

Projet de loi n°7

Assemblée nationale, 43ième législature, 2ième session

Mémoire présenté à :

La ministre responsable de l'Administration gouvernementale et de
l'Efficacité de l'État et
la Commission des Finances publiques




Décembre 2025

le CReSP
est issu d'un
partenariat
entre

Université 
de Montréal

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de l'Île-de-Montréal
Québec 

Le CReSP est soutenu financièrement par le Fonds de recherche du Québec - Santé



Avant-propos

Mémoire présenté à la Commission des finances publiques par* : Lara Gautier¹, Charlotte Serrano¹ et Louise Potvin¹

Auteurs* du mémoire : François Béland¹, Carole Clavier², Lara Gautier¹, Charlotte Serrano¹ et Louise Potvin¹

Affiliations des auteurs

¹ : Centre de recherche en santé publique, Université de Montréal

² : Département de sciences politiques, Université du Québec à Montréal

* : Les noms des personnes sont présentés par ordre alphabétique

Le projet de loi n°7, *Loi visant à réduire la bureaucratie, à accroître l'efficacité de l'État et à renforcer l'imputabilité des hauts fonctionnaires* a été présenté le 5 novembre 2025 à l'Assemblée nationale par la ministre et présidente du Conseil du trésor, Mme France-Élaine Duranceau.

Le présent mémoire concerne les sections I à VI du Chapitre 1 intitulé « Institut national de santé publique du Québec ».

Sans nier l'éventuelle nécessité d'une modernisation administrative, la restructuration proposée au Chapitre 1 apparaît problématique puisqu'elle entraîne des incertitudes et des risques majeurs pour le maintien de la cohérence des fonctions de santé publique et pour la souveraineté de la gouvernance en santé publique au Québec. Ainsi, les dispositions actuelles du projet de loi n°7 fragilisent la visibilité et la capacité d'action de la santé publique au Québec.

Ce mémoire présente une analyse des enjeux associés à cette transformation.

Table des matières

Table des matières

Résumé exécutif.....	4
Section 1- Contexte.....	5
Section 2- Dans les faits : le démantèlement d’une institution-phare et non la fusion de deux instituts	7
Section 3- Résultat à court terme : Éparpillement et étiolement des missions de santé publique ..	8
Section 4 – Impacts à moyen et long terme du démantèlement de l’INSPQ.....	9
1. Fin d’un modèle intégré des missions de santé publique qui a fait ses preuves	9
2. Fragilisation des missions d’expertise et d’assistance qui résultera en une perte de légitimité des décisions de santé publique	11
3. Affaiblissement de la souveraineté du Québec en santé publique	12
Section 5- Leçons à retenir d’autres juridictions	13
1. L’exemple finlandais et ses impacts négatifs.....	14
2. L’exemple danois : retour à un modèle intégré après le démantèlement de son agence de santé publique.....	15
Conclusions et recommandations	17
Références bibliographiques.....	18

Résumé exécutif

Dans ce mémoire, nous argumentons que les dispositions du Chapitre 1 du projet de loi n°7 résultent, dans les faits, au démantèlement des missions de l'INSPQ. Un tel démantèlement mettrait fin à l'intégration des missions de l'institut (référence, expertise et assistance), ce qui mènerait à un recul important pour la santé de la population québécoise. À moyen et à long terme, cela poserait un risque significatif pour la santé et la souveraineté sanitaire des Québécois et des Québécoises. Nous montrons également comment d'autres juridictions en Europe ayant emprunté la voie de telles fusions ont fait état de conséquences négatives et sont revenues en arrière.

Sur la base de nos analyses, nous proposons deux recommandations afin d'éviter de répéter les erreurs que ces autres juridictions ont commises :

1. Retirer les dispositions en lien avec le démantèlement de l'INSPQ et sa fusion avec l'INESSS, qui desservent le bien-être des québécois.
2. Si cela n'est pas possible, **établir une structure qui maintienne l'intégrité institutionnelle de l'INSPQ**, incluant l'ensemble de ses missions qui assurent la continuité des liens entre les quatre fonctions de la santé publique (surveillance, protection, prévention et promotion de la santé). Afin de maintenir cette continuité, et dans un contexte épidémiologique rapidement changeant, cela suppose :
 - en priorité : de **s'assurer que les laboratoires soient inclus dans la nouvelle structure** et non pas séparés,
 - de **conserver dans cette structure les volets de formation et de recherche en santé publique**, au lieu de les séparer,
 - d'accorder une place prépondérante à la santé publique dans **le nom et le dispositif gouvernance** de cette structure.

Section 1- Contexte

Les objectifs du projet de loi n° 7 (PL 7) s'articulent autour de trois grandes mesures qui permettraient «une réorganisation des structures et des activités de l'État, l'assouplissement des processus et la mutualisation des ressources ainsi qu'un resserrement de l'imputabilité des hauts fonctionnaires» (Projet de loi n° 7, Notes explicatives). Ce projet de loi «omnibus» modifie une soixantaine de lois. Il abolit et fusionne quantité d'organismes et d'instituts gouvernementaux, redistribue des pans entiers de leurs responsabilités ici et là dans l'appareil gouvernemental, et accroît la centralisation de responsabilités administratives au sein des ministères dont relèvent ces organismes et instituts. **Nulle part dans le projet de loi, la capacité des réorganisations, assouplissements, mutualisations et resserrements de contribuer à l'atteinte des objectifs des Instituts, Centres et organismes divers visés par la loi n'est interrogée.** L'interrogation est particulièrement pertinente en regard de l'abrogation de la loi de l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) et de l'éparpillement de ses fonctions au ministère de la Santé et des Services sociaux, à Santé Québec et à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) rebaptisé par le projet de loi n°7 l'Institut québécois de santé et de services sociaux (IQSSS). **L'objet de ce mémoire est d'argumenter que la fusion proposée résultera, dans les faits, au démembrement des missions de l'INSPQ, ce qui constitue un recul important pour la santé publique québécoise et, à moyen et à long terme, un risque significatif pour la santé et la souveraineté sanitaire des Québécois et des Québécoises.**

