

**PROJET DE LOI C-5 : LOI SUR L'AGENCE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA**

**Marlisa Tiedemann
Division du droit et du gouvernement**

Le 26 avril 2006



Bibliothèque
du Parlement

Library of
Parliament

**Service d'information et
de recherche parlementaires**

HISTORIQUE DU PROJET DE LOI C-5

CHAMBRE DES COMMUNES

Étape du projet de loi	Date
Première lecture :	24 avril 2006
Deuxième lecture :	8 mai 2006
Rapport du comité :	18 mai 2006
Étape du rapport :	13 juin 2006
Troisième lecture :	20 juin 2006

SÉNAT

Étape du projet de loi	Date
Première lecture :	20 juin 2006
Deuxième lecture :	28 septembre 2006
Rapport du comité :	2 novembre 2006
Étape du rapport :	3 novembre 2006
Troisième lecture :	3 novembre 2006

Sanction royale : 12 décembre 2006

Lois du Canada 2006, chapitre 5

N.B. Dans ce résumé législatif, tout changement d'importance depuis la dernière publication est indiqué en **caractères gras**.

Renseignements sur l'historique du projet de loi :
Peter Niemczak

THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH

TABLE DES MATIÈRES

	Page
CONTEXTE	1
A. Renseignements généraux.....	1
B. Compétence en matière de santé publique	3
C. Recommandations relatives à l'Agence de santé publique du Canada et à l'administrateur en chef de la santé publique.....	4
1. <i>Leçons de la crise du SRAS – Renouveau de la santé publique au Canada, un rapport du Comité national sur le SRAS et la santé publique (le Rapport Naylor)</i>	5
2. <i>Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir</i>	8
3. Groupe de travail sur l'Agence de santé publique du Canada, avril 2004.....	9
DESCRIPTION ET ANALYSE	9
A. Préambule.....	10
B. Agence de la santé publique du Canada (art. 3 à 5)	10
C. Administrateur en chef de la santé publique (art. 6 à 12)	10
D. Dispositions générales (art. 13 à 15).....	11
E. Dispositions transitoires (art. 16 à 20).....	11
F. Modifications connexe et corrélative (art. 21 à 23).....	11
G. Entrée en vigueur (art. 24)	12
COMMENTAIRE.....	12



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

PROJET DE LOI C-5 : LOI SUR L'AGENCE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA *

Le projet de loi C-75 : Loi concernant l'Agence de la santé publique du Canada et modifiant certaines lois (titre abrégé : Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada), déposé à la Chambre des communes le 16 novembre 2005, est mort au *Feuilleton* le 29 du même mois, lorsque le Parlement a été dissous. Il a été déposé de nouveau le 24 avril 2006, au début de la 39^e législature, avec le numéro C-5.

Comme le laisse entendre son titre, le projet de loi pose les assises législatives de l'Agence de la santé publique du Canada. La responsabilité à l'égard de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique a été transférée par décret à l'Agence de santé publique du Canada, conformément à la *Loi sur les restructurations et les transferts d'attributions dans l'administration publique*, et a pris effet le 24 septembre 2004. Le même jour, le docteur David Butler-Jones a été nommé administrateur en chef de la santé publique du Canada aux termes du *Règlement n^o 2004-15 portant sur les affectations spéciales*.

CONTEXTE

A. Renseignements généraux

« Santé publique » s'entend des systèmes axés sur la population, y compris les fonctions telles que la surveillance des maladies, la prévention des maladies et des blessures, la protection de la santé, les mesures et interventions en cas d'urgences sanitaires, la promotion de la santé ainsi que les travaux de recherche correspondants⁽¹⁾. Comme l'a fait observer le

* Avertissement : Par souci de clarté, les propositions législatives du projet de loi décrit dans le présent résumé législatif sont énoncées comme si elles avaient déjà été adoptées ou étaient déjà en vigueur. Il ne faut pas oublier, cependant, qu'un projet de loi peut faire l'objet d'amendements au cours de son examen par la Chambre des communes et le Sénat, et qu'il est sans effet avant d'avoir été adopté par les deux chambres du Parlement, d'avoir reçu la sanction royale et d'être entré en vigueur.

