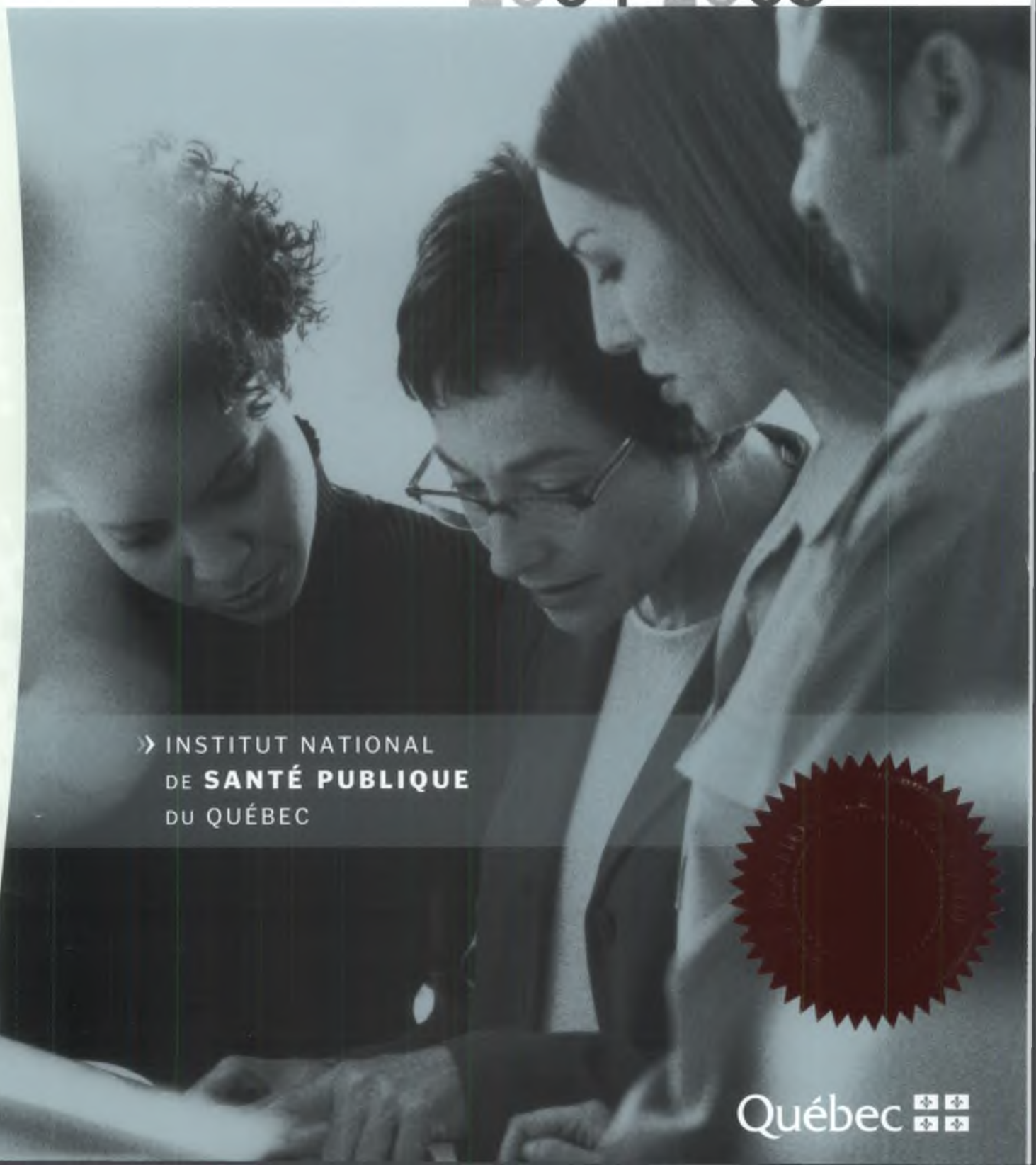
ASSEMBLÉE NATIONALE
Nº 0113-00051018

» Rapport annuel de gestion 2004-2005



» INSTITUT NATIONAL DE **SANTÉ PUBLIQUE** DU QUÉBEC

Québec

» Rapport annuel de gestion 2004-2005

Institut national de santé publique
Québec

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : htpp://www.inspq.qc.ca
Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

Document déposé à Santécom (htpp://www.santecom.qc.ca)
Cote : INSPQ-2005-048

Dépôt légal – 3e trimestre 2005
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-550-45109-0

© Institut national de santé publique du Québec (2005)

Table des matières

1 MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL 5

2 DÉCLARATION ATTESTANT LA FIABILITÉ DES DONNÉES 7

3 PRÉSENTATION DE L'INSTITUT 9
Vision 9
Mission 9
Valeurs 9
Conseil d'administration 10
Organigramme 12

4 CONTEXTE 13

5 RAPPEL DU PLAN STRATÉGIQUE 15

6 SOMMAIRE DES RÉSULTATS 17

7 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS 21
Orientation 1 : Contribuer à l'amélioration de la santé de la population 21
Axe d'intervention 1 : Soutien offert par l'Institut aux décideurs et aux acteurs en santé publique 21
Orientation 2 : Développer et mettre à profit les connaissances en santé publique 29
Axe d'intervention 2 : Consolidation de la recherche à l'Institut 29
Axe d'intervention 3 : Transfert et échange des connaissances 33
Orientation 3 : Assurer la qualité des activités et des services de l'Institut 35
Axe d'intervention 4 : Respect des besoins et des attentes des clients 35
Axe d'intervention 5 : Rigueur scientifique et qualité professionnelle 37
Axe d'intervention 6 : Coordination optimale des activités et des services 39

8 UTILISATION DES RESSOURCES 41
Ressources humaines 41
Ressources financières 43
Ressources matérielles 45
Ressources informationnelles 45
Infocentre de santé publique 45

9 AUTRES EXIGENCES RÉGLEMENTAIRES ET LÉGISLATIVES 47
Politique relative à l'emploi et à la qualité de la langue française 47
Politique de prévention et de traitement du harcèlement et de la violence en milieu de travail 47

Politique sur la propriété intellectuelle 47
Accès à l'information, protection des renseignements personnels et sécurité informatique 47
Code d'éthique et de déontologie 47
Suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec 48

10 ÉTATS FINANCIERS DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2005 49
Rapport de la direction 50
Rapport du vérificateur 51
Résultats 52
Excédent 53
Bilan 54
Flux de trésorerie 55
Notes complémentaires 56

ANNEXE 1 63
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Institut national de santé publique du Québec

1 | Mot du président-directeur général

Au cours de la dernière année, les infections nosocomiales, notamment les complications associées au *Clostridium difficile*, ont pris la tête d'affiche des actualités en santé publique au Québec. L'Institut et le réseau de la santé dans son ensemble se sont mobilisés rapidement et efficacement pour faire face à cette situation préoccupante. Le développement d'outils de surveillance et de monitoring a été et demeure la priorité puisque plusieurs autres agents pathogènes doivent être sous observation étroite afin d'en anticiper l'émergence. L'Institut a aussi mis en place des activités de surveillance et de contrôle aux niveaux local et régional, de même que des activités de recherche, d'évaluation et de formation, en plus d'augmenter la capacité de ses laboratoires. La préparation en vue d'une éventuelle pandémie de grippe fait aussi partie des activités essentielles auxquelles participe l'Institut, avec comme objectif d'en limiter le plus possible les conséquences.

L'Institut est également interpellé par la lutte contre les maladies chroniques, particulièrement les problèmes liés au tabagisme, à l'obésité et ses conséquences, ainsi qu'à la sédentarité croissante de la population québécoise. Le développement d'une équipe d'experts sur le tabagisme et la communication d'avis sur les récents changements législatifs amènent l'Institut à être encore plus présent face à ce risque majeur pour la santé des Québécois et des Québécoises. Bien qu'il soit en régression, le tabagisme reste plus fréquent ici qu'ailleurs au Canada. Aussi, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et le réseau de la santé publique, nous développons actuellement une stratégie de lutte contre les problèmes liés au poids et à la sédentarité pour tenter d'endiguer ces phénomènes en émergence chez nous, comme dans l'ensemble des pays industrialisés.

En conformité avec notre planification stratégique, la programmation de nos activités et services pour la période 2005-2008 a été revue. Celle-ci a fait l'objet de consultations multiples auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux et du réseau de la santé publique. Elle sera mise à jour annuellement pour tenir compte de l'évolution des besoins. Parmi les priorités retenues, je tiens à souligner la mise sur pied d'un groupe scientifique sur la santé des communautés autochtones, aboutissement de nos activités de surveillance et de recherche menées de concert avec ces communautés. La plus importante a été la réalisation d'une vaste étude sur la santé des populations inuites à l'automne 2004, fruit de la collaboration de différents partenaires. La mise en place à l'Institut d'un infocentre de santé publique fait aussi partie des développements amorcés. Celui-ci permettra de réaliser le plan de surveillance national et de rendre plus accessibles les banques de données afin de mieux connaître l'état de santé de la population québécoise.

L'automne dernier, nous avons terminé le transfert des ressources professionnelles des Directions régionales de santé publique de Montréal et de la Capitale nationale qui étaient encore en prêt de services à l'Institut. De plus, nous sommes sur le point de compléter notre plan d'effectifs médicaux autorisé par le Ministre en janvier. Ces personnes seront membres des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des centres hospitaliers universitaires de Montréal et de Québec, avec lesquels nous avons signé des ententes de services.

Dans le but d'accentuer le développement de nos fonctions de formation et de recherche opérationnelle, nous avons conclu, en juin 2005, un contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal, renforçant ainsi un partenariat déjà très étroit. Ceci devrait nous permettre de mieux remplir l'ensemble de nos mandats comme centre d'expertise et de référence en santé publique. Enfin, nous travaillons à une proposition de centre de collaboration avec l'Agence de santé publique du Canada en matière de politiques publiques et d'évaluation des risques à la santé. L'objectif principal de ce centre est le transfert des connaissances. Nous avions déjà entamé nos activités dans ce domaine avec la mise en application de l'article 54 de la *Loi sur la santé publique*, en vertu duquel plusieurs avis ont été complétés au cours de la dernière année.

Comme on peut le constater, l'Institut poursuit son développement en conformité avec les recommandations des principaux organismes internationaux en matière de santé publique et contribue ainsi à la protection et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population québécoise.

Richard Massé, M.D.
Président-directeur général

2 | Déclaration attestant la fiabilité des données

La déclaration qui suit atteste l'exactitude et la fiabilité des données et des résultats présentés dans le rapport annuel de gestion de l'Institut national de santé publique du Québec. Ces renseignements relèvent de ma responsabilité.

L'information produite dans ce rapport :

- décrit fidèlement la mission, les valeurs, l'organisation et le contexte dans lequel évolue l'Institut ;
- présente les orientations stratégiques, les objectifs visés et les résultats atteints.

En conséquence, je déclare que les données contenues dans ce rapport ainsi que les contrôles afférents sont fiables et correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2005.

Richard Massé, M.D.
Président-directeur général

3 | Présentation de l'Institut

L'Institut national de santé publique du Québec est une personne morale, mandataire de l'État, qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux, comme le stipule sa loi constitutive (L.R.Q., chapitre I-13.1.1) mise en vigueur le 8 octobre 1998.

Vision

L'Institut vise à être le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Son objectif est de faire progresser les connaissances et de proposer des stratégies et des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population.

Mission

L'Institut soutient le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique et les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités en rendant disponibles son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage.