L'INSPQ, créé en 1998, a été l'occasion de reconnaître institutionnellement au Québec la mission populationnelle qu'assument les systèmes de santé dans les sociétés avancées. Alors que la grande majorité des composantes (et dépenses) d'un système de santé vise à maximiser les bénéfices d'une intervention auprès d'individus malades, la santé publique contribue à la santé dans une perspective collective et populationnelle (Dab, 2005). **Elle mobilise les acteurs publics, privés et communautaires pour agir sur l'ensemble des déterminants de la santé (dont le système de soins qui contribue pour 10%-15% de la santé de la population (*Determinants of Health Visualized*, s. d.) afin d'améliorer la santé de la population et réduire les iniquités en matière de santé.** Dans ce contexte, elle fonde les politiques et les interventions en santé publique sur des connaissances scientifiques, elle développe et propose des politiques et interventions qui s'en inspirent, elle consulte les populations et les instances concernées et elle mobilise les agences, les personnes et les ressources appelées à les implanter (Fassin, 2006). Une santé publique efficace doit donc disposer d'un appareil institutionnel adéquat pour remplir sa mission et atteindre ses objectifs.

Au Québec, la santé publique mobilise un grand nombre d'acteurs qui proviennent d'organismes divers, dont les interventions sont basées sur des connaissances, sur leur diffusion et sur la capacité de les traduire en politiques et en interventions efficaces, performantes et à haut rendement. Ainsi, la participation de la santé publique au système de santé est assurée par Sous-ministériat Prévention et santé publique du Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS). Dix-huit directions régionales de la santé publique relevant de Santé Québec assurent la présence locale de la santé publique tout en coordonnant leurs actions à la Table de coordination nationale en santé publique. Des écoles et des départements universitaires forment des décideurs, des professionnels, des chercheurs et des professeurs en santé publique. L'Association pour la santé publique du Québec, une ONG scientifique et professionnelle, promeut et diffuse les connaissances. De nombreux partenaires nationaux, régionaux et locaux (écoles, municipalités, entreprises etc.) agissant à l'extérieur du secteur de la santé sont impliqués dans plusieurs aspects des actions de santé publique. Un champ d'action aussi dense ne peut atteindre ses missions et ses objectifs que s'il dispose d'institutions qui y sont consacrées, comme c'est le cas de l'INSPQ.

L'action en santé publique repose sur quatre fonctions essentielles et interreliées, qui sont définies dans la Loi de la santé publique et qui ne font l'objet d'aucune mention dans le PL 7 : la surveillance de l'état de santé, la protection de la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé. L'INSPQ a été créé à la fin des années 1990 afin de remplir une triple mission essentielle (expertise, assistance et référence) qui permet d'assurer une cohérence de l'action en santé publique. La première mission fait de l'INSPQ un centre d'expertise scientifique incontournable en santé publique au Québec, réunissant des professionnels en recherche qui produisent et analysent des connaissances en surveillance, protection, prévention et promotion de la santé. Cette mission comprend notamment les évaluations d'impact sur la santé, qui représentant un mandat clé de l'INSPQ pour protéger les populations. La deuxième mission est l'**assistance**, via laquelle l'INSPQ rend l'expertise accessible aux autorités (directions de santé publique dans chaque région du Québec et le ministère de la santé et des services sociaux [MSSS]) et à la population. La mission d'assistance inclut également un volet de protection et surveillance (deux grands laboratoires de santé publique de pointe : le Laboratoire de santé publique du Québec et le Centre de toxicologie du Québec), et un volet de formation continue en santé publique. Cette mission accompagne ainsi les milieux de pratique (notamment au sein du réseau de la santé et des services sociaux) pour améliorer les compétences et soutenir la mise en œuvre des programmes de santé publique. La troisième mission est la **référence** en santé publique, à travers laquelle l'institut rassemble et diffuse les connaissances scientifiques afin de servir de repère aux autorités publiques (nationales et internationales) et au public.

Malheureusement, le PL 7 fait l'économie d'une réflexion sur la façon dont ses intentions essentiellement bureaucratiques, soient la réorganisation, l'assouplissement, la mutualisation et l'imputabilité, telles qu'opérationnalisées dans le démembrement de

l'INSPQ faciliterait l'expression de ses responsabilités et l'exécution de ses missions en ce qui concerne la santé des Québécois et des Québécoises.

Section 2- Dans les faits : le démantèlement d'une institution-phare et non la fusion de deux instituts

Contrairement à ce que laisse entendre le titre de la section I du PL 7 (« Fusion de l'INSPQ et de l'INESSS »), dans les faits, on constate un **démantèlement de l'INSPQ**. D'ailleurs, ceci est annoncé dès le premier article du PL 7, qui vise l'abrogation de la loi qui instaure l'INSPQ. Un tel démantèlement fragilise le positionnement institutionnel de la santé publique au Québec par la dispersion des missions d'expertise, d'assistance et de référence de l'INSPQ entre plusieurs organisations. En effet, ses missions se trouvent éparpillées dans trois structures – l'INESSS qui deviendra l'IQSSS (notamment les missions en lien avec l'assistance en santé publique), au MSSS et à Santé Québec.

Les dispositions du PL 7 – abolition de l'INSPQ et éparpillement annoncé de ses missions – s'inscrivent dans la logique des initiatives législatives des dernières années, notamment le PL 15 et la création de Santé Québec, qui tendent à rendre invisible la santé publique dans le paysage institutionnel québécois (Arpin et al., 2025). En particulier, les PL 15 et PL 7 entraînent une dilution marquée des fonctions essentielles de la santé publique que sont la surveillance, la protection, la prévention de la maladie et la promotion de la santé. En les diluant dans le mandat gouvernemental en santé et services sociaux, ces projets de loi réduisent la portée populationnelle de la santé publique et la subordonnent à une perspective essentiellement individuelle et clinique. Cette dilution reflète une approche réductrice de la santé publique. Elle s'éloigne aussi de la vision historique des pionniers de la santé publique, qui faisait la spécificité du Québec.