(1) Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir*, Quatorzième rapport, 37^e législature, 2^e session, novembre 2003.

vérificateur général du Canada dans son rapport de novembre 1999, la responsabilité de la santé publique est partagée entre les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux : les provinces et les territoires assurent de nombreux services de santé publique, et Santé Canada « est tenu de protéger les Canadiens contre les risques pour la santé et la propagation des maladies »⁽²⁾. Au cours des dernières années, on a demandé au gouvernement fédéral d'exercer un rôle de chef de file dans la coordination des stratégies fédérales, provinciales et territoriales relatives à la santé publique, y compris dans l'amélioration de la législation fédérale sur la santé publique. Par exemple, le vérificateur général du Canada a recommandé à Santé Canada d'amorcer des discussions avec les provinces et les territoires en vue de l'établissement d'un cadre national qui permettrait de lier les éléments distincts des fonctions de santé publique des divers ordres de gouvernement⁽³⁾. Ce rapport a également mis l'accent sur la nécessité de clarifier les rôles et les responsabilités à l'égard de la santé publique, plus précisément en ce qui concerne la surveillance de la santé⁽⁴⁾. Dans le cadre d'un suivi effectué en 2002, on a constaté que même s'il n'existe toujours pas de loi fédérale sur la santé publique, le Ministère a réalisé des progrès quant à l'élaboration d'un cadre national pour la surveillance de la santé⁽⁵⁾.

La nécessité d'améliorer et de renforcer la coordination dans le domaine de la santé publique a été rendue manifeste par les lacunes de l'intervention sur le plan de la santé publique lors de la flambée du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003. Plusieurs rapports ont examiné la gestion de cette crise, notamment le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique (fréquemment appelé le Rapport Naylor, d'après le docteur David Naylor, président du Comité) intitulé *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada* et le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie intitulé *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir*.

(2) *Rapport du vérificateur général du Canada à la Chambre des communes*, novembre 1999, chap. 14, « La surveillance de la santé nationale : les maladies et les blessures », paragr. 14.21.

(3) *Ibid.*, paragr. 14.25.

(4) *Ibid.*, paragr. 14.44.

(5) *Le Point – Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes*, septembre 2002, chap. 2, « Santé Canada – La surveillance de la santé nationale », paragr. 2.23.

B. Compétence en matière de santé publique

Bien que la *Loi constitutionnelle de 1867* ne mentionne pas explicitement le pouvoir législatif dans le domaine de la santé en général, elle mentionne néanmoins certains aspects de la santé. Le Parlement, par exemple, a compétence législative exclusive en matière de quarantaine et d'hôpitaux maritimes (par. 91(11)) et la législature de chaque province a compétence exclusive concernant « l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine » (par. 92(7)). D'autres pouvoirs constitutionnels ont été utilisés pour réserver les questions relatives à la santé soit au Parlement (pouvoir de dépenser, pouvoir de mettre le droit pénal en application et pouvoir relativement à la paix, à l'ordre et au bon gouvernement), soit à la législature provinciale (propriété et droits civils, et questions d'une nature purement locale et privée)⁽⁶⁾. Il ressort que le Parlement et les législatures provinciales se partagent les compétences dans le domaine de la santé.

Le Canada et les provinces se partagent également la compétence en matière de santé publique. Le gouvernement fédéral est clairement responsable des mesures de quarantaine imposées aux frontières, tandis que les provinces s'occupent des questions locales de santé publique en vertu du pouvoir provincial de réglementer « les droits civils et de propriété », que les tribunaux ont interprété en y incorporant les droits dont jouissent les personnes en vertu de la common law en matière de responsabilité civile délictuelle, de contrat et de propriété⁽⁷⁾. Les provinces ont exercé leur compétence sur la santé publique, entre autres en promulguant des lois sur la santé publique qui confèrent aux médecins des services de santé et aux autres autorités provinciales en matière de santé le pouvoir de prévention, de traitement et de contrôle des maladies transmissibles⁽⁸⁾. En outre, le paragraphe 92(8) de la *Loi constitutionnelle de 1867* donne aux provinces le pouvoir sur les institutions municipales, et les administrations

(6) Pour plus d'information sur le rôle exercé par le gouvernement fédéral dans le domaine de la santé, voir Margaret Young, *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*, TIPS-59F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 13 décembre 2000.

(7) Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, *Leçons apprises du SRAS – Renouveau de la santé publique au Canada*, octobre 2003, p. 172 (<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/pdf/sras-f.pdf>).