Plus explicitement, cette mission consiste à :

» développer la connaissance et contribuer à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population et de ses déterminants ;

» développer de nouvelles connaissances et approches en promotion, prévention et protection de la santé ;

» favoriser le développement de la recherche et de l'innovation en santé publique ;

» fournir des avis et des services d'assistance-conseil ;

» évaluer l'impact des politiques publiques sur la santé de la population ;

» rendre accessible l'expertise en santé publique par des activités de formation continue ;

» assurer des services :
- de dépistage,
- de laboratoire, notamment en microbiologie et en toxicologie,
- de soutien au maintien de la qualité ;

» favoriser l'échange et le transfert des connaissances ainsi que la collaboration internationale ;

» contribuer à l'actualisation et au développement du *Programme national de santé publique*.

Valeurs

Dans les limites des responsabilités qui lui incombent, l'Institut inscrit ses activités dans une perspective d'équité, d'une part, et de recherche du bien commun, d'autre part. Dans un objectif d'équité, l'Institut entend participer à la réduction des inégalités en matière de santé. Par la recherche du bien commun, il souhaite contribuer à l'atteinte d'un état de santé et de bien-être optimal au sein des groupes et des communautés.

La responsabilité, l'intégrité, le respect et la rigueur sont les valeurs sur lesquelles s'appuie l'Institut pour accomplir sa mission et établir ses relations avec ses clients et partenaires. Elles se reflètent nécessairement dans les choix, les comportements, les attitudes et les qualités de l'organisation et de son personnel. En tout temps, une réflexion éthique sous-tend les choix et les orientations retenus.

Conseil d'administration

L'Institut est administré par un conseil composé du président-directeur général, le docteur Richard Massé, et de quatorze membres nommés par le gouvernement.

Le président-directeur général est le porte-parole officiel de l'Institut. Il préside les séances du conseil d'administration et voit à son bon fonctionnement.

Richard Massé
Président-directeur général

Cinq membres proviennent du réseau de la santé et des services sociaux, dont deux directeurs de santé publique, nommés en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* :

Marie Beauchamp
Directrice générale adjointe,
Centre de santé et de services sociaux de Laval

Andy Kennedy
Directeur de santé publique,
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Denis Loiselle
Médecin-conseil en santé publique, Direction de santé publique de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Jocelyne Sauvé
Directrice de santé publique,
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Nicolas Steinmetz
Professeur associé en pédiatrie, épidémiologie et biostatistique,
Faculté de médecine,
Université McGill

Quatre membres proviennent du secteur de l'éducation :

Denise Bélanger
Professeure au Département de pathologie-microbiologie, Faculté de médecine vétérinaire, Université de Montréal

Diane Berthelette
Directrice de l'Institut Santé et société, Université du Québec à Montréal

Nicole Dallaire
Professeure agrégée au Département de service social, Université de Sherbrooke

Sylvie Marcoux
Vice-doyenne à la recherche et aux études avancées, Faculté de médecine, Université Laval

Quatre membres proviennent de différents secteurs socio-économiques :

Mélanie Guimont
Agente de recherche et de développement, Regroupement des organismes communautaires de la région de Québec

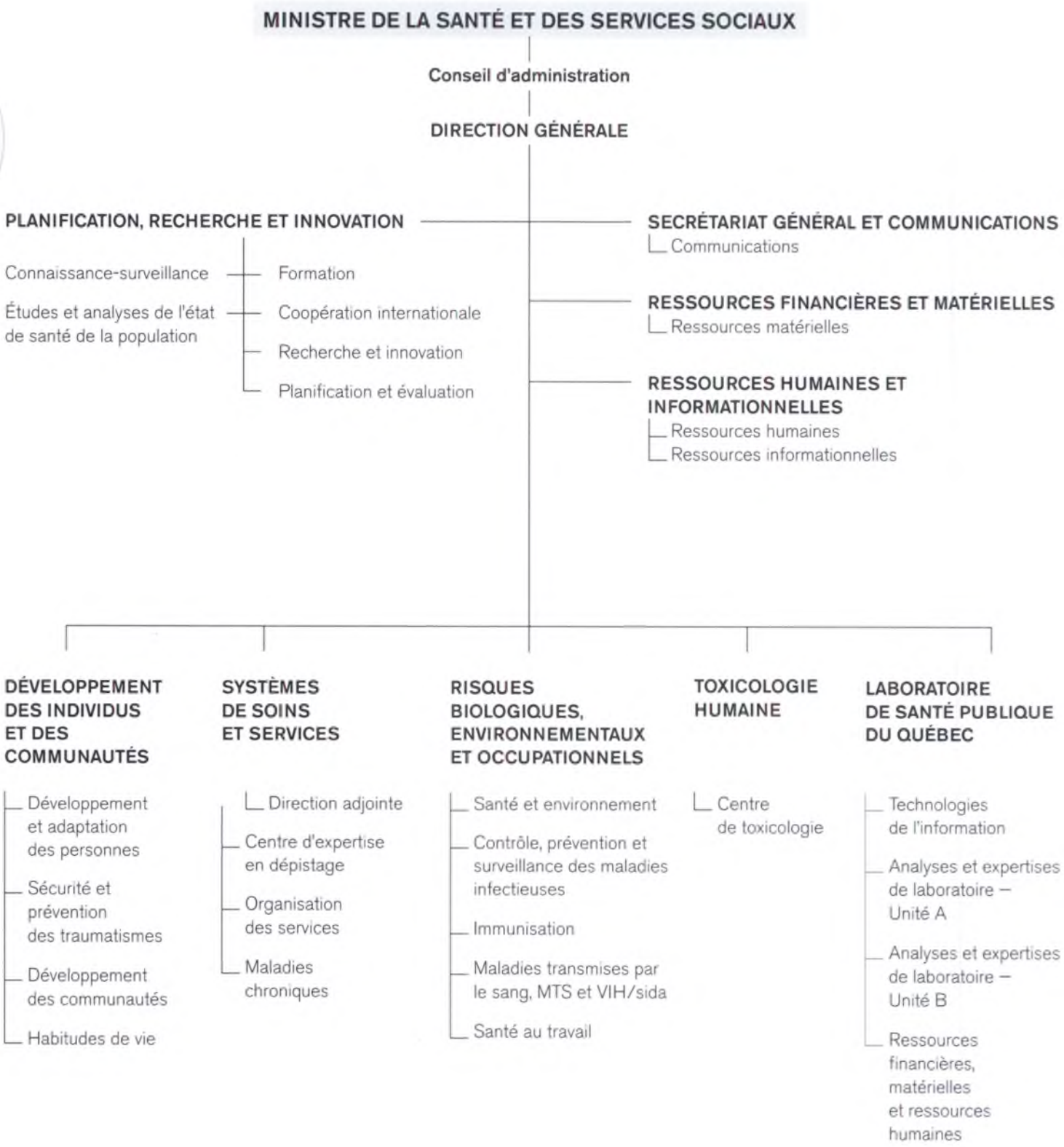
Jeanne Leclerc
Avocate

Deux postes doivent être comblés.

Le représentant du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux :

Alain Poirier
Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Organigramme



4 | Contexte

La santé est la priorité d'action du gouvernement du Québec, qui s'est, entre autres, engagé à « accroître la prévention et améliorer la santé publique ». L'Institut s'inscrit naturellement dans cet objectif, son mandat étant de consolider et de développer l'expertise en santé publique pour la rendre disponible et accessible à l'ensemble des acteurs de santé publique. L'Institut travaille en étroite collaboration avec les autorités de santé publique et les établissements pour agir sur les déterminants et les facteurs de risque avant que ne surviennent les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux dans la population.

En 2004-2005, l'Institut a été sollicité à maintes reprises, en soutien au ministère de la Santé et des Services sociaux et aux directeurs régionaux de santé publique, pour faire face à différents problèmes de santé tels que les infections à *Clostridium difficile*, ou encore pour documenter certaines problématiques d'ordre social comme l'accroissement de l'obésité chez les jeunes. Plusieurs exemples de travaux menés dans ce contexte sont énumérés dans le chapitre des résultats.

Plusieurs efforts ont également été consentis concernant l'exercice des fonctions d'enseignement et de recherche, qui demeure un enjeu de taille pour l'Institut. Des actions ont été menées pour conclure des ententes formelles avec les institutions d'enseignement et de recherche. L'Institut est particulièrement fier d'avoir conclu un contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal, en juin 2005. Cette affiliation lui permettra de remplir pleinement sa mission d'enseignement et de recherche, et offrira aux chercheurs de l'Institut un accès direct aux sources de financement de la recherche, notamment les organismes subventionnaires québécois et les instituts de recherche canadiens.

On peut qualifier l'année 2004-2005 d'année de consolidation de l'effectif de l'Institut. En effet, à l'automne 2004, les ressources professionnelles provenant principalement des Directions régionales de santé publique de Montréal et de la Capitale nationale ont vu leur lien d'emploi transféré à l'Institut. Jusqu'à l'automne dernier, ces ressources professionnelles étaient prêtées à l'Institut et maintenues dans leur contexte de travail. De plus, le ministre de la Santé et des Services sociaux approuvait, en janvier 2005, le premier plan d'effectifs médicaux de l'Institut. Afin d'encadrer les activités professionnelles des médecins et dentistes, et de gérer son plan d'effectifs, l'Institut a conclu une entente avec le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) permettant la création du Département de médecine préventive et de santé publique pour les médecins et dentistes œuvrant à Montréal. Il a aussi établi une entente avec le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) afin de créer un service clinique provincial au sein de son Département de santé publique pour les médecins et dentistes ayant des mandats de l'Institut dans la grande région de Québec.

Ce mouvement de personnel n'a pas entraîné d'ajout de ressources pour le réseau de la santé publique au Québec. Toutefois, l'Institut peut maintenant compter sur des ressources professionnelles et médicales consacrées aux mandats nationaux, tout en maintenant ses collaborations avec les experts du réseau. L'Institut a profité de cette occasion pour revoir de façon importante la programmation de ses activités et services pour les trois prochaines années, et ce, en lien étroit avec sa nouvelle planification stratégique.

À la suite de la mise en place de l'Agence de santé publique du Canada, l'Institut a été approché pour développer une proposition quant à l'éventuelle création d'un Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et l'évaluation des risques en santé. En février 2005, l'Institut s'est vu octroyer un financement pour développer cette proposition, et ce, dans le respect des champs de compétence, des responsabilités et des législations propres au Québec.

5 | Rappel du plan stratégique

L'Institut a déposé son nouveau plan stratégique à l'Assemblée nationale au cours de la session parlementaire du printemps 2004. D'une durée de quatre ans, le *Plan stratégique 2004-2008* présente les choix retenus pour assurer la réalisation de la mission de l'Institut dans le respect des orientations et priorités gouvernementales.

Les objectifs de résultats sur lesquels porte la reddition de comptes sont regroupés sous trois orientations :

- contribuer à l'amélioration de la santé de la population ;
- développer et mettre à profit les connaissances en santé publique ;
- assurer la qualité des activités et des services de l'Institut.

Les résultats présentés dans la section 7 du présent rapport permettent de mesurer si les objectifs fixés dans le plan stratégique ont été atteints. Certains objectifs le sont dès la première année du plan, d'autres le seront au cours des trois prochaines années. Tous les résultats sont expliqués de façon à évaluer, ultimement, la réalisation des trois orientations.