Au tournant du millénaire, sous le leadership visionnaire de Dr Jean Rochon, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, le Québec s'est doté d'outils et d'institutions qui le positionnaient **à l'avant-garde de la santé publique au Canada et dans le monde**. Les principaux outils qui suscitaient l'envie dans le reste du Canada, étaient les suivants :

1. L'INSPQ qui regroupait pour la première fois au Canada dans une même organisation les fonctions d'expertise, de référence et d'assistance en santé publique,
2. La Loi de la santé publique de 2001 qui définissait les fonctions essentielles de la santé publique,
3. Le Programme national de santé publique qui devenait le principal outil de planification pour la santé publique,

4. La généralisation de l'approche populationnelle comme stratégie d'action fondamentale des organisations de santé publique.

La santé publique québécoise se présentait dorénavant comme étant fortement intégrée, guidée par une direction stratégique claire et possédant les moyens de ses ambitions. Articulée au système de soin, elle en était distincte car, soigner des individus malades requiert des moyens et stratégies différents que mettre en œuvre les conditions qui préviennent la maladie, surveillent, protègent et promeuvent la santé de la population. L'abolition de l'INSPQ mettra fin à une structure qui porte cette vision québécoise de la santé publique, au Québec et au-delà.

À sa création en 1998, l'INSPQ est en effet la seule agence technique entièrement consacrée à la santé publique au Canada. Son modèle novateur suscite rapidement l'intérêt à travers tout le Canada : il inspire d'ailleurs la création de l'Agence de Santé Publique du Canada en 2004. L'INSPQ s'impose comme une référence incontournable, offrant un cadre organisationnel qui a servi d'exemple à l'international, aux autres provinces canadiennes et aux organismes nationaux. Aujourd'hui, l'INSPQ, l'ASPC et le BCCDC demeurent les trois seules agences indépendantes entièrement dédiées à la santé publique au Canada. Si le PL 7 est maintenu tel quel, en avril prochain, la Colombie britannique restera la seule province canadienne dotée d'une agence indépendante de santé publique, le BCCDC. La section 4.3 analyse de manière approfondie l'enjeu que cela représente pour la souveraineté en santé publique du Québec.

Section 3- Résultat à court terme : Éparpillement et étiolement des missions de santé publique

En 1998, l'INSPQ est né du constat que la «...fragmentation et la duplication de l'expertise en santé publique au Québec» (Plan d'organisation administrative, INSPQ, 2025) sert mal la population québécoise. La loi de l'INSPQ permettait le regroupement en **un seul organisme** des missions (précédemment explicitées) d'expertise, de référence et d'assistance essentielles pour que le MSSS et **toutes les directions régionales de santé publique au Québec** puissent remplir leurs fonctions telles qu'énoncées plus haut. Concernant les missions de référence et d'assistance, il est préjudiciable d'opérer un retour au passé par le démantèlement de l'INSPQ prévu par le PL 7. Avant la création de l'institut, certaines régions, notamment Montréal et Québec, du fait de leur proximité avec les milieux universitaires, concentraient l'expertise québécoise et la capacité d'innovation en santé publique. Un peu plus de vingt-cinq ans après sa création, l'INSPQ est devenu le centre institutionnel de référence en santé publique sur l'ensemble du territoire du Québec.

Ce sont toutes les régions du Québec, même les plus éloignées qui bénéficient de cette expertise. A ce propos, la popularité des *Journées annuelles de santé publique*, rendez-vous annuel incontournable pour les professionnels de santé publique du Québec et organisé par l'INSPQ, ne se dément pas. Elles attirent chaque année près d'un millier de participants. Le transfert vers le MSSS (prévu à l'article 19 de du PL 7) des missions de l'INSPQ relatives à l'expertise, la formation et la recherche mènera inexorablement à : 1) une dilution les fonctions de la santé publique dans l'appareil ministériel – le MSSS est prioritairement organisé autour de la performance du système de soins, et 2) une re-concentration de l'expertise de santé publique dans les grands centres, aux dépens des régions qui n'auront plus le même accès à l'expertise provinciale que représentait l'INSPQ. Il est pour le moins ironique que cette situation résulte d'un gouvernement qui favorise une politique de « gouvernement des régions ».

La mission d'assistance sera en mise en péril par la migration des missions afférentes vers l'IQSSS tel que prévu à l'article 5 du projet de loi. En effet, bien que l'INSPQ et l'INESSS partagent certaines approches méthodologiques et utilisent des moyens qui peuvent s'apparenter dans l'exécution de leurs travaux, leurs approches les distinguent fortement. La mission de l'INESSS s'articule autour d'une somme de mandats statutaires, tels que l'évaluation des interventions et des coûts de pratiques cliniques et l'élaboration de guides cliniques. La mission de l'INSPQ est définie en termes plus larges qui impliquent des champs d'actions collectives plutôt que des procédures cliniques auprès d'individus (comme l'illustrent les dispositions de l'article 5 du chapitre II de la [Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux](#)).

Cet éparpillement et étiolement des missions de l'INSPQ qui résultera de l'application du PL 7 tel qu'il est rédigé aura des impacts importants à moyen et long terme pour la santé publique québécoise et éventuellement des répercussions pour la santé des Québécois et Québécoises.

Section 4 – Impacts à moyen et à long terme du démantèlement de l'INSPQ

1. FIN D'UN MODÈLE INTÉGRÉ DES MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE QUI A FAIT SES PREUVES

L'éparpillement des missions est problématique parce qu'il marquerait la fin de l'intégration de l'action en santé publique au Québec. Cette intégration est essentielle pour refléter une vision cohérente de la santé publique et assurer le meilleur service possible au ministère et à la population. Il est particulièrement inquiétant de constater, par exemple,

que la fonction de protection, reliée aux laboratoires de l'INSPQ, serait séparée du volet de **recherche** (remplissant la fonction de surveillance, mais aussi recherche et développement) et **formation en santé publique**. La fonction de protection migrerait vers Santé Québec (article 18 du PL 7) alors que le volet recherche et formation serait pris en charge par le MSSS (article 5 du PL 7). **Comment, seulement 3 ans après la fin d'une pandémie qui a marqué l'histoire de l'humanité, et alors que nous traversons une épidémie de rougeole, justifier de mettre fin à la nécessité d'assurer une mise à jour en continu des expertises de pointe en laboratoire ?** L'INSPQ a joué un rôle de référent en surveillance épidémiologique tout au long de la pandémie de COVID-19, notamment grâce au Laboratoire de santé publique du Québec (*COVID-19 : Épidémiologie et directives cliniques / INSPQ, 2025; CoVSeQ, s. d.*). Encore aujourd'hui, l'INSPQ continue de jouer ce rôle en permettant de faire évoluer les connaissances sur l'épidémie pour protéger les populations, apportant une expertise globale des problématiques de santé du Québec. Ces fonctions essentielles de la santé publique (protection et surveillance) ne pourront plus être remplies si le PL 7 est adopté en l'état actuel.