(8) Martha Jackman, « Constitutional Jurisdiction Over Health in Canada », *Health Law Journal*, vol. 8, 2000 p. 112.

municipales ont longtemps été largement responsables des interventions de l'État en matière de santé, puisque la santé était reconnue comme un « sujet d'intérêt privé ou local »⁽⁹⁾. Les municipalités continuent de jouer un rôle important dans le domaine de la santé communautaire. Par exemple, de nombreux programmes de santé publique sont supervisés par des agents municipaux de la protection de la santé, et certaines grandes villes ont des conseils municipaux qui s'intéressent aux questions de santé publique⁽¹⁰⁾.

La gestion fédérale des épidémies de maladies infectieuses repose sur le pouvoir fédéral en matière de droit pénal. Comme il est indiqué clairement dans le renvoi relatif à la validité du paragraphe 5(1) de la *Loi sur l'industrie laitière* (le *Renvoi sur la margarine*), une interdiction est une disposition législative valide du droit pénal si elle est adoptée « en vue d'un intérêt public [... tel que] la paix, l'ordre, la sécurité, la santé et la moralité publics »⁽¹¹⁾.

On pourrait soutenir que la compétence fédérale en matière de gestion des épidémies de maladies infectieuses repose également sur la paix, l'ordre et le bon gouvernement⁽¹²⁾. Cette compétence comporte deux aspects : l'aspect « situation d'urgence », qui, en telle situation, permet au Parlement de promulguer des lois qui seraient normalement de compétence provinciale, et l'aspect « dimensions nationales », qui permet au Parlement de promulguer des lois dans des domaines qui concernent le Canada en général.

C. Recommandations relatives à l'Agence de santé publique du Canada et à l'administrateur en chef de la santé publique

Le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique ainsi que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie ont recommandé la création d'une agence fédérale de la santé publique et la nomination d'un administrateur en chef de la santé publique. En avril 2004, le Groupe de travail sur l'Agence de santé publique du Canada (établi par l'honorable Anne MacLellan, ancienne ministre de la Santé) a publié son rapport final portant sur la création d'une telle agence.

(9) *Ibid.*, p. 115.

(10) *Ibid.*

(11) [1949] R.C.S. 1, par. 145, cité en traduction française dans *R. c. Demers*, [2004] 2 R.C.S. 489, par. 72.

(12) Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique (2003), p. 172.

1. *Leçons de la crise du SRAS – Renouveau de la santé publique au Canada, un rapport du Comité national sur le SRAS et la santé publique (le Rapport Naylor)*

Le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique s'est vu confier le mandat « d'évaluer – à titre d'organe tiers indépendant – les efforts actuels et les leçons de santé publique tirées de la flambée du SRAS, et d'étudier des approches à long terme sur la façon de mieux préparer le Canada à lutter contre d'éventuelles maladies infectieuses »⁽¹³⁾. Le Comité s'est penché, entre autres, sur la façon dont une agence de santé publique pourrait contribuer au renouvellement de la santé publique, ainsi que sur la façon dont cette agence serait structurée.

À l'époque, la plupart des questions en matière de santé publique étaient traitées au sein de Santé Canada par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP), dont l'administration générale se trouvait à Ottawa et qui comptait plusieurs bureaux régionaux dans tout le pays, notamment le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, le Centre des mesures et d'interventions d'urgence, le Centre de coordination de la surveillance et le Centre de développement de la santé humaine. Le Comité a observé que la présence des fonctions de santé publique au sein d'un ministère fédéral était problématique, parce qu'elle « place les professionnels de la santé dans une très vaste organisation et dans une culture largement axée sur les processus et particulièrement orientée vers les questions politiques du jour »⁽¹⁴⁾. Selon le Comité, le transfert des responsabilités assumées par la DGSPSP à un organisme extérieur à un ministère procurerait un certain nombre d'avantages, notamment :

- attirer des scientifiques et des professionnels qui ne sont pas à l'aise dans un cadre ministériel;
- réduire les désaccords au sujet des sphères de compétence qui pourraient avoir une incidence négative sur la santé des Canadiens;
- permettre de « trouver de nouvelles avenues pour faire participer les professionnels de la santé publique des provinces et territoires »;
- permettre d'harmoniser davantage la prestation des services de santé publique avec la façon dont les services de santé publique sont fournis ailleurs⁽¹⁵⁾.

(13) *Ibid.*, p. iii.

(14) *Ibid.*, p. 74.

(15) *Ibid.*, p. 75.