6 | Sommaire des résultats

ORIENTATION 1
CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

Axe d'intervention 1
Soutien offert par l'Institut aux décideurs et aux acteurs en santé publique

OBJECTIFS	STATUT
Objectif 1 D'ici le 31 mars 2008, assurer une veille sanitaire en produisant des études épidémiologiques et des portraits sur l'état de santé de la population et ses déterminants.	» Résultats pour l'année 2004-2005 atteints.
Objectif 2 D'ici le 31 mars 2008, réaliser des études concernant l'impact des politiques publiques sur la santé de la population.	» Résultats pour l'année 2004-2005 atteints.
Objectif 3 D'ici le 31 mars 2008, développer et soutenir la mise en place de mesures de promotion des habitudes de vie saines et sécuritaires en vue de prévenir les problèmes sociaux et de santé.	» Résultats pour l'année 2004-2005 atteints.
Objectif 4 D'ici le 31 mars 2008, évaluer les risques que représentent la transmission d'agents infectieux et les facteurs environnementaux défavorables à la santé.	» Résultats pour l'année 2004-2005 atteints.
Objectif 5 D'ici le 31 mars 2008, développer des programmes de contrôle de la qualité pour les services diagnostiques des laboratoires privés et publics en biologie médicale (biochimie, hématologie, microbiologie, pathologie), en imagerie médicale, en génétique humaine et en toxicologie.	» Résultats pour l'année 2004-2005 atteints.

ORIENTATION 2
DÉVELOPPER ET METTRE À PROFIT LES CONNAISSANCES EN SANTÉ PUBLIQUE

Axe d'intervention 2
Consolidation de la recherche à l'Institut

OBJECTIFS	STATUT
Objectif 6 D'ici le 30 juin 2005, produire un plan triennal (2005-2008) qui définit les créneaux et les priorités de recherche en santé publique de l'Institut.	» En cours.
Objectif 7 D'ici le 31 mars 2008, obtenir une reconnaissance comme milieu de formation et de recherche universitaire.	» Résultats pour l'année 2004-2005 atteints.
Objectif 8 D'ici le 31 mars 2008, contribuer à la définition des orientations et des priorités de recherche en santé publique avec les instances concernées.	» En cours.

Axe d'intervention 3
Transfert et échange des connaissances

OBJECTIFS	STATUT
Objectif 9 D'ici le 31 mars 2008, augmenter annuellement de 5 % le nombre d'activités de transfert et d'échange de connaissances entre les producteurs et les utilisateurs pour mettre à profit l'expertise en santé publique.	» À venir.
Objectif 10 D'ici le 31 mars 2008, contribuer au développement et au rayonnement de l'expertise québécoise en santé publique.	» Résultats pour l'année 2004-2005 atteints.

ORIENTATION 3
ASSURER LA QUALITÉ DES ACTIVITÉS ET DES SERVICES DE L'INSTITUT

Axe d'intervention 4
Respect des besoins et des attentes des clients

OBJECTIFS	STATUT
Objectif 11 D'ici le 31 mars 2005, avoir mis en œuvre des mécanismes d'analyse et de rétroaction afin de connaître les besoins et les attentes des clients.	» En cours.
Objectif 12 D'ici le 31 mars 2006, accueillir, analyser, prioriser et traiter toutes les demandes conformément aux processus établis.	» À venir.
Objectif 13 D'ici le 31 mars 2007, évaluer la satisfaction des clients quant à la qualité des productions et aux processus de réponse.	» À venir.

Axe d'intervention 5
Rigueur scientifique et qualité professionnelle

OBJECTIFS	STATUT
Objectif 14 D'ici le 31 mars 2006, soumettre les activités et services de l'Institut à des processus d'assurance de la qualité.	» En cours.
Objectif 15 Assurer annuellement le perfectionnement et la formation continue d'au moins 90 % des ressources humaines de l'Institut.	» Résultats pour l'année 2004-2005 non atteints.

Axe d'intervention 6
Coordination optimale des activités et des services

OBJECTIFS

Objectif 16
D'ici le 31 décembre 2004, produire une programmation triennale (2005-2008) des activités et services de l'Institut afin de mobiliser les ressources internes et externes autour d'objectifs communs.

STATUT

» Résultats pour l'année 2004-2005 atteints.

7 | Présentation des résultats

» ORIENTATION 1

CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

Dans son plan de modernisation 2004-2007, le gouvernement s'est engagé à accroître la prévention et à améliorer la santé publique. La mission de l'Institut s'inscrit précisément dans cette perspective. En effet, l'Institut joue un rôle important dans la définition et la compréhension des problèmes sociaux, des problèmes de santé et des problèmes en émergence qui peuvent avoir un impact sur la santé de la population. Il contribue aussi à la définition des interventions jugées les plus efficaces pour lutter contre ces problèmes. Il peut ainsi informer la population, les décideurs et les différents acteurs afin de leur permettre d'agir face aux grands enjeux de santé publique.

» Axe d'intervention 1

SOUTIEN OFFERT PAR L'INSTITUT AUX DÉCIDEURS ET AUX ACTEURS EN SANTÉ PUBLIQUE

La mission principale de l'Institut est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les autorités de santé publique dans l'exercice de leurs responsabilités de santé publique et d'offrir des services de référence aux établissements du réseau de la santé.

Objectif 1

D'ici le 31 mars 2008, assurer une veille sanitaire en produisant des études épidémiologiques et des portraits sur l'état de santé de la population et ses déterminants.

Indicateur 1.1

Études épidémiologiques et portraits de santé réalisés.

Résultats

En 2004-2005, l'Institut a réalisé des études et des portraits sur la santé générale de la population, sur le cancer, sur le jeu pathologique, sur les traumatismes et sur le diabète.

Commentaires

La production d'études épidémiologiques et de portraits de santé permet à l'Institut de soutenir les décideurs et les acteurs du réseau de la santé publique en leur offrant de l'information fiable et pertinente sur l'état de santé de la population et ses déterminants.

Au cours de la dernière année, l'analyse de l'état de santé de la population s'est faite sous différents angles : la défavorisation, les milieux ruraux et urbains, les disparités géographiques, l'évolution dans le temps et les comparaisons internationales.

La mise à jour de l'indice de défavorisation permettra, au cours des prochaines années, une analyse temporelle des inégalités sociales de santé. Les comparaisons entre les milieux ruraux et urbains représentent une nouvelle dimension dans l'analyse des écarts de santé et se poursuivra avec le développement de méthodes relatives à l'analyse géospatiale de la santé.

Un portrait continu et global de l'état de santé des Québécoises et Québécois s'est poursuivi avec la mise à jour du logiciel

Éco-Santé Québec. L'Institut a aussi publié des recommandations méthodologiques concernant les mesures sur l'état de santé.

La collaboration avec l'Institut du Nouveau Monde s'est consolidée et permet de publier des portraits de santé dans *L'Annuaire du Québec*, un ouvrage de référence destiné au grand public, aux enseignants et aux experts, qui fait le bilan du Québec et trace des perspectives dans les domaines social, politique, économique et culturel.

Les travaux de développement d'indicateurs et de nouvelles méthodologies sur les problématiques du cancer et du diabète assurent un meilleur suivi de ces maladies. Plusieurs projets de surveillance ont également été développés sur les traumatismes, notamment sur les traumatismes d'origine récréative associés à la pratique sportive et aux aires de jeu. Des efforts ont été particulièrement investis pour documenter et mieux comprendre les principaux facteurs liés à la hausse des accidents et à la gravité des blessures en planche à neige.

Aux travaux de surveillance qui touchent l'ensemble de la population québécoise s'ajoutent les travaux de l'Institut pour soutenir les directions de santé publique des régions nordiques du Québec. En collaboration avec l'Unité de recherche en santé publique du Centre hospitalier universitaire de Québec, l'Institut a réalisé une enquête de santé auprès des Inuits. Ce projet a constitué un défi de taille en raison de son ampleur et de son aspect novateur. En effet, la collecte de données s'est faite à bord de l'*Amundsen*, bateau de la Garde côtière canadienne consacré à la recherche. Par conséquent, tous les villages du Nunavik ont pu participer à ce projet. L'utilisation du bateau a permis de rejoindre plus de personnes, de recueillir plus de données cliniques et de déployer le programme de dépistage du cancer du sein. Enfin, en collaboration avec la Direction de santé publique des Cris d'Eeyou Istchee et Statistique Canada, les membres de ces collectivités ont pu participer à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Les analyses sont actuellement en cours sous la codirection de l'Institut et de la direction de santé publique de la région.

Objectif 2

D'ici le 31 mars 2008, réaliser des études concernant l'impact des politiques publiques sur la santé de la population.

Indicateur 2.1

Études et avis scientifiques émis.

Résultats

En 2004-2005, l'Institut a réalisé divers rapports d'étude ou d'analyse portant sur l'importance des politiques publiques sur la santé de la population. Plusieurs mémoires ont été présentés dans le cadre de commissions parlementaires ou de consultations publiques initiées par le gouvernement.

Commentaires

L'Institut soutient les décideurs de santé publique en les informant de l'impact des politiques publiques sur la santé de la population. Cette mission s'actualise en particulier par la production d'avis et de synthèses de connaissances, la présentation de mémoires dans le cadre de consultations publiques, le soutien au ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'analyse de projets de loi et de règlements, ainsi que la publication d'études sur des problématiques liées aux politiques publiques. Le développement d'infrastructures pour faciliter l'accès à l'information scientifique sur les liens entre politiques publiques et santé ainsi que pour favoriser la coopération scientifique sur cette question fait aussi partie des actions à réaliser pour accomplir cette mission.

L'entrée en vigueur, en juin 2002, de l'article 54 de la *Loi sur la santé publique* donne au ministre de la Santé et des Services sociaux le rôle de conseiller le gouvernement pour l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Il offre par conséquent l'occasion de renforcer l'action de l'Institut dans ce

domaine. Dans le cadre d'une entente avec le Ministère, l'Institut s'est engagé à produire des rapports sur six thèmes de politique publique : conciliation travail-famille, vitesse des véhicules à moteur et santé, qualité des produits et services amaigrissants, qualité de l'air intérieur des habitations, bruit et santé, téléphone cellulaire et sécurité routière. Les travaux sur le thème de la conciliation travail-famille ont fait l'objet d'un mémoire présenté à la consultation ouverte par le ministre responsable du développement d'une politique sur cette question. Ce mémoire met en lumière l'incidence de ce phénomène sur la santé et le bien-être de la population du Québec, et soutient qu'il est important de mettre en place des mesures et des politiques susceptibles de favoriser l'harmonisation entre la vie professionnelle et la vie familiale.

Le tabagisme a fait l'objet de la production d'un mémoire dans le cadre de la révision de la *Loi sur le tabac* et d'un avis sur la prévention du tabagisme chez les jeunes. Le mémoire de l'Institut présente une synthèse des connaissances scientifiques sur la fumée de tabac dans l'environnement et ses effets sur la santé, l'efficacité des diverses mesures de protection ainsi que les conséquences des activités de promotion du tabac sur la prévalence du tabagisme. Il inclut également une série de recommandations visant à mieux protéger la santé de la population contre les effets du tabagisme : recommandations sur les mesures de protection contre la fumée de tabac dans l'environnement dans les lieux publics, sur les politiques scolaires concernant le tabagisme et sur les mesures de contrôle de la promotion des produits du tabac.

L'Institut a aussi participé à la préparation de mémoires présentés aux consultations publiques tenues par le gouvernement sur le *Plan de développement durable* et sur la sécurité et l'avenir énergétique du Québec. Des commentaires et analyses ont été faits pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux sur divers projets de réglementation, dont ceux sur la qualité de l'eau potable et sur le stockage et le transfert des sols contaminés ainsi que sur la *Stratégie québécoise en matière de changements climatiques*. Des rapports d'étude ont été publiés sur la présence de fibres d'amiante dans l'air au Québec et sur les maladies qui y sont associées ainsi que sur l'implantation des programmes de traitement des personnes aux prises avec un problème de jeu pathologique.

Concernant le développement d'infrastructures, la dernière année a été marquée par la mise en opération d'un portail Web dédié à l'information sur les liens entre politiques publiques et santé. Ce portail donne accès à une banque de données sur les études réalisées dans ce domaine avec un accent sur les approches méthodologiques pour évaluer l'impact des politiques publiques sur la santé. Le portail intègre un système de veille sur les publications produites dans le domaine ; celui-ci sert à alimenter la production d'un bulletin électronique qui, toutes les deux semaines, achemine aux abonnés du portail les renseignements marquants récemment parus.