Exemple probant de l'impact de l'intégration des missions (plutôt que leur éparpillement dans trois organisations), l'INSPQ s'est imposé comme un acteur d'avant-garde en anticipant très tôt les enjeux de santé publique liés aux écrans. Dès 2020, en pleine pandémie, l'institut proposait des balises d'encadrement, preuve de ses capacités à anticiper et prévenir une crise de santé publique (INSPQ, 2020). L'INSPQ a également contribué à l'élaboration de la Stratégie québécoise sur l'utilisation des écrans et la santé des jeunes 2022-2025, pilotée par le MSSS, fournissant les données probantes justifiant les cibles de réduction du temps d'écran récréatif. L'institut a par la suite affiné son expertise en ciblant des contextes spécifiques (p.ex. le contexte scolaire) et publiant des avis sur les inégalités numériques et l'encadrement parental, soulignant que les exigences parentales freinent souvent la régulation des usages (INSPQ, 2021; INSPQ, 2022; INSPQ, 2023a). En 2023, son rôle d'influence a culminé avec le développement d'un *Modèle logique pour comprendre les usages des écrans*, outil méthodologique majeur objectivant les liens de causalité entre exposition et santé (INSPQ, 2023b). En 2024, l'institut participa à la *Commission spéciale sur les impacts des écrans et des réseaux sociaux sur la santé et le développement des jeunes* devant l'Assemblée nationale, consolidant son autorité publique. Dans son mémoire stratégique *Mieux vivre avec les écrans*, l'INSPQ a encouragé à une régulation législative des designs persuasifs et à une réduction de l'exposition en milieu scolaire (INSPQ, 2024a). L'action de l'institut se poursuit en 2025 par une veille continue, publiant des données probantes sur la santé mentale des 12-17 ans et les perceptions parentales, confirmant son statut de gardien scientifique face aux dérives de l'industrie numérique (INSPQ, 2025). **En résumé, l'INSPQ n'a pas seulement suivi l'évolution des problématiques liées aux écrans : il les a anticipées (vigie), documentées (expertise) et encadrées (soutien à la décision), devenant un chef de file scientifique et institutionnel dans la protection de la santé des jeunes face à l'hyperconnectivité.** C'est précisément

l'intégration des différentes missions, qui a pourtant fait ces preuves, qui est menacée par les dispositions du PL 7.

En outre, l'éparpillement de la mission d'expertise scientifique (qui serait transférée dans le nouvel institut avec l'INESSS), du volet laboratoire (volet confié à Santé Québec) et du volet recherche et formation en santé publique (transféré au MSSS) aura des conséquences négatives 1) pour la protection de la santé des Québécois et la fonction de surveillance épidémiologique, alors même que nous sortons d'une pandémie majeure et que de nouvelles épidémies apparaissent (rougeole notamment, cf. *supra*) et 2) pour le milieu de la recherche que nous représentons dans le présent mémoire. En effet, le cadre législatif actuel confère à l'INSPQ **un rôle qui favorise une circulation continue des savoirs entre la surveillance, la recherche, l'expertise scientifique et la formation**. Ce rôle permet de renforcer les liens avec les milieux universitaires (Institut National de Santé Publique du Québec, s.d.), de soutenir la relève et permet aux équipes de formation d'être directement connectées aux données et aux expertises qu'elles transmettent (Institut national de santé publique du Québec, 2012). En mettant fin à cette intégration des missions, la formation risque de s'éloigner de l'expertise scientifique de terrain. Pourtant, depuis 2022 l'INSPQ **s'illustre par son rôle de coordination des acteurs de la recherche en santé publique au Québec afin de soutenir une main d'œuvre qualifiée en santé publique** : l'institut pilote une « Table des partenaires universitaires » afin de rassembler les universitaires deux à trois fois par an pour assurer le renforcement de la main-d'œuvre qualifiée en santé publique à travers des activités universitaires en santé publique (formation, recherche et mobilisation des connaissances). Elle réunit ainsi des représentants de tous les établissements d'enseignement postsecondaire du Québec qui offrent un programme d'études ou une formation spécialisée dans le domaine de la santé publique ou menant à une carrière dans ce domaine. L'un de ses principaux résultats a été l'organisation en 2023 d'une journée de réflexion stratégique sur la formation en santé publique au Québec, menant à l'adoption du **Plan d'action pour la formation en santé publique du Québec (2024)** (INSPQ, 2024b). La réorganisation proposée par le PL 7 pourrait donc affaiblir les relations établies avec les universités, ralentir la diffusion des innovations et nuire à la cohérence nationale de la formation en santé publique.

2. FRAGILISATION DES MISSIONS D'EXPERTISE ET D'ASSISTANCE QUI RÉSULTERA EN UNE PERTE DE LÉGITIMITÉ DES DÉCISIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

La fin du modèle intégré des missions de santé publique aura également pour conséquence de fragiliser la légitimité des décisions de santé publique. En effet, l'une des forces de l'INSPQ est de rassembler les expertises dans toutes les fonctions de la santé publique, tant la surveillance, la protection, la prévention que la promotion de la santé. **L'unité de**

l'expertise scientifique est essentielle pour que la santé publique puisse agir de façon efficace pour la santé de tous les Québécois, en prenant en considération les défis de long terme tels que les pandémies, les maladies chroniques, les inégalités sociales ou les changements climatiques. La fusion avec le mandat d'expertise sur les soins et services sociaux de l'INESS risque d'affaiblir la visibilité et les moyens dédiés à l'expertise en santé publique (Gagnon et al., 2023), comparativement aux autres missions du nouvel institut. Pourtant, ce mandat d'expertise spécialisée en santé publique contribue à la crédibilité de l'INSPQ et des informations qu'il diffuse (Lemor et al, 2025).