Le Comité a recommandé que l'organisme soit une agence fédérale plutôt qu'une agence fédérale-provinciale-territoriale (F/P/T) comme l'Institut canadien d'information sur la santé ou la Société canadienne du sang, parce que la création d'une agence fédérale-provinciale-territoriale « entraînerait des négociations difficiles et longues pouvant exacerber les tensions existant aux tables F/P/T »⁽¹⁶⁾.

Au regard de la structure que devrait prendre la nouvelle agence, le Comité a tenté de déterminer si celle-ci devrait être exploitée comme une société d'État, un organisme de service spécial (p. ex. Partenariat technologique Canada et le Réseau canadien d'information sur le patrimoine), une organisation de services ministériels (p. ex. Service météorologique du Canada) ou une agence de service avec assise législative (p. ex. l'Agence canadienne d'inspection des aliments, les Instituts de recherche en santé du Canada, Statistique Canada). Selon le Comité, la gestion de la santé publique par une société d'État n'est pas souhaitable, parce que la question serait traitée à une trop grande distance du Parlement et du gouvernement⁽¹⁷⁾. Le Comité a également rejeté la possibilité que l'agence fonctionne comme un organisme de service spécial (qui n'est pas une entité légale autonome, mais est plutôt créée sous réserve de l'approbation du Conseil du Trésor), parce qu'un tel organisme fait partie intégrante de son organisation ministérielle de base. La troisième option, à savoir la création d'une organisation de services ministériels qui serait une unité au sein du ministère responsable de la prestation des services aux clients du ministère, a été rejetée parce qu'elle n'assurerait pas l'indépendance nécessaire ou la possibilité d'intégrer les activités de nombreux ministères.

Compte tenu de ses caractéristiques, l'option relative à une agence de service prévue par un texte législatif s'avère être la plus souhaitable⁽¹⁸⁾. Une agence de ce type :

- est dirigée par un directeur général qui fait directement rapport au ministre;
- est appuyée par un « conseil » dont les membres sont nommés par le gouverneur en conseil;
- est assujettie à l'orientation ministérielle;
- constitue un employeur distinct en vertu de la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique* (augmentation des pouvoirs/de la souplesse en matière de dotation);

(16) *Ibid.*, p. 75.

(17) *Ibid.*, p. 76.

(18) *Ibid.*

- met l'accent sur le rendement;
- dispose de pouvoirs financiers et administratifs plus importants que ceux des ministères traditionnels;
- est sous la surveillance du vérificateur général du Canada.

Ayant déterminé que la nouvelle entité devrait être une agence de ce type, le Comité a formulé un certain nombre de recommandations. Par exemple, la loi relative à l'Agence devrait lui accorder les pouvoirs appropriés et généraux nécessaires pour assurer un leadership et devrait aussi prévoir la délégation des pouvoirs ministériels à des représentants officiels. Le Comité a également formulé des recommandations relatives au respect de la vie privée et à l'utilisation des renseignements personnels, et a fait remarquer que la loi pourrait être « relativement squelettique » dans le but de permettre son adoption rapide.

En ce qui concerne le directeur général de l'Agence, le Comité a établi que celui-ci devrait être un médecin hygiéniste en chef :

Le MHCC [Médecin hygiéniste en chef du Canada] serait une voix nationale écoutée en matière de santé publique, particulièrement au cours des épidémies et autres urgences sanitaires, ainsi qu'un symbole très visible de l'engagement fédéral à protéger et à améliorer la santé des Canadiens.⁽¹⁹⁾

Le MHCC devrait présenter annuellement un rapport au Parlement sur l'état de la santé publique. Ses autres fonctions pourraient comprendre :

- appuyer la prévention efficace des maladies et des programmes et activités de promotion de la santé;
- fournir une analyse et des conseils en matière de politique scientifique en santé au ministre fédéral de la Santé et, sur demande, aux ministres de la Santé des provinces et des territoires;
- assurer un leadership dans la promotion des initiatives spéciales en santé;
- rehausser la qualité des pratiques de santé publique⁽²⁰⁾.

(19) *Ibid.*, p. 79.