Le portail « politiques publiques et santé »

Divers travaux ont contribué à influer sur les discussions intersectorielles et à les enrichir, particulièrement en promotion de la sécurité et en prévention de la criminalité ainsi qu'en ce qui concerne la problématique de la vitesse sur les routes. La participation de l'Institut au processus de révision des codes du bâtiment et de la plomberie a permis de faire valoir l'importance de considérer à la fois la problématique des brûlures et de la légionellose dans les discussions et les solutions à inclure dans les codes pour prévenir ces problèmes.

En matière d'organisation des services, l'Institut, en collaboration avec la Direction de santé publique de Montréal, a participé étroitement à la production du *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec*, publié en février 2005. À partir de trente recherches en cours ou récemment terminées au Québec, ce rapport dégage des avenues prometteuses et tire des leçons utiles pour les décideurs quant à la situation qui prévaut à l'égard de l'accessibilité, de la continuité et de la globalité des services de première ligne, quant aux facteurs organisationnels qui permettent d'expliquer l'utilisation des services de santé et ses différentes dimensions et quant aux processus d'implantation de différents modes organisationnels.

En relation avec les *Orientations ministérielles sur les services aux aînés en perte d'autonomie* et le *Programme de recherche sur l'intégration des services et le maintien de l'autonomie (PRISMA)* financé par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, l'Institut a largement contribué à la publication d'un ouvrage collectif analysant et évaluant les services offerts dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux.

À l'invitation de l'Agence de santé publique du Canada, l'Institut a amorcé le développement d'une proposition pour la mise en place d'un Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et l'évaluation des risques en santé. Ce centre permettra de développer la synthèse, le partage et l'utilisation des connaissances, de stimuler la recherche appliquée et de soutenir la mise en réseau d'experts et de praticiens canadiens et internationaux dans le domaine des politiques publiques favorables à la santé. Les productions de ce centre seront ainsi utiles pour les responsables de santé publique en relation avec la formulation de politiques publiques.

Objectif 3

D'ici le 31 mars 2008, développer et soutenir la mise en place de mesures de promotion des habitudes de vie saines et sécuritaires en vue de prévenir les problèmes sociaux et de santé.

Indicateur 3.1

Études et avis scientifiques émis, notamment sur la saine alimentation, la pratique de l'activité physique, les comportements sexuels sécuritaires, la consommation de drogues, d'alcool et de tabac.

Résultats

En 2004-2005, l'Institut a réalisé des études et des avis sur la prévention du tabagisme, sur les saines habitudes de vie de la grossesse à l'enfance, sur la saine alimentation, sur l'activité physique, sur la violence conjugale et sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec.

Commentaires

C'est principalement par des analyses détaillées que l'Institut peut développer et soutenir la mise en place de mesures de promotion des habitudes de vie saines et sécuritaires. Voici quelques exemples de soutien offerts par l'Institut à ses partenaires.

» À la suite de la publication par l'Institut de l'avis scientifique sur *La prévention du tabagisme chez les jeunes*, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le réseau de santé publique ont demandé à l'Institut d'effectuer une analyse de l'efficacité des programmes de prévention du tabagisme qui sont actuellement implantés au Québec. L'analyse est fondée sur les critères d'efficacité des programmes énumérés dans l'avis scientifique. Cette analyse est en cours de réalisation et sera publiée d'ici l'automne 2005.

» De même, après la diffusion du document *Proposition d'un plan de monitoring du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le réseau de santé publique

ont demandé à l'Institut de réviser ce plan à la lumière du Plan commun de surveillance et des ententes de gestion entre le ministère et les agences. Durant l'année 2005-2006, l'Institut devrait commencer à implanter un plan de monitoring modifié, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et le réseau de santé publique.

» La production d'un guide d'intervention favorisant l'adoption de saines habitudes de vie de la grossesse à deux ans de même que la formation qui l'accompagnera permettront de mieux orienter l'intervention sur les habitudes de vie en périnatalité et en petite enfance. Cette intervention contribuera à l'atteinte d'objectifs de santé chez les femmes enceintes et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité.

» Les travaux de l'Institut, dans le dossier de la prévention de l'obésité, ont contribué de façon significative à mieux informer la population, à soutenir le ministère et le réseau de santé publique dans l'élaboration d'un plan d'action et à sensibiliser les décideurs à l'influence de l'environnement dans l'épidémie actuelle d'obésité.

Pour ce faire, l'Institut a répondu à de nombreuses entrevues demandées par les médias écrits ou électroniques afin de mieux informer la population sur l'ampleur de ce problème, les déterminants individuels et environnementaux qui y sont associés, et les diverses pistes de solutions avancées par les experts. De plus, l'Institut a réalisé plus d'une trentaine de conférences scientifiques en lien avec la problématique de l'obésité.

L'Institut a également apporté une contribution significative au ministère de la Santé et des Services sociaux en élaborant une proposition de plan d'action national pour prévenir l'obésité chez les enfants et un modèle structurel visant la modification des environnements bâtis, agroalimentaire et socioculturel, spécifique au Québec. Sur la base de ces propositions, le gouvernement a mis sur pied cinq chantiers nationaux afin de compléter l'élaboration de plans d'action plus spécifiques sur les thématiques suivantes : les environnements alimentaires sains en milieu de garde, milieu scolaire et milieu municipal, l'activité physique et les environnements favorables dans ces trois milieux, l'environnement socioculturel et les médias, les pratiques cliniques préventives et le *Programme de prévention 0-5-30* de la région de la Capitale nationale. L'Institut a participé activement aux quatre premiers chantiers.

» La recension des écrits sur la problématique des enfants exposés à la violence conjugale sert de base scientifique aux activités menées dans le réseau pour soutenir la mise en œuvre du *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*.

Objectif 4

D'ici le 31 mars 2008, évaluer les risques que représentent la transmission d'agents infectieux et les facteurs environnementaux défavorables à la santé.

Indicateur 4.1

Études et avis scientifiques émis.

Résultats

En 2004-2005, l'Institut a réalisé des études et des avis scientifiques portant sur la transmission d'agents infectieux tels que le contrôle des infections nosocomiales, le virus du Nil occidental et certains programmes d'immunisation. D'autres études et avis ont été produits sur la qualité de l'eau potable et sur les pesticides.

Commentaires

Dans le domaine des infections nosocomiales, les lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections à *Clostridium difficile* destinées aux établissements de santé du Québec ont grandement contribué à orienter les efforts du ministère de la Santé et des Services sociaux et des hôpitaux pour mettre en place un ensemble de mesures plus efficaces pour prévenir ces problèmes. La mise en place par l'Institut du système de surveillance des infections à C. difficile a aussi permis de connaître avec une plus grande exactitude l'ampleur du problème et de mieux comprendre ses répercussions dans les centres hospitaliers sur le plan des complications et des taux d'acquisition selon le nombre de patients hospitalisés dans les unités de soins aigus. Des résultats encourageants peuvent maintenant être observés, et il est envisagé d'étendre à d'autres infections nosocomiales le système de surveillance et les recommandations du Comité de prévention des infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'Institut.

L'avis sur les stratégies de lutte contre le virus du Nil occidental (VNO) et la gestion du système de surveillance ont eu des répercussions sur les décisions de traitement avec des larvicides au début et durant les saisons d'activités du VNO ainsi que sur les décisions relatives aux moyens et aux endroits les plus appropriés pour appliquer les insecticides. Le système de surveillance a aussi permis de prendre des décisions sur le déploiement et l'intensité des activités de surveillance, sur l'information à transmettre à la population, notamment celle concernant les moyens et les comportements de protection personnelle, et, de façon plus globale, sur le maintien et le développement de la stratégie gouvernementale annuelle d'intervention sur le VNO.

Lutte contre le virus du Nil occidental

Plusieurs avis produits par le Groupe scientifique en immunisation (GSI) et le Comité d'immunisation du Québec (CIQ) auront donné l'occasion à l'Institut de jouer un rôle important d'expertise, de soutien et d'assistance-conseil auprès des décideurs gouvernementaux. L'Institut a pu établir que le nombre de doses de vaccin antipneumococcique conjugué requis était inférieur au calendrier homologué. L'utilisation de données épidémiologiques nouvelles et une étude d'analyse économique produite par le GSI ont permis de soutenir cette décision permettant un gain important dans l'efficience du programme d'immunisation. Par ailleurs, la recommandation sur l'utilisation du vaccin acellulaire contre la coqueluche chez les adolescents et les adultes québécois a amené la mise en place d'un programme régulier et d'un rattrapage qui mettent les adolescents québécois à l'abri d'une épidémie de coqueluche appréhendée.

La surveillance de l'influenza fait partie des mesures de vigie attendues en préparation à la prochaine pandémie de grippe. Dans ce contexte, l'Institut fournit au ministère de la Santé et des Services sociaux les données sur le nombre de cas diagnostiqués pour son programme de surveillance de l'influenza.

À la suite d'une demande d'un établissement de santé et en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut a dû évaluer le risque associé à l'utilisation d'appareils chirurgicaux de type « alésoir à cotyle » où l'on avait détecté la présence, au nettoyage, de débris susceptibles de transmettre des infections lors de la réutilisation de l'appareil. L'évaluation du risque et les analyses demandées par l'Institut ont permis aux décideurs, particulièrement à la direction générale de l'établissement ainsi qu'au ministère, de prendre une position quant à la nécessité de faire une relance des patients qui auraient été exposés à ce type d'appareil, non seulement dans l'établissement qui avait signalé le problème, mais également dans tous les établissements du Québec qui avaient utilisé le même type d'appareil.

Mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut a mis en place, en février 2005, un service d'évaluation des risques de transmission d'infections par le sang à l'intention des professionnels et du personnel de la santé porteurs d'une infection transmissible par le sang et posant des gestes à risque de transmission dans le cadre de leur pratique. Les évaluations du risque individuel ainsi que les recommandations qui sont faites par des comités d'experts mis en place par l'Institut sont à même d'avoir une influence sur les décideurs, particulièrement les ordres professionnels concernés, en ce qui a trait à la question des restrictions de pratique qui peuvent être imposées par les ordres à leurs membres, dans le but de prévenir la transmission d'infections à l'occasion de la prestation de soins de santé.

Concernant les facteurs environnementaux, l'avis sur les normes à mettre en place pour assurer la qualité de l'eau potable a eu des conséquences sur les recommandations émises par Santé Canada et sur les normes à inclure ou à modifier dans la réglementation québécoise. Dans le cas du trichloroéthylène (TCE), l'avis de l'Institut a permis à Santé Canada d'identifier une solution qui a mené à l'acceptation de la recommandation pour le TCE dans l'eau potable qui s'appliquera dans l'ensemble du Canada. Par ailleurs, les différents avis de l'Institut au nom du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les modifications à apporter au *Règlement québécois sur la qualité de l'eau potable* ont permis de bonifier la réglementation quant à l'exposition aux contaminants de l'eau à la suite d'usages autres que la consommation. Les avis ont favorisé une meilleure surveillance des établissements saisonniers ainsi que l'élaboration de normes plus adéquates pour certains paramètres microbiologiques et chimiques.

L'étude sur l'exposition des enfants aux pesticides en milieu urbain a mobilisé le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, le ministère du

Développement durable, de l'Environnement et des Parcs et l'Institut dans le développement de bases de données et d'outils d'aide à la prise de décision. Ces outils visent à diminuer l'utilisation de pesticides en milieu agricole et à favoriser l'usage des produits les moins toxiques pour l'environnement et la santé humaine.