Ainsi, le mandat d'expertise conduit à la publication de rapports d'évaluation, de cadres de référence ou encore de guides de pratiques professionnelles correspondant aux différentes fonctions de la santé publique. **Alimentée par cette mission d'expertise, la mission d'assistance confère à l'INSPQ le rôle essentiel de conseil auprès de la direction nationale de santé publique, du ministère et des directions régionales de santé publique.** Ceci implique concrètement d'informer le gouvernement sur les conséquences des politiques publiques pour la santé de la population, en s'appuyant sur les données scientifiques les plus à jour. Cette partie du mandat de l'INSPQ conduit à la publication d'avis scientifiques et de mémoires sur des projets de loi pouvant avoir un impact sur la santé de la population. Pour produire des avis pertinents dans le contexte, l'INSPQ a développé **une capacité d'analyse politique** qui combine les acquis de la recherche scientifique et l'analyse de l'environnement politique, social et institutionnel des politiques et programmes sur lesquels il se prononce (Denis et al., 2023; Fafard et al., 2022; Forest, 2022; Forest et al., 2015). L'une des illustrations les plus éloquentes de cette capacité et des impacts politiques et sociaux qu'elle peut produire est le travail de l'INSPQ mentionné précédemment au sujet des écrans (INSPQ, 2024a). Cette capacité d'analyse politique provient notamment de son organisation, de l'intégration des expertises thématiques en santé publique et des personnels ayant une expertise en analyse de politiques publiques. En défaisant ces liens, le PL 7 affaiblira à la fois les mandats d'expertise et d'assistance de l'INSPQ.

Enfin, dans le contexte de l'éloignement inquiétant entre savoirs scientifiques et décisions politiques au sud de notre frontière (et tout particulièrement en santé publique), le milieu universitaire a besoin d'un centre d'expertise scientifique comme l'INSPQ, qui rassemble des interlocuteurs compétents et formés en recherche, pour produire des connaissances utiles à l'action gouvernementale. Dans une perspective d'efficacité et de bonne utilisation des fonds publics de la recherche, nous avons besoin de courroies de transmission, de traducteur entre les réalités gouvernementales et le milieu universitaire.

3. AFFAIBLISSEMENT DE LA SOUVERAINETÉ DU QUÉBEC EN SANTÉ PUBLIQUE

En tant qu'espace privilégié où les connaissances, les réflexions, l'innovation, la prévision et l'accumulation de données enrichissent la capacité opérationnelle de Santé Québec et

celle des régions (notamment les directions de santé publique), l'INSPQ a besoin d'une structure institutionnelle qui protège l'ensemble de ses activités afin d'assurer la continuité de ses missions. Le démantèlement de l'INSPQ et la dispersion de ses missions dans d'autres organisations affaiblira inexorablement la capacité d'action, de réponse à l'urgence et d'innovation de la santé publique québécoise. Or, comme la santé publique agit au plus près des populations dans le tissu même des sociétés et du vivre ensemble, c'est une partie de la souveraineté québécoise qui est en jeu.

En effet, au Canada, en excluant les forces armées et les Inuits, Métis et Premières Nations, l'organisation des soins de santé est une responsabilité provinciale dans le cadre fédéral de la Loi canadienne sur la santé. Celle-ci définit entre autres les modalités de transferts par lesquels Ottawa rembourse en partie les dépenses provinciales en santé. Or, depuis un demi-siècle le fédéral se désengage progressivement du financement des soins et réinvestit notamment en santé publique, qui est une juridiction partagée, son énorme pouvoir de dépenser pour la santé et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes. **Le vide laissé par l'affaiblissement de la santé publique québécoise sera une invitation pour Ottawa d'accroître son influence dans la vie de la population québécoise.** Dans un contexte où l'INSPQ échange d'égale à égale avec une agence fédérale (l'Agence de santé publique du Canada), et où l'on salue la réactivité de l'INSPQ en termes de protection et surveillance, il serait pour le moins ironique qu'un gouvernement qui se considère "autonomiste" délaisse volontairement un champ de compétence au gouvernement fédéral en perdant son leadership en santé publique.

Section 5- Leçons à retenir d'autres juridictions

La littérature scientifique et grise nous fournit de nombreux enseignements sur des exemples d'autres pays et juridictions comparables au Québec qui ont opéré ce même type de démantèlement des fonctions de santé publique, avec de nombreuses conséquences négatives. À cet égard, outre les effets délétères financiers¹, politiques et populationnels

¹ En 2023, en référence au « Department of Health and Social Care annual report and accounts 2021-22 », le contrôleur et vérificateur général britannique a émis une « déclaration d'abstention » rare sur les comptes de la nouvelle entité UKHSA (qui a substitué *Public Health England* [PHE] sans clair transfert de compétences en santé publique et sans plan de transition), **déclarant qu'il n'avait pas pu obtenir de preuves suffisantes pour vérifier 3,3 milliards de livres sterling de stocks pour le dépistage et le traçage des cas de COVID-19 et 1,9 milliard de livres sterling de charges à payer.** En outre, dans un autre document officiel, la Commission des comptes publics affirme que l'UKHSA avait « des contrôles financiers si médiocres » que des milliards ne pouvaient être justifiés – notamment sur le programme COVID *Test and Trace* (source : *House of Commons Public Accounts Committee. (2023). "Update on the rollout of the COVID-19 vaccination programme and UKHSA operational performance."*). Le *National Audit Office* a constaté que lors du transfert

bien documentés par nos collègues de l'abolition de *Public Health England* en pleine pandémie (2021) (Borgès Da Silva et al., 2025), pour les fonctions de protection et de surveillance, l'exemple finlandais est particulièrement parlant. Un autre exemple – celui du Danemark – est inspirant car cette juridiction a opéré un retour en arrière sur la fusion réalisée.

