin de permettre à cette dernière d'assurer le suivi de l'état de santé des populations autochtones. L'un de ces scénarios consistait d'ailleurs à confier à la CSSSPNQL un mandat de surveillance, mais c'est la réalisation d'un projet de recherche qui a été retenu, entre autres, en raison de l'enjeu de gouvernance. Aussi, madame Richer affirme que « la communauté Mohawk de Kalmawàke a obtenu l'accès à ses données auprès de la [direction de santé publique] DSP qui les sert », sous-entendant que celle-ci a eu accès aux bases de données détenues par le MSSS et la RAMQ. Or, pour le projet mentionné, il s'agit plutôt d'une demande de la communauté adressée à la Direction de santé publique de la Montérégie afin d'obtenir les résultats de différents indicateurs.

Rappelons que la responsabilité de la surveillance, comme stipulé à l'article 34 de la Loi sur la santé publique, est confiée exclusivement au ministre et aux directeurs de santé publique. On indique également dans les articles 34 à 36, que le ministre peut confier à l'Institut national de santé publique du Québec ou à un tiers, le mandat d'exercer, en tout ou en partie, sa fonction de surveillance ou certaines activités de surveillance. Cette proposition a été analysée par la CSSSPNQL et le MSSS et les deux parties en sont venues à la conclusion que cette option ne répondait pas aux besoins exprimés par la CSSSPNQL, dans la perspective où le MSSS demeurerait propriétaire des données, alors que la CSSSPNQL revendique la gouvernance au niveau des données sur l'état de santé de la population des Premières Nations.

Enfin, je considère important de souligner que je comprends l'insatisfaction de la CSSSPNQL et de madame Richer quant au manque de données sur les Premières Nations du Québec. Je souhaite de nouveau réitérer ma volonté et celle de la Direction générale de la santé publique du MSSS à collaborer avec la CSSSPNQL afin que soit mieux documenté l'état de santé des Premières Nations et que les méthodes utilisées soient davantage adaptées à leur réalité.

Veillez agréer, Monsieur le Commissaire, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint,



Horacio Arruda, M.D., FRCPC

N/Réf. : 18-SP-00802