(20) *Ibid.*

2. Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir

Le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, déposé en novembre 2003, fait écho aux opinions exprimées dans le Rapport Naylor. Le Comité souscrivait à la création de l'Agence et signalait que celle-ci :

donnerait au gouvernement fédéral la possibilité de mieux appuyer le travail local de contrôle et de prévention des maladies [...] faciliterait la collaboration entre les professionnels de la protection et de la promotion de la santé des différents ordres de gouvernement [...] aurait aussi l'avantage de constituer un point central canadien pour la gestion des questions liées à la protection et à la promotion de la santé à nos frontières et pour traiter avec nos partenaires commerciaux.⁽²¹⁾

Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont avancé un certain nombre de raisons pour justifier la création d'une nouvelle agence, notamment qu'elle permettrait :

- de concentrer les ressources fédérales;
- de renforcer la collaboration parmi les différents ordres de gouvernement et les fournisseurs de services de santé publique;
- des interventions plus rapides et plus souples dans les situations d'urgence;
- d'améliorer et de cibler la communication;
- d'assurer une planification à plus long terme, parce qu'elle ne serait pas liée au « cycle de planification annuelle du gouvernement »;
- de mieux recruter et de maintenir en poste des professionnels de la santé⁽²²⁾.

Le Comité sénatorial permanent a insisté sur la nécessité de prendre immédiatement des mesures pour créer l'Agence, même si cela pouvait signifier qu'elle ne serait pas outillée au départ pour prendre en charge tous les domaines de son mandat éventuel⁽²³⁾. Dès le départ, l'Agence devrait assumer les fonctions suivantes⁽²⁴⁾ :

(21) Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2003), p. 11.

(22) *Ibid.*, p. 19.

(23) *Ibid.*, p. 26.

(24) *Ibid.*, p. 28.

- surveillance et contrôle des maladies;
- préparation aux situations d'urgence;
- immunisation;
- prévention des maladies chroniques.

3. Groupe de travail sur l'Agence de santé publique du Canada, avril 2004

Le Groupe de travail est parti du principe qu'il était approprié de mettre sur pied une agence de santé publique⁽²⁵⁾. Le Rapport Naylor et le rapport du Comité sénatorial permanent ont servi de base à ses travaux. Le Groupe de travail a également examiné des modèles de gestion de la santé publique conçus par d'autres gouvernements, a entendu les exposés de cadres supérieurs de Santé Canada et a consulté les représentants provinciaux et territoriaux de la santé par l'entremise du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé publique.

Le Groupe de travail a convenu que l'Agence devait être dirigée par un administrateur en chef de la santé publique et que le titulaire du poste devrait être nommé par le gouverneur en conseil. Il a insisté sur l'importance pour l'Agence de reconnaître que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se partagent la responsabilité de la gestion de la santé publique, ainsi que le rôle clé joué par les administrations municipales dans la prestation de services de santé publique. Le Groupe de travail approuvait le mandat fondamental de l'Agence défini dans le Rapport Naylor et le rapport du Comité sénatorial permanent. Il a aussi convenu que de nouvelles dispositions législatives fournissant « des principes législatifs clairs et solides pour l'Agence » étaient souhaitables et que, d'ici à ce que celles-ci soient adoptées, l'Agence pourrait être établie par décret.

DESCRIPTION ET ANALYSE

Le projet de loi C-5 contient un préambule et 24 articles.

(25) Groupe de travail sur l'Agence de santé du Canada, *Rapport : Agence de santé publique du Canada*, avril 2004 (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/phawg-aspgt-noseworthy/index_f.html).

A. Préambule

Le préambule est composé de cinq paragraphes et énonce que le gouvernement du Canada entend : prendre un certain nombre de mesures en matière de santé publique; encourager la collaboration et la coordination des politiques dans le domaine de la santé publique; favoriser la coopération et la consultation avec les provinces et les territoires; encourager la coopération avec les gouvernements étrangers; créer une agence de la santé publique et nommer un administrateur en chef de la santé publique qui « contribueront à l'action fédérale exercée en vue de dégager et de réduire les facteurs de risque pour la santé publique et d'appuyer la préparation à l'échelle nationale des mesures visant à contrer les menaces pesant sur la santé publique ».

B. Agence de la santé publique du Canada (art. 3 à 5)

L'article 4 dispose que l'Agence est placée sous l'autorité du ministre. Le ministre peut déléguer à tout dirigeant ou employé de l'Agence les attributions qui lui sont conférées en matière de santé publique (art. 4), mais non le pouvoir d'adopter des règlements ni le pouvoir de délégation (art. 5).