1. L'EXEMPLE FINLANDAIS ET SES IMPACTS NÉGATIFS

En 2009, le *Finnish Institute for Health and Welfare* (acronyme : THL) est créé par la fusion de l'Institut de santé publique et l'agence de développement des connaissances. Le THL est devenu un organisme hybride qui combine des questions de santé et sociales avec un rôle beaucoup plus large et des responsabilités plus étendues qu'un institut de santé publique classique (Kaplan et al., 2014). Cette fusion est très proche de la proposition de fusion entre l'INSPQ et l'INESSS. Elle a entraîné une fragilisation de certaines fonctions comme la promotion de la santé et la prévention, et l'abandon et externalisation d'activités comme le laboratoire de recherche (Rapprochement INESSS-INSPQ : Recommandation conjointe des deux conseils d'administration au ministre de la Santé et des Services Sociaux, 2014). En 2014, cinq ans après la création du THL, une première évaluation de l'efficacité a fait émerger des recommandations telles que la nécessité d'améliorer les processus de management et d'organisation, la structure de gouvernance et l'accès aux données. Un audit du *Finish Institute for Health and Welfare* de 2022 publié en 2023 démontre une bonne gestion de la pandémie mais l'institut fait néanmoins face à de nombreux défis. Le THL a un large éventail de fonctions, ce qui rend les responsabilités de la direction disparates et une diversité d'activités qui n'est parfois pas bien comprise et pouvant mener à une faible réactivité (Finnish Institute for Health and Welfare, 2023). De plus, les années 2010 ont été marquées par un affaiblissement de la recherche en Finlande, ce qui se reflète par d'importantes coupes budgétaires et les ressources du THL ont été fortement réduites (Ylönen, 2020). Ces mesures d'austérité ont entraîné de nombreuses pertes d'emploi, notamment de médecins spécialistes et de chefs de groupes de recherche. Il **est maintenant reproché au THL de manquer d'expertise et de capacité de recherche (Lempinen, 2020)**. Une qualité et une capacité de recherche insuffisantes représentent un risque élevé pour la santé publique car cela réduit la capacité à produire et à communiquer des preuves et des conseils scientifiques fiables, à recruter et à retenir le personnel nécessaire, et à investir dans le THL et ses fonctions pour la société et à les développer. Le THL a donc des responsabilités plus large qu'un institut classique mais l'axe de la recherche et de la production d'information sont peu développés (Finnish Institute for Health and Welfare, 2023).

des actifs de la PHE à l'UKHSA le 1er octobre 2021, aucun inventaire approprié n'avait été effectué, ce qui a conduit à une situation où le gouvernement n'était pas en mesure de rendre compte d'une grande quantité de matériel destiné à la lutte contre la pandémie.

La fusion a donc entraîné un affaiblissement de l'axe de recherche et de production d'information du THL. **Il est à craindre que la fusion de l'INSPQ et de l'INESSS entraîne des conséquences similaires, avec une baisse des capacités de recherche en santé publique.** Cette perte dans la mission d'expertise de l'INSPQ pourrait avoir des risques importants pour la population québécoise face à des problématiques de santé toujours plus complexes.

De plus, les experts de l'audit du THL recommandent de privilégier des institutions de recherches indépendantes, ce qui est difficile pour une instance étroitement liée à la prise de décision politique comme le THL (Finnish Institute for Health and Welfare, 2023). **Cette configuration est anticipée pour l'INSPQ, qui pourrait perdre son indépendance scientifique par rapport au gouvernement dans le choix des données collectées, des méthodes, des interprétations et des publications.** À cet égard, l'article 7 du PL 7 est particulièrement problématique, car il énonce que le « plan de priorisation » du nouvel institut soit soumis aux priorités du seul ministre de la santé. Cet enjeu pourrait entraîner des conflits entre les priorités politiques et des besoins en santé publique identifiés par une agence indépendante et forte d'une expertise étendue et pointue avec une capacité de réponse et d'action rapide.

2. L'EXEMPLE DANOIS : RETOUR À UN MODÈLE INTÉGRÉ APRÈS LE DÉMANTÈLEMENT DE SON AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le Danemark est une juridiction comparable au Québec en termes de taille et de profil socio-démographique de population. Le Danemark avait décidé de fusionner les agences de santé publique et d'évaluation de la qualité des soins et services de santé, avant de faire marche arrière. Le gouvernement au pouvoir avançait les mêmes arguments que ceux de la ministre responsable de l'Administration gouvernementale et de l'Efficacité de l'État au Québec aujourd'hui, à savoir une simplification de la gouvernance pour amener des gains d'efficience.

Le Danemark avait fusionné la *Danish Medicines Agency* et le *National Board of Health* pour créer la Danish Health and Medicines Authority en 2012. Elle est conçue comme l'autorité suprême en matière de soins de santé et de contrôle réglementaire des médicaments et assiste le ministère de la Santé ainsi que d'autres autorités (régions et municipalités) dans l'administration des services de santé et informe les citoyens danois sur les questions relatives aux soins de santé. Cependant, les volets de la santé publique et des services sociaux sont peu développés. Des analyses de cette fusion constatent que les inégalités en matière de santé ne sont pas mesurées systématiquement et il n'y a également pas d'évaluation de l'impact des activités de santé sur l'équité au niveau régional et local (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013). La période de gouvernance de la *Danish Health and Medicines Authority*, entre 2012 et 2015, est

également marquée par des problèmes de surveillance de la couverture vaccinale et par une chute de la vaccination au virus du papillome humain. Seulement après trois années de fusion, le Danemark fait marche arrière : en 2015, le ministre de la santé décide d'une réorganisation du système de santé en divisant la *Danish Health and Medicines Authority* en quatre agences la *Danish Medicines Agency*, la *Patient Safety Authority*, la *Danish Health Data Authority* et la *National Health Authority* ou *Danish Health Authority* (DHA) (Birk & Rudkjøbing, 2016). C'est cette dernière qui est l'autorité de santé publique nationale, responsable de la bonne santé des populations (principalement : surveillance, promotion et prévention de la santé) et de la gestion des urgences sanitaires (*Our Mission - Health for All*, s. d.). La DHA collabore étroitement avec la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université du Sud du Danemark (*The Institute*, s. d.) afin de mener des recherches sur les facteurs impactant le plus la santé, la morbidité et la mortalité de la population, et élaborer sur cette base des recommandations, des plans nationaux et des lignes directrices (Birk et al., 2024). Sur ce modèle et dans l'objectif de rapprocher l'expertise scientifique des décisions politiques, il est pertinent que le Québec reste doté d'un institut capable d'apporter une expertise de recherche tout en développant des recommandations et des politiques publiques issues de l'analyse approfondie et indépendante des données.