Objectif 5

D'ici le 31 mars 2008, développer des programmes de contrôle de la qualité pour les services diagnostiques des laboratoires privés et publics en biologie médicale (biochimie, hématologie, microbiologie, pathologie), en imagerie médicale, en génétique humaine et en toxicologie.

Indicateur 5.1

Programmes développés.

Résultats

Maintien et développement de programmes de contrôle de la qualité en biologie médicale, en imagerie médicale et en toxicologie.

Commentaires

Les programmes de contrôle de la qualité pour les laboratoires sont offerts par le Laboratoire de santé publique du Québec et le Centre de toxicologie du Québec.

Au Laboratoire de santé publique du Québec, les contrôles externes de la qualité permettent aux laboratoires québécois de comparer leur performance à celles des autres et d'apporter les correctifs nécessaires lorsque cela s'avère requis. Une amélioration de la performance des laboratoires a été notée à la suite de certains contrôles.

La majorité des laboratoires québécois de biologie médicale participent aux contrôles externes de la qualité : 162 sont inscrits en biochimie, 145 en hématologie, 130 en microbiologie et 61 en pathologie. Une trentaine de laboratoires privés

détiennent des permis d'opération dans une ou plusieurs disciplines de la biologie médicale. Les laboratoires font l'objet d'une inspection sur une base triennale afin de vérifier leur conformité aux exigences légales et réglementaires.

» Biochimie : Cinq contrôles externes de la qualité ont été faits pendant l'année et aucun signalement concernant les laboratoires privés n'a été effectué par le comité d'assurance qualité en biochimie. Ce comité a développé un bilan individuel de performance pour l'implanter en 2005. Il a aussi mis en place un nouveau programme pour la mesure de la glycémie capillaire auprès d'un groupe restreint de laboratoires afin d'évaluer la possibilité de l'implanter.

» Hématologie : Les laboratoires ont participé à un contrôle interprovincial.

» Microbiologie : Dix envois d'échantillons cliniques simulés et deux questionnaires d'enquête ont été soumis aux laboratoires participants pour un contrôle de la qualité. Les envois pour vérifier la sérologie du cytomégalovirus et la détection de la chlamydia constituaient des nouveautés. Le questionnaire d'enquête sur la détection des toxines de *Clostridium difficile* a permis d'identifier les laboratoires ayant la capacité de les détecter pour l'envoi prévu en 2005. Une augmentation importante des demandes pour cette analyse a été constatée dans les laboratoires depuis 2003.

» Pathologie : Un portail a été développé et permet aux laboratoires de visualiser les images de contrôle dans un site Web à accès limité et de transmettre les résultats en ligne.

En imagerie médicale, le Laboratoire de santé publique du Québec poursuit l'analyse des demandes de permis provenant des cliniques privées qui possèdent des équipements radiologiques en vérifiant la conformité aux exigences légales et réglementaires. Il vérifie aussi les équipements des cliniques engagées dans le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*. Par ailleurs, l'Institut dirigera sous peu une équipe de soutien formée d'experts qui accompagneront les centres de mammographie pour leur permettre de satisfaire ou de maintenir les critères de qualité requis afin d'obtenir la certification dans le cadre du programme.

Au Centre de toxicologie du Québec, les programmes d'assurance qualité en toxicologie contribuent à maintenir la qualité des prestations analytiques des 250 laboratoires québécois, canadiens et étrangers qui y participent.

Le Centre de toxicologie du Québec opère quatre programmes d'assurance qualité à l'intention des laboratoires de toxicologie :

» *Programme de comparaisons interlaboratoires (PCI)* : Ce programme s'adresse aux laboratoires de toxicologie qui font l'analyse de métaux lourds dans les milieux biologiques. Présentement, 155 laboratoires provenant de 28 pays y participent. Le programme s'autofinance par la contribution des participants.

» *Programme de comparaison QMEQAS (Quebec MultiElement Quality Assessment Scheme)* : Ce programme est conçu pour permettre aux laboratoires qui utilisent des appareils multi-éléments de comparer leurs résultats. Le programme vise à aider les laboratoires d'analyse à satisfaire les normes de qualité lors de la détermination d'éléments dans des milieux biologiques. Présentement, 42 laboratoires y participent, soit une augmentation de 8 % par rapport à l'année dernière.

» *Programme de comparaison PMQAS (Priority Metal Quality Assurance Scheme)* : Ce programme, créé en 2002 à la demande des Centers for Disease Control and Prevention du gouvernement américain, s'adresse aux laboratoires des États américains dans le cadre de la lutte au chimioterrorisme. Il vise à vérifier leur compétence à mesurer seize métaux en situa-

tion d'urgence. Présentement, 36 laboratoires y participent. Ce nombre devrait atteindre 45 d'ici la fin de l'année 2005-2006.

» *Programme de comparaison AMAP (Arctic Monitoring and Assessment Program)* :
Ce programme s'adresse aux laboratoires des pays à proximité du pôle Nord qui mesurent les niveaux de polluants organiques persistants dans le sang humain. Présentement, 25 laboratoires y participent. En 2004-2005, quatre nouveaux toxiques ont été ajoutés à la gamme des substances à rechercher dans le sang.

» ORIENTATION 2

DÉVELOPPER ET METTRE À PROFIT LES CONNAISSANCES EN SANTÉ PUBLIQUE

La formation, la recherche et l'innovation sont des fonctions essentielles dans un secteur comme la santé publique, où le développement et le transfert des connaissances jouent un rôle déterminant.

» Axe d'intervention 2

CONSOLIDATION DE LA RECHERCHE À L'INSTITUT

L'Institut entend se donner les moyens nécessaires afin de remplir sa mission en recherche et d'exercer un leadership dans ce domaine.

Objectif 6
D'ici le 30 juin 2005, produire un plan triennal (2005-2008) qui définit les créneaux et les priorités de recherche en santé publique de l'Institut.

Indicateur 6.1
Plan triennal des priorités de recherche de l'Institut produit et mis à jour annuellement.

Résultats
La production du plan triennal des priorités de recherche de l'Institut est prévue pour l'automne 2005.

Commentaires
L'Institut dispose désormais d'un portrait global qui lui servira de base pour mener à terme son plan triennal des priorités de recherche. Ce portrait global est le résultat des réalisations suivantes :

» identification des créneaux de recherche dans le cadre de l'élaboration de la programmation des activités et services de l'Institut ;

» bilan des activités de recherche de l'Institut entre 2000 et 2004 ;

» définition de priorités de recherche en collaboration avec d'autres organisations lors de l'élaboration d'ententes ou de mandats, notamment avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Université de Montréal et le Centre de santé et de services sociaux de Québec-Sud.

Plusieurs autres facteurs contribueront à la production du plan triennal des priorités de recherche de l'Institut, notamment :

» réalisation d'un bilan de la recherche en santé publique au Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux ;

» collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux pour le plan d'évaluation du *Programme national de santé publique 2003-2012* ;

» collaboration au plan de développement de l'axe « Santé des populations » avec le Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et conception d'un projet d'entente ;

» démarche de clarification conceptuelle entre les activités de recherche et d'évaluation en collaboration avec le Secrétariat du comité d'éthique en santé publique (SCESP) ;

» élaboration de la proposition du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et l'évaluation des risques en santé en lien avec l'Agence de santé publique du Canada.

À la suite de ces différentes actions, l'Institut sera en mesure, à l'automne 2005, de présenter son plan triennal de recherche 2005-2008, qui tiendra compte à la fois des attentes du milieu et des grands enjeux de santé publique.

Objectif 7

D'ici le 31 mars 2008, obtenir une reconnaissance comme milieu de formation et de recherche universitaire.

Indicateur 7.1

Nombre d'ententes ou contrats de services en matière d'enseignement avec les universités.

Résultats

Six ententes ou contrats ont été conclus avec les universités.

Commentaires

La reconnaissance à titre de milieu de formation et de recherche se concrétise nécessairement par des ententes ou contrats de services avec les universités. En 2004-2005, l'Institut a donc réalisé diverses ententes et a franchi l'ensemble des étapes en vue d'obtenir un contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal.

D'autres ententes et contrats ont été conclus :

» Avec le Bureau de formation professionnelle continue de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal pour :

- le renouvellement du protocole d'entente relatif à la gestion d'un programme d'assurance qualité lié aux activités de formation continue de l'Institut pour une période de trois ans ;
- deux contrats de services concernant le volet de santé publique du *Plan québécois d'intervention sur le contrôle de la variole* relatifs à la formation de formateurs et à la mise en ligne de contenus de formation.

» Avec le Centre de santé et de services sociaux de Québec-Sud, affilié à l'Université Laval, pour favoriser le développement d'activités communes de formation, de recherche et de transfert de connaissances.

» Avec la Memorial University of Newfoundland pour la validation des modules de formation dans le cadre du projet *Skills Enhancement for Health Surveillance Initiative*.

De plus, l'Institut a conclu une entente de collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui a pour objet de définir les bases d'une collaboration dans la mise en place de mesures favorisant le développement de compétences professionnelles et l'identification de nouvelles perspectives de développement des pratiques de santé publique au sein de la profession infirmière, dans les domaines d'intervention en santé publique.

Indicateur 7.2
Nombre de stagiaires universitaires accueillis à l'Institut.

Résultats
32 stagiaires universitaires.

Commentaires
L'Institut a accueilli 32 stagiaires universitaires au cours de la dernière année, dont huit résidents en microbiologie et en infectiologie au Laboratoire de santé publique du Québec.

Les stagiaires proviennent majoritairement de l'Université de Montréal, ainsi que de l'Université de Sherbrooke, de l'Université Laval, de l'Université du Québec à Montréal et de l'Université McGill. La plupart de ces étudiants complètent leur formation de deuxième cycle (maîtrise) alors que quatre d'entre eux sont des étudiants de troisième cycle (doctorat).

L'Institut offre un environnement de stage unique compte tenu de la spécificité de ses mandats et de l'expertise des membres de son personnel. La participation des stagiaires aux activités de l'Institut contribue en retour à en faire un milieu de formation et de recherche reconnu.

Indicateur 7.3
Nombre de projets de recherche subventionnés.

Résultats
138 projets de recherche subventionnés, dont 43 nouvelles subventions obtenues en 2004-2005.

Commentaires
On constate un nombre important de nouvelles subventions obtenues en 2004-2005 puisqu'elles représentent 31 % du nombre total. Cette hausse se manifeste particulièrement dans le secteur de l'environnement. Les secteurs de l'organisation des services et des maladies infectieuses ont également un niveau d'activité significatif parmi les projets de recherche subventionnés.

Il est important de noter qu'une sous-estimation du nombre total de subventions obtenues est liée à la méthode utilisée. Dans le contexte de la démarche d'affiliation universitaire, seules les subventions obtenues par des professionnels et médecins détenant des titres universitaires ont été comptabilisées d'août 2004 à février 2005. Toutefois, on peut anticiper un impact potentiel à la hausse sur l'obtention et la gestion des subventions de recherche à l'Institut par suite de la signature du contrat d'affiliation universitaire.

Objectif 8
D'ici le 31 mars 2008, contribuer à la définition des orientations et des priorités de recherche en santé publique avec les instances concernées.

Indicateur 8.1
Nombre de propositions aux instances définissant les priorités de recherche en santé publique.

Résultats
Pour l'année 2004-2005, le résultat ne se concrétise pas en termes de nombre de propositions. Toutefois,

l'Institut a collaboré avec diverses instances à la définition des orientations et des priorités de recherche en santé publique et a conclu des ententes avec le ministère de la Santé et des Services sociaux pour le développement de la recherche, particulièrement dans la lutte au tabagisme et en promotion de saines habitudes de vie.