C. Administrateur en chef de la santé publique (art. 6 à 12)

L'article 6 prévoit que le gouverneur en conseil doit nommer un administrateur en chef de la santé publique qui agira à titre d'administrateur général de l'Agence. L'administrateur en chef est un professionnel de la santé (par. 6(2)) qui a le rang et le statut d'un administrateur général de ministère (art. 9). L'article 7 prévoit que l'administrateur en chef est le premier professionnel de la santé de l'administration publique fédérale et qu'il peut avoir à communiquer souvent avec divers intervenants au sujet de toute question liée à la santé publique.

L'administrateur en chef occupe son poste à titre amovible pour un mandat maximal de cinq ans (par. 8(1)) et son mandat est renouvelable plus d'une fois (par. 8(2)). Sa rémunération est fixée par le gouverneur en conseil (par. 10(1)) et des frais raisonnables lui sont remboursés (par. 10(2)). Il peut déléguer à tout dirigeant ou employé de l'Agence les attributions qu'il est autorisé à exercer, sauf le pouvoir de délégation (art. 11).

L'article 12 énonce les obligations en matière de présentation de rapport. L'administrateur en chef est tenu de présenter chaque année au ministre un rapport sur l'état de la santé publique au Canada (par. 12(1)) et le ministre doit déposer le rapport devant le Parlement

dans les 15 jours de séance suivant sa réception (par. 12(2)). L'administrateur en chef peut également établir et publier un rapport sur toute question de santé publique (par. 12(3)).

D. Dispositions générales (art. 13 à 15)

Le personnel de l'Agence est nommé conformément à la *Loi sur l'emploi dans la fonction publique* (art. 13). L'article 14 prévoit que le ministre peut constituer des comités en matière de santé publique (par. 14(1)) et le gouverneur en conseil fixe la rémunération des membres des comités (par. 14(2)). En outre, les membres des comités ont droit au remboursement des frais jugés raisonnables (par. 14(3)).

L'article 15 rend compte du pouvoir de réglementation du gouverneur en conseil qui peut, par règlement, régir « pour l'application de l'alinéa 4(2)*h*⁽²⁶⁾ de la *Loi sur le ministère de la Santé* la collecte, l'analyse, l'interprétation, la publication et la diffusion des renseignements relatifs à la santé publique » (al. 15(1)*a*) et la protection des renseignements confidentiels (al. 15(1)*b*)).

E. Dispositions transitoires (art. 16 à 20)

Les articles 17 à 19 ont trait à la transition entre l'Agence de la santé publique du Canada telle qu'elle existait avant le projet de loi et l'Agence de la santé publique du Canada telle que l'établit l'article 3 du projet de loi. Par exemple, le paragraphe 17(1) prévoit que l'administrateur en chef actuel demeure en fonction comme s'il avait été nommé à ce poste en vertu du paragraphe 6(1).

F. Modifications connexes et corrélatives (art. 21 à 23)

Les articles 21 et 22 apportent des modifications corrélatives à la *Loi sur le ministère de la Santé* et à la *Loi sur la quarantaine*. L'article 23 apporte une modification de coordination à la *Loi sur la quarantaine*.

(26) L'alinéa 4(2)*h* de la *Loi sur le ministère de la Santé*, 1996, ch. 8, dispose que :

(2) Les attributions du ministre en matière de santé comprennent notamment :

[...]

h) sous réserve de la *Loi sur la statistique*, la collecte, l'analyse, l'interprétation, la publication et la diffusion de l'information sur la santé publique.

G. Entrée en vigueur (art. 24)

L'article 24 établit que le projet de loi, à l'exception de l'article 23, entre en vigueur à la date fixée par décret.

COMMENTAIRE

Le prédécesseur du projet de loi C-5, le projet de loi C-75 de brève existence, n'a pratiquement pas retenu l'attention des médias, ni avant ni après la dissolution du Parlement. On peut en dire autant du projet de loi C-5. Avant la présentation du projet de loi C-75, certains universitaires ont signalé certaines questions auxquelles donnait lieu la création d'une agence de santé publique fédérale. Par exemple, on a dit que ce type d'agence devrait tenir compte des problèmes relatifs à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité (c.-à-d. le besoin de trouver le juste milieu entre le droit des personnes à la protection des renseignements personnels et le besoin de protéger la santé publique). On a aussi parlé du besoin qu'une telle agence adopte une approche axée sur la collaboration avec les provinces et les territoires pour résoudre les éventuels conflits de compétence⁽²⁷⁾.

(27) Nola M. Ries et Timothy Caulfield, « Legal Foundations for a National Public Health Agency in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, juillet-août 2005, vol. 96, n° 4, p. 281.