Le retour en arrière est un succès pour la population danoise. Après un recul de la couverture vaccinale en 2014, suite à la séparation de la DHMA, la DHA reprend la gouvernance du *Danish Childhood Vaccination Programme*, en collaboration avec la *Danish Medical Association*. La DHA met l'accent sur des campagnes de vaccination, notamment avec *STOP HPV – Stop Cervical Cancer* (Loft et al., 2020). Ces campagnes portent leurs fruits : la couverture vaccinale pour la VPH des jeunes filles nées en 2005 augmente jusqu'à 73% en 2018 et la confiance des parents passe de 50% à 80% (Danish Health Authority, 2019) ; Pedersen et al., 2020).

De plus, en parcourant les publications entre 2012 et 2015, on note que les rapports sont essentiellement techniques et portent principalement sur la pharmacovigilance ou les essais cliniques (Danish Medicines Agency, 2016). Pour comparer, nous avons consulté les publications de la DHA qui portent davantage sur des problématiques de santé publique (vaccination, santé mentale) avec des rapports de stratégies nationaux, des directives et des recommandations à destination de la population (Danish Health Authority, 2021). Par exemple, en 2022, la DHA publie un plan d'action de 10 ans pour soutenir la santé mentale (Danish Health Authority, 2022).. Ces illustrations montrent 1) le manque à gagner populationnel causé par des fusions telles que celle annoncée par le PL 7 et 2) les gains politiques et populationnels d'institutionnaliser le mandat de santé publique et de le rendre le plus visible possible.

Conclusions et recommandations

Dans ce mémoire, nous avons argumenté que les dispositions du Chapitre 1 du PL 7 résultent, dans les faits, au démantèlement des missions de l'INSPQ. Ceci constituerait un recul important pour la santé publique québécoise et, à moyen et à long terme, un risque significatif pour la santé et la souveraineté sanitaire des Québécois et des Québécoises. Nous avons également montré comment d'autres juridictions ayant emprunté la voie de telles fusions ont fait état de conséquences négatives et sont revenues en arrière.

Sur la base des développements précédents, nous proposons quatre recommandations.

La première est de retirer les dispositions en lien avec le démantèlement de l'INSPQ et sa fusion avec l'INESSS, qui desservent le bien-être de la population québécoise.

La première, et la plus importante à notre avis, est de retirer les dispositions en lien avec le démantèlement de l'INSPQ et sa fusion avec l'INESSS, qui desservent le bien-être des Québécois.

Si cela n'est pas possible, nous **proposons d'établir une structure qui maintienne l'intégrité institutionnelle de l'INSPQ**, incluant l'ensemble de ses missions qui assurent la continuité des liens entre les quatre fonctions de la santé publique (surveillance, protection, prévention et promotion de la santé). Afin de maintenir cette continuité, et dans un contexte épidémiologique rapidement changeant, cela suppose :

- en priorité : de **s'assurer que les laboratoires soient inclus dans la nouvelle structure** et non pas séparés (comme c'est le cas actuellement),
- de **conserver dans cette structure les volets de formation et de recherche en santé publique**, au lieu de les séparer (comme c'est le cas actuellement),
- de **mentionner spécifiquement la santé publique dans le nom et le dispositif de gouvernance de cette structure** (p.ex., en proposant que les membres du conseil d'administration disposent d'une expertise dans chacune des quatre fonctions de la santé publique).

Notre proposition d'établissement d'une structure qui maintienne l'intégrité institutionnelle de l'INSPQ est cohérente avec l'histoire du Québec, qui met de l'avant la centralité de la responsabilité populationnelle. Elle est également alignée avec les propositions du mémoire présenté par nos collègues le 27 novembre dernier devant cette même commission et avec les propositions d'amendement décrites dans le mémoire des 18 directeurs de santé publique de l'ensemble des régions sanitaires du Québec.

Références bibliographiques

- Arpin, E., Gautier, L., & Quesnel-Vallée, A. (2025). Santé Québec : Reflections on Québec's 2025 Health System Reform. *Health Reform Observer – Observatoire Des Réformes de Santé*, 12(1). <https://doi.org/10.13162/hro-ors.v12i1.6923>
- Birk, H. O., & Rudkjøbing, A. (2016). Restructuring the agencies of the Ministry of Health. *European Observatory on Health Systems and Policies*. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/updates>
- Birk, H. O., Vrangbæk, K., Rudkjøbing, A., Krasnik, A., Eriksen, A., Richardson, E., & Jervelund, S. S. (2024). Denmark health system review 2024. World Health Organization. <https://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2025/06/Denmark-Health-System-review-2024.pdf>
- COVID-19 : Épidémiologie et directives cliniques | INSPQ. (2025, mai 28). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/epidemiologie-directives-cliniques>
- CoVSeQ. (s. d.). Consulté 24 novembre 2025, à l'adresse <https://covseq.ca/>
- Dab, W. (2005). Réflexions sur les défis de la programmation en santé. *Promotion & Education*, 12(3 suppl). <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10253823050120030126x>
- Danish Health Authority. (2019). *The Danish childhood immunization programme 2018: Summary in English*. Sundhedsstyrelsen.
- Danish Health Authority. (2021). *Publications*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/en/english/publications?Periode=2021#/side-1>
- Danish Health Authority. (2022). *Short 10-year plan for strengthening mental health care in Denmark* (Kort 10-års plan) – English summary. Sundhedsstyrelsen. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/psykiatriplan/KORT_10AARS_PSYK-PLAN_100122_EN_11-maj.ashx
- Danish Medicines Agency. (2016). *Publications* — Laegemiddelstyrelsen. <https://laegemiddelstyrelsen.dk/en/publications/2016/>
- Denis, J.-L., Usher, S., & Prével, J. (2023). Health reforms and policy capacity : The Canadian experience. *Policy and Society*, 42(1), 64-89. <https://doi.org/10.1093/polsoc/puac010>
- Determinants of Health Visualized. (s. d.). Consulté 24 novembre 2025, à l'adresse <https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/>
- Fafard, P., de Leeuw, E., & Cassola, A. (Éds.). (2022). *Integrating Science and Politics for Public Health*. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-98985-9>
- Fassin, D. (2006). Faire de la santé publique. *Éditions de l'École des hautes études en santé publique*, 18(2), 337-342. <https://doi.org/10.3917/spub.062.0337>