Commentaires

L'Institut a participé à la définition des orientations et des priorités de recherche en santé publique par sa collaboration avec diverses instances :

» collaboration au plan de développement de l'axe Santé des populations du Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Montréal;

» collaboration avec le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) pour le programme Santé et Société en assumant la présidence du comité d'évaluation;

» collaboration avec le Réseau de recherche en santé des populations du FRSQ pour l'axe Partage des connaissances en agissant à titre de coordonnateur de l'axe;

» participation au Forum d'orientation stratégique sur l'avenir de la recherche universitaire en sécurité routière organisé conjointement par le ministère des Transports et la Société de l'assurance automobile du Québec.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, un comité scientifique a été mis sur pied pour déterminer les priorités de recherche sur les impacts de l'industrie porcine sur la santé publique et pour veiller à la réalisation de projets de recherche pertinents. Le comité scientifique a défini quatre priorités de recherche, soit : la pollution atmosphérique, la contamination microbienne de l'eau, les aspects sociaux et la santé au travail. Sur recommandation du comité, des projets de recherche axés sur les priorités retenues seront financés prochainement par le ministère.

De plus, dans le cadre du *Protocole d'entente en vue de la création et du développement d'une expertise québécoise en matière de recherche, d'évaluation et de surveillance dans le domaine de la lutte au tabagisme* convenu avec le ministère de la Santé et des Services sociaux en septembre 2003, l'Institut doit identifier les priorités de recherche et d'évaluation puis développer une programmation scientifique de recherche sur une période de cinq ans.

Un même type de protocole d'entente est sur le point d'être signé avec le ministère de la Santé et des Services sociaux portant sur le développement de l'expertise québécoise de santé publique en matière de promotion de saines habitudes de vie visant l'activité physique, la saine alimentation et la prévention de problèmes de santé liés au poids et pour lequel l'Institut est appelé à développer une programmation scientifique.

Ces programmations de recherche scientifique guideront le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut et le réseau de santé publique dans leurs activités de développement de la recherche.

» Axe d'intervention 3

TRANSFERT ET ÉCHANGE DES CONNAISSANCES

Au-delà de la diffusion, le transfert et l'échange des connaissances se concrétisent par diverses formes d'interactions entre les producteurs et les utilisateurs que sont les décideurs, les gestionnaires, les praticiens et le grand public.

Objectif 9

D'ici le 31 mars 2008, augmenter annuellement de 5 % le nombre d'activités de transfert et d'échange de connaissances entre les producteurs et les utilisateurs pour mettre à profit l'expertise en santé publique.

Indicateur 9.1

Taux de croissance des activités de transfert et d'échange de connaissances.

Résultats

À venir.

Commentaires

Il est impossible, cette année, de rendre compte du taux de croissance des activités de transfert et d'échange puisque la mesure étalon n'a pas encore été établie. Cependant, diverses activités relatives au transfert et à l'échange des connaissances ont été réalisées :

» élaboration d'une banque de documentation sur le transfert et l'échange de connaissances ;

» participation à un projet de recherche des CLSC ayant une affiliation universitaire et financé par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) et au développement d'instruments de collecte d'information sur les pratiques de transfert ;

» préparation d'un atelier méthodologique sur les stratégies efficaces de transfert des connaissances en prévision des Journées annuelles de santé publique 2005 ;

» collaboration à un projet pancanadien financé par les Instituts de recherche en santé du Canada sur l'évaluation des stratégies de courtage des connaissances en collaboration avec l'Université McMaster ;

» élaboration d'un cadre conceptuel et documentation des pratiques de transfert à l'Institut ;

» collaboration avec des établissements et organismes faisant du transfert et de l'échange de connaissances, notamment le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), le Centre de communication en santé mentale de l'hôpital Rivière-des-Prairies (CECOM) et des centres de santé et de services sociaux.

De plus, dans le cadre de l'élaboration de la programmation 2005-2008, une attention particulière a été apportée afin que des activités de transfert et d'échange de connaissances soient introduites dans plusieurs projets et programmes de recherche en développement à l'Institut.

Objectif 10

D'ici le 31 mars 2008, contribuer au développement et au rayonnement de l'expertise québécoise en santé publique.

Indicateur 10.1

Nombre de plans ou ententes de collaboration avec des organismes nationaux ou internationaux.

Résultats

Quatre ententes de collaboration.

Commentaires

Dans le cadre de la 60e Commission permanente de coopération franco-québécoise (CPCFQ), deux projets de l'Institut ont été retenus par le ministère des Relations internationales. Les projets devraient démarrer en mai 2005, et le début des activités est prévu pour septembre 2005.

L'Institut a signé un accord de partenariat avec le Centre national d'études supérieures de sécurité sociale (CNESSS) en France. Plusieurs activités prévues à l'entente sont en cours de réalisation ou de planification. Elles s'inscrivent toutes dans une dynamique de mise en commun et de transfert et d'échange de connaissances. En effet, du côté français, des missions de formation sont régulièrement organisées au Québec. Une mission exploratoire sur le développement social en France est actuellement en préparation.

L'Institut a également signé une convention de collaboration avec l'Institut Pasteur de France pour une recherche commune sur les bactéries pathogènes émergentes. Cette collaboration prendra la forme d'une mise en commun de moyens et d'un partage de connaissances permettant la mise en place de l'identification bactérienne par séquençage au Québec.

D'autres ententes sont en cours de préparation et ont fait l'objet de discussions au cours de l'année avec l'Organisation panaméricaine de la santé, l'Institut national d'hygiène, d'épidémiologie et de microbiologie (INHEM) de Cuba et l'Institut Lazarte d'Argentine.

L'Institut est toujours membre de trois centres collaborateurs de l'Organisation mondiale de la santé : en environnement, en promotion de la sécurité et en développement des villes et villages en santé.

Indicateur 10.2
Nombre de publications dans des revues scientifiques offrant un rayonnement national et international.

Résultats
54 publications dans des revues scientifiques, en plus de neuf chapitres de livres et six monographies.

Commentaires
La publication d'un article dans une revue scientifique constitue un autre moyen important pour assurer le transfert et l'échange des connaissances. Ces revues offrent généralement un rayonnement au Canada, aux États-Unis et en Europe.

Une sous-estimation très probable du nombre total de publications dans des revues scientifiques est liée à la méthode utilisée pour les recenser. Comme il est mentionné précédemment, dans le contexte de la démarche d'affiliation universitaire, seules les publications des professionnels et médecins détenant des titres universitaires ont été comptabilisées d'août 2004 à février 2005. De plus, les articles sous presse, acceptés et soumis pour publication n'ont pas été comptabilisés.

De même, les communications effectuées dans le cadre d'événements internationaux et publiées dans les actes de ces événements n'ont pas été recensées. Plusieurs experts de l'Institut participent à de nombreux congrès, colloques ou séminaires, au cours desquels ils font état de leurs travaux et participent à des échanges scientifiques. L'Institut est également très actif dans la planification de colloques scientifiques internationaux se déroulant au Québec. En 2004-2005, il a participé aux travaux de quatre événements internationaux. Là aussi, ces événements donnent lieu à des publications auxquelles contribue le personnel de l'Institut.

La mise en place d'un système de recensement des articles publiés dans des revues scientifiques facilitera la mesure de cet indicateur.

» ORIENTATION 3

ASSURER LA QUALITÉ DES ACTIVITÉS ET DES SERVICES DE L'INSTITUT

À titre de centre d'expertise et de référence en santé publique au Québec, l'Institut s'engage à viser les plus hauts standards de qualité pour ses activités et ses services.

» Axe d'intervention 4

RESPECT DES BESOINS ET DES ATTENTES DES CLIENTS

La capacité de l'Institut à offrir des activités et des services de qualité repose sur sa connaissance des besoins et des attentes de ses clients, particulièrement ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux, des directions régionales de santé publique et des établissements.

Objectif 11

D'ici le 31 mars 2005, avoir mis en œuvre des mécanismes d'analyse et de rétroaction afin de connaître les besoins et les attentes des clients.

Indicateur 11.1

Données disponibles sur les besoins et les attentes des clients.

Résultats

Données obtenues.

Commentaires

Au cours des deux dernières années, l'Institut a réalisé deux importantes tournées de consultation auprès de ses partenaires privilégiés pour connaître leurs besoins et attentes envers l'organisme. La première a porté sur la planification stratégique de l'Institut. Le personnel de chacune des directions régionales de santé publique du Québec a été rencontré afin de lui présenter les orientations stratégiques retenues et d'échanger des renseignements sur ses besoins spécifiques. La deuxième tournée s'est déroulée à l'hiver 2005, où plusieurs directions générales du ministère de la Santé et des Services sociaux ont été rencontrées, ainsi que les directeurs régionaux de santé publique, afin de les consulter sur les choix effectués dans le cadre de la programmation des activités et services 2005-2008 de l'Institut. À l'issue de ces consultations, des ajustements ont été apportés à la programmation afin de tenir compte des besoins identifiés et de leurs priorités.

Un autre mécanisme efficace utilisé est la participation de l'Institut à la Table de coordination nationale de santé publique et aux six Tables de concertation nationale de santé publique. Ces tables de concertation réunissent des représentants du Ministère, de l'Institut et de chacune des directions régionales de santé publique pour discuter des enjeux de santé publique et des agendas communs des différentes organisations.

Objectif 12

D'ici le 31 mars 2006, accueillir, analyser, prioriser et traiter toutes les demandes conformément aux processus établis.

Indicateur 12.1

Taux de demandes traitées conformément aux processus établis.

Résultats

À venir.

Commentaires

L'année 2004-2005 a permis à l'Institut d'entamer l'inventaire des processus existants pour assurer la réception et le traitement des demandes qui lui sont adressées. Par exemple, la présence de l'Institut aux Tables de concertation nationale constitue un moyen actif et continu pour accueillir et analyser des demandes.

Au cours de la prochaine année, l'Institut définira les mécanismes, actuels ou nouveaux, qu'il entend établir de façon formelle. Il en profitera pour les intégrer dans une politique relative aux services offerts aux autorités régionales et aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux que l'Institut doit adopter conformément à sa loi constitutive.

L'Institut devra ensuite faire connaître les processus retenus à ses partenaires pour en assurer une utilisation optimale.

Objectif 13

D'ici le 31 mars 2007, évaluer la satisfaction des clients quant à la qualité des productions et aux processus de réponse.

Indicateur 13.1

Taux de satisfaction de la clientèle.

Résultats

À venir.

Commentaires

Cet objectif est étroitement lié aux deux objectifs précédents, c'est-à-dire la connaissance des besoins et des attentes des clients de l'Institut et le traitement des demandes en conformité avec les processus établis. Par conséquent, la mesure du taux de satisfaction de la clientèle ne pourra être effectuée avant que les mécanismes et les processus prévus à l'objectif 12 soient mis en œuvre.

Au cours de l'année 2005-2006, l'Institut entamera une réflexion sur l'ensemble des moyens qui lui permettront de mesurer le taux de satisfaction de la clientèle, selon les secteurs d'intervention.

» Axe d'intervention 5

RIGUEUR SCIENTIFIQUE ET QUALITÉ PROFESSIONNELLE

La rigueur scientifique est une condition essentielle pour atteindre les standards de qualité que se fixe l'Institut. La réalisation de ses activités et de ses services passe nécessairement par des processus qui assurent un niveau de qualité irréprochable.

Objectif 14

D'ici le 31 mars 2006, soumettre les activités et services de l'Institut à des processus d'assurance de la qualité.

Indicateur 14.1

Accréditations des laboratoires de l'Institut (Laboratoire de santé publique du Québec et Centre de toxicologie du Québec) obtenues et maintenues.

Résultats

En mars 2005, le Laboratoire de santé publique du Québec a complété son agrément ISO 9001: 2000 pour l'ensemble de ses secteurs d'activité, à l'exception de la radioprotection. Le Bureau de normalisation du Québec lui a émis un certificat reconnaissant sa conformité pour l'ensemble des services d'analyse et de surveillance réalisés en laboratoire, pour les services d'inspection des laboratoires privés de biologie médicale, pour le service de contrôle externe de la qualité et pour la surveillance de l'infection par le VIH au Québec. Tous les secteurs de soutien à ces activités incluant les ressources humaines, financières et matérielles, les technologies de l'information, la réception des échantillons, la microbiothèque, le contrôle de la qualité des équipements et la distribution centrale sont aussi inclus.

Le Centre de toxicologie du Québec a réussi avec succès l'inspection de réaccréditation biannuelle du Bureau de normalisation du Québec (ISO 17025) et demeure ainsi reconnu par le Conseil canadien des normes. Il poursuit également une démarche d'accréditation à titre de fournisseur de services d'essais d'aptitude (ISO 43) pour l'ensemble de ses programmes d'assurance qualité. Cette démarche devrait connaître son aboutissement au cours de l'année 2005-2006.

Commentaires

Le Laboratoire de santé publique du Québec est le premier laboratoire de santé publique à détenir sa certification ISO au Canada. Ce système d'assurance de la qualité a permis l'uniformisation des pratiques et leur documentation. Il en découle une vérification de toutes les étapes des processus générant des résultats de laboratoire, de même qu'une analyse rétroactive pour étudier les tendances et apporter ensuite les correctifs requis.

Le Centre de toxicologie du Québec a consacré des efforts importants pour le maintien de sa certification ISO 17025 et prépare une première visite d'accréditation à titre de fournisseur de services d'essais d'aptitude (ISO 43). La structure de la documentation est en cours de réalisation et la visite est prévue à l'automne 2005.

Le Centre de toxicologie du Québec

Par ailleurs, les unités mobiles de mammographie du Centre d'expertise en dépistage de l'Institut ont obtenu leur accréditation selon les exigences du *Programme d'agrément en mammographie* de l'Association canadienne des radiologistes. Quant à l'unité mobile d'audiologie, elle répond aux normes du Bureau de normalisation du Québec de même qu'aux lignes directrices des examens auditifs en milieu de travail pour la formation du personnel émises par l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec.

Les programmes de certification permettent à l'Institut de faire reconnaître, de façon continue,

la conformité des processus et des services de ses laboratoires à partir de normes en vigueur et reconnues. La certification offre de plus l'avantage de valoriser le savoir-faire du personnel dans l'exploitation des processus et d'obtenir une attestation de ses aptitudes dans un secteur d'intervention hautement spécialisé.

Indicateur 14.2

Pourcentage des productions de l'Institut soumises à des mécanismes internes ou externes de révision.

Résultats

À venir.

Commentaires

Cette première année d'application du *Plan stratégique 2004-2008* en a été une de réflexion sur la question de la révision des productions de l'Institut. Des discussions préliminaires mèneront à une stratégie précise qui sera conçue au cours de l'année 2005-2006. Actuellement, différents mécanismes de révision des productions scientifiques sont utilisés selon le type d'avis émis. Ces mécanismes varient de la révision par les pairs à la mise en place de comités aviseurs formés d'experts internationaux. L'objectif poursuivi par l'Institut est de systématiser davantage les mécanismes de révision pour s'assurer d'atteindre le plus haut niveau de qualité scientifique. Lorsque les mécanismes appropriés auront été clairement définis et mis en place, il sera alors possible de mesurer le niveau d'assurance de la qualité associé aux productions de l'Institut avec cet indicateur.

Indicateur 14.3

Pourcentage des activités de formation offertes par l'Institut ayant obtenu une accréditation reconnue par une maison d'enseignement, un ordre ou une fédération professionnelle.

Résultats

73 % des formations développées par ou avec la collaboration de l'Institut ont été accréditées.

Commentaires

Pendant la dernière année, l'Institut a mis en place différents moyens pour faciliter l'accréditation de ses activités de formation :

- » application d'un cadre de référence sur l'application d'un programme d'assurance qualité en formation continue ;
- » diffusion en ligne d'un guide pédagogique à l'intention des membres de l'Institut pour les soutenir dans le développement et la réalisation d'activités de formation continue ;
- » utilisation d'une base de données standardisées permettant de recueillir l'information pour les inscriptions à des activités de formation ;
- » développement et gestion d'un système d'analyse et de traitement des données relatives à l'évaluation des activités de formation continue.

Ces moyens ont contribué directement à la reconnaissance des activités de formation de l'Institut, notamment par le Bureau de formation professionnelle continue de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et par le Collège de Maisonneuve.

En tout, ce sont 4 728 participants qui ont profité de l'une ou l'autre des 26 activités de formation de qualité, développées par ou avec la participation de l'Institut en 2004-2005. À elles seules, les 8es Journées annuelles de santé publique ont accueilli plus de 1 800 personnes, qui ont participé à l'une ou l'autre des 24 journées thématiques offertes.

Objectif 15

Assurer annuellement le perfectionnement et la formation continue d'au moins 90 % des ressources humaines de l'Institut.

Indicateur 15.1

Pourcentage des ressources humaines de l'Institut ayant participé à des activités de formation.

Résultats

51 %.

Commentaires

La méthode de mesure de cet indicateur consiste à comptabiliser les formulaires d'inscription aux activités de formation qui sont acheminés à la Direction des ressources humaines et informationnelles de l'Institut. En 2004-2005, 208 personnes ont fait parvenir des formulaires d'inscription pour une ou plusieurs activités de formation. Cependant, ce nombre est nettement inférieur à la réalité. La procédure d'inscription à une activité de formation a été implantée en cours d'année, ce qui peut expliquer que des formulaires n'ont pas été transmis. De plus, elle ne tient pas compte des formations suivies par les médecins affectés à l'Institut et qui constituent 40 équivalents temps complet. La prochaine année devrait permettre la consolidation de cette méthode de mesure.

Par ailleurs, pour l'exercice financier 2004-2005, les frais de formation représentaient 2,5 % de la masse salariale de l'Institut. Le pourcentage minimum prévu à la *Loi favorisant le développement de la formation de la main-d'oeuvre* est de 1 % de la masse salariale. La participation financière de l'Institut pour le développement de la formation de ses ressources humaines se situe donc au-delà des exigences légales établies.

Par conséquent, il est juste de considérer l'objectif d'assurer le perfectionnement et la formation continue du personnel de l'Institut comme probablement atteint. Néanmoins, une méthode de mesure plus fiable de l'indicateur permettra de confirmer sans équivoque cette affirmation pour les prochaines années.

» Axe d'intervention 6

COORDINATION OPTIMALE DES ACTIVITÉS ET DES SERVICES

Par souci d'efficience, l'Institut recherche la qualité de ses activités et services par une coordination efficace des ressources disponibles. Cette coordination vise à assurer la complémentarité des contributions internes et externes pour l'atteinte des meilleurs résultats possibles.

Objectif 16

D'ici le 31 décembre 2004, produire une programmation triennale (2005-2008) des activités et services de l'Institut afin de mobiliser les ressources internes et externes autour d'objectifs communs.

Indicateur 16.1

Programmation 2005-2008 produite et mise à jour annuellement.

Résultats

La Programmation 2005-2008 a été adoptée à la séance du conseil d'administration de l'Institut, le 13 avril 2005.

Commentaires

La programmation triennale des activités et services de l'Institut comporte 45 axes regroupés autour de dix grands domaines de santé publique. Elle intègre autant les mandats confiés à l'Institut que les perspectives de développement de connaissances et d'expertise, en lien avec les besoins exprimés par les partenaires du réseau de la santé publique.

Cet exercice a débuté en septembre 2004 avec la révision des domaines et axes définis dans la programmation précédente ainsi qu'avec un bilan, réalisé par chacune des équipes de travail, des activités régulières, des services et des projets en cours et en développement. Une première ébauche, produite

en janvier 2005, a été soumise pour une consultation des partenaires. Le ministère de la Santé et des Services sociaux et les directions régionales de santé publique ont alors été mis à contribution. De plus, la programmation a fait l'objet de présentations et de discussions aux Tables de concertation nationale de santé publique. Les consultations ont été une étape importante pour assurer une meilleure adéquation entre le contenu de la programmation et les besoins des partenaires, et pour discuter avec eux des collaborations à établir ou à consolider. L'exercice a permis d'identifier les besoins de connaissances et d'expertise pour soutenir les actions de santé publique, en lien notamment avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*, et d'en tenir compte dans la programmation de l'Institut de manière à mobiliser les ressources, autant à l'interne qu'à l'externe, autour d'objectifs communs.

Malgré son caractère triennal, le document de programmation 2005-2008 constitue une étape dans un processus dynamique et itératif, dont le suivi systématique se traduira par une mise à jour annuelle. De plus, des mécanismes seront mis en place afin d'assurer le suivi de la programmation. Il s'agit de mécanismes d'analyse et de rétroaction, ainsi que d'un processus d'évaluation continue venant soutenir la gestion d'ensemble de la programmation ou, le cas échéant, sa mise en œuvre.

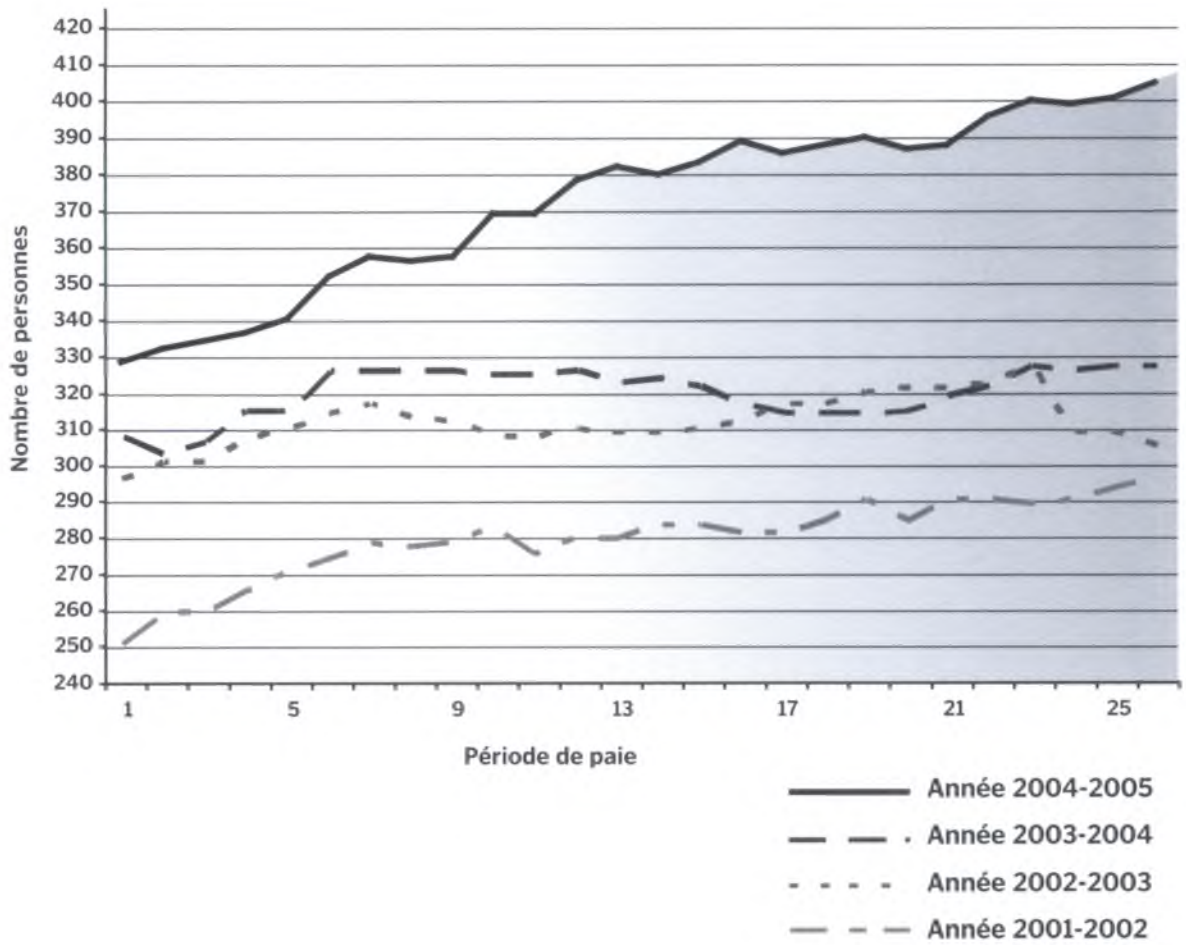
8 | Utilisation des ressources

Ressources humaines

Au cours de l'été 2004, l'Institut a amorcé l'intégration des ressources professionnelles permanentes provenant des Directions régionales de santé publique de Montréal (quatorze personnes) et de la Capitale nationale (quatre personnes). Ce transfert de personnel a eu pour effet de consolider les équipes et de faciliter le développement d'un noyau stable d'experts au sein des directions scientifiques de l'Institut.