Finnish Institute for Health and Welfare. (2023). Audit of the Finnish National Institute for Health and Welfare (THL) : Final Report. Ministry of Social Affairs and Health, Finland.
https://stm.fi/documents/1271139/148062577/THL_report_final_230316.pdf

Forest, P.-G. (2022). Structure, Agency and Vision : Public Health in the 21st Century. *Healthcare Papers*, 20(2). <https://www.longwoods.com/content/26789/structure-agency-and-vision-public-health-in-the-21st-century>

Forest, P.-G., Denis, J.-L., Brown, L. D., & Helms, D. (2015). Health reform requires policy capacity. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(5), 265-266.
<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.85>

Gagnon, F., Clavier, C., Couture-Ménard, M.-E., & Martin, E. (2023). La santé publique au Québec : Structuration, transformations et positionnement. In *Le système de santé et de services sociaux au Québec. Territorialité et santé des populations* (p. 187-203). Presses de l'Université du Québec.
https://www.researchgate.net/publication/394911763_La_sante_publique_au_Quebec_structuration_transformations_et_positionnement

Hunter, D. J., Littlejohns, P., & Weale, A. (2022). Reforming the public health system in England. *The Lancet Public Health*, 7(9), e797-e800.

Institut National de Santé Publique du Québec. (s. d.). Qui sommes-nous ?
<https://www.inspq.qc.ca/institut/qui-sommes-nous>

Institut national de santé publique du Québec. (2012). Analyse de besoins de formation : Processus scientifiques reliés aux fonctions transversales de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Institut national de santé publique du Québec.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). L'utilisation des écrans en contexte de pandémie de COVID-19 — quelques pistes d'encadrement

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2021). L'utilisation des écrans et la santé des jeunes : pistes d'action pour une approche préventive.
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2790-utilisation-ecrans-sante-jeunes.pdf>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2022). *Inégalités d'accès et d'usage des technologies numériques : un déterminant préoccupant pour la santé de la population ?*
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3148-inegalites-acces-usage-technologies-numeriques.pdf>

INSPQ (2023a). *L'utilisation des écrans en contexte scolaire et la santé des jeunes de moins de 25 ans : effets sur la cognition*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3434>

INSPQ (2023b). *Un modèle logique pour comprendre les usages des écrans et leurs effets sur la santé des populations*. Institut national de santé publique du Québec. URL :
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3460>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2024a). *Mieux vivre avec les écrans — réflexions pour une régulation favorable à la santé publique*. Institut national de santé publique du

Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3560-mieux-vivre-ecrans-regulation-fravorable-sante.pdf>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2024b). Plan d'action pour la formation en santé publique au Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3584>

INSPQ. (2025, mars 12). Écrans et hyperconnectivité | Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/ecrans-hyperconnectivite>

Kaplan, J. P., Eteläpelto, A., Figueras, J., Fritzell, J., & Giesecke, J. (2014). Report of the International Evaluation of the National Institute for Health and Welfare. Ministry of Social Affairs and Health. <https://www.julkari.fi/handle/10024/116924>

Lemor, A., Fortier-Chouinard, A., Claveau, F., Lareau, F., Cloutier, A. et Fournier, V. (2025). Credible Science, Influential Science? International Conference on Public Policy.

Lempinen, M. (2020, mars 31). Korona yllätti Suomen pahaan aikaan – asiantuntijoiden mukaan säästöt ja leikkaukset riisuivat THL:n aseista. Ilta-Sanomat. <https://www.is.fi/kotimaa/art-2000006458389.html>

Loft, L. H., Pedersen, E. A., Jacobsen, S. U., Søbørg, B., & Bigaard, J. (2020). Using Facebook to increase coverage of HPV vaccination among Danish girls: An assessment of a Danish social media campaign. *Vaccine*, 38(31), 4901-4908.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013). OECD Reviews of Health Care Quality : Denmark 2013 : Raising Standards. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>

Our Mission—Health for all. (s. d.). Consulté 24 novembre 2025, à l'adresse <http://www.sst.dk/en/english>

Paré, J. (2025, septembre 4). Fin des cellulaires à l'école : Ce que vous devez savoir | Actualités. Éducaloi. <https://educaloi.qc.ca/actualites-juridiques/fin-des-cellulaires-a-lecole-ce-que-vous-devez-savoir/>

Pedersen, E. A., Loft, L. H., Jacobsen, S. U., Søbørg, B., & Bigaard, J. (2020). Strategic health communication on social media: Insights from a Danish social media campaign to address HPV vaccination hesitancy. *Vaccine*, 38(31), 4909-4915

Rapprochement INESSS-INSPQ : Recommandation conjointe des deux conseils d'administration au ministre de la Santé et des Services Sociaux. (2014).

The Institute. (s. d.). Sif. Consulté 24 novembre 2025, à l'adresse <https://www.sdu.dk/en/sif/instituttet>

Ylönen, M. (2020, mars 31). THL:n kurjistaminen on kansallinen ongelma. <https://www.mattiylonen.fi/thln-kurjistaminen-on-kansallinen-ongelma/>