Au 31 mars 2005, l'Institut compte sur un effectif en lien d'emploi direct de 405 personnes, dont 256 détiennent un poste à temps complet, 4 détiennent un poste à temps partiel et 145 détiennent un poste temporaire. Ce nombre représente une augmentation de 24 % par rapport au 31 mars 2004. Cette augmentation s'explique par l'ajout de 45 postes permanents et 34 postes temporaires, de même que par le retrait d'un poste à temps partiel. Le tableau suivant illustre la progression de l'effectif au cours des quatre dernières années :

Progression de l'effectif de l'Institut pour les exercices fiscaux 2001-2002 à 2004-2005



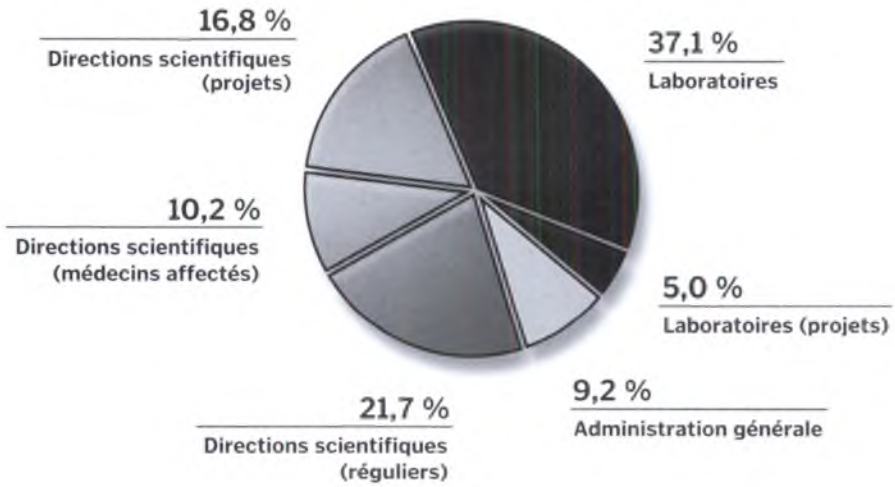
Les fluctuations s'expliquent en grande partie par l'embauche de ressources temporaires qui assurent en collaboration avec les ressources régulières la réalisation de projets spéciaux de durée variable. Cette situation s'est reflétée par 135 embauches et 57 départs. De par sa mission, l'Institut réalise plusieurs projets de recherche financés par divers paliers de gouvernement ou par des organismes subventionnaires. Cette particularité a pour effet de générer l'embauche de plusieurs ressources temporaires.

À l'effectif en lien d'emploi direct s'ajoute 80 médecins, représentant 39,8 équivalents temps complet, qui contribuent pour des proportions variées de leur temps à divers mandats d'expertise de l'Institut.

En considérant le personnel en lien d'emploi et les médecins affectés, la répartition de l'effectif par secteur d'activité se présente comme le tableau ci-dessous.

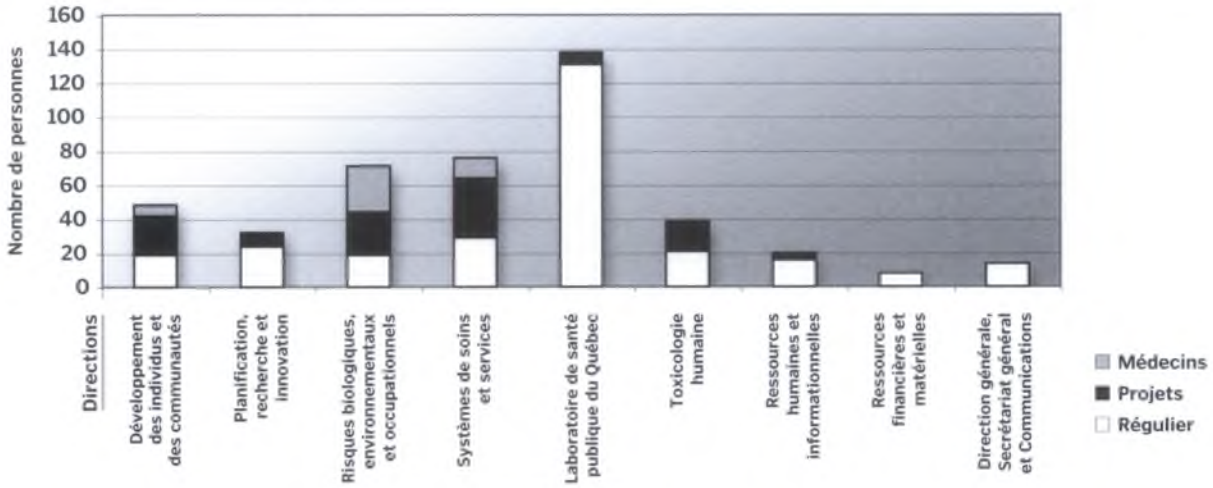
En comparaison avec l'année précédente, la proportion de l'effectif travaillant dans les directions scientifiques a augmenté de 3 %, tandis que la proportion de l'effectif œuvrant dans les laboratoires a diminué de 4,3 %. Le pourcentage de l'effectif assigné à l'administration générale est sensiblement le même, avec une augmentation de 1,3 %.

Répartition de l'effectif par secteur d'activité 2004-2005 (activités régulières et projets)



Plus précisément, la répartition de l'effectif de l'Institut par direction se présente comme suit :

Répartition de l'effectif par direction



On constate qu'une grande partie de l'effectif régulier de l'Institut est au Laboratoire de santé publique du Québec (47 %). Quant aux médecins, ils exercent leurs activités au sein des directions scientifiques, principalement à la direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels (57 %). La majorité de l'effectif détenant un poste temporaire et travaillant à des projets spéciaux est concentrée dans les directions scientifiques.

Sur le plan des relations de travail, les négociations en vue du renouvellement des conventions collectives ont débuté et se poursuivront de manière plus intensive au cours de la prochaine année.

L'Institut a déposé son rapport du *Programme d'accès à l'égalité à l'emploi* à la Commission des droits de la personne. Ce programme vise à corriger la sous-représentativité des quatre groupes des personnes victimes de discrimination en emploi. Ces groupes sont : les minorités ethniques, les minorités visibles, les autochtones et les femmes.

De plus, afin de répondre aux prescriptions de la loi en matière d'équité salariale, l'Institut a mis sur pied un comité en vue de procéder à l'analyse des postes à prédominance féminine et masculine, et d'assurer l'équité entre les groupes d'emplois comparables en matière de rémunération. Le comité a été constitué en décembre 2004, et les membres ont reçu dix heures de formation avant le début des travaux. L'exercice est en cours, et le comité siège sur une base régulière. Le rapport du comité devrait en principe être déposé à la fin de l'automne 2005.

Dans le cadre de ses activités de reconnaissance, l'Institut a souligné les départs à la retraite et les 25 ans de service de ses employés. Deux fêtes ont été organisées à l'automne 2004, l'une à Québec et l'autre à Montréal.

Ressources financières

Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2005, vérifiés par le Vérificateur général du Québec, incluent des résultats financiers répartis entre les activités régulières de l'Institut, découlant principalement de la subvention récurrente du ministère de la Santé et des Services sociaux, et les projets spéciaux, correspondant à des activités particulières à caractère non récurrent dont les revenus sont affectés et utilisés uniquement à des fins ciblées à la suite de mandats précis.

Les résultats financiers cumulés de l'ensemble des activités de l'Institut pour l'exercice terminé le 31 mars 2005, dont les produits s'élèvent à 42 584 918 $ et les charges à 40 499 707 $, représentent un excédent des produits sur les charges de 2 085 211 $.

Cet excédent des produits sur les charges est réparti ainsi : 292 051 $ pour les activités régulières et 1 793 160 $ pour les projets spéciaux.

Il est à noter que, sans la contribution spéciale du gouvernement du Québec, expliquée à la note 4 des états financiers, au montant de 346 527 $, les résultats des activités régulières se seraient soldés par un déficit de 54 476 $.

L'excédent des produits sur les charges des projets spéciaux, au montant de 1 793 160 $, est cumulé dans l'excédent affecté de l'Institut et sera utilisé conformément à la politique sur l'utilisation de l'excédent affecté attribuable à la réalisation de projets spéciaux adoptée par le conseil d'administration de l'Institut.

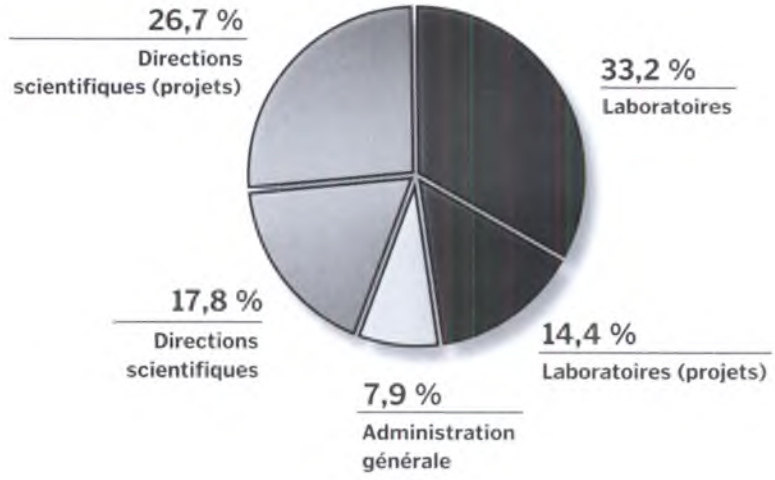
À la suite de la croissance du nombre et de l'envergure des projets spéciaux qui lui sont confiés, l'Institut a procédé l'an dernier à une modification comptable afin de comptabiliser ses produits à l'état des résultats uniquement lorsque les services sont rendus alors que, auparavant, les produits étaient comptabilisés selon la réception des lettres d'entente. Ainsi, la partie des produits non dépensée figurait antérieurement dans l'excédent affecté alors que, à compter de l'exercice financier se terminant le 31 mars 2004, cette dernière figure au passif à l'élément « Produits reportés ». La note 2 des états financiers fait ressortir ce changement.

Toujours en ce qui concerne les projets spéciaux, la valeur des mandats réalisés par l'Institut en 2004-2005 est de 16,3 millions de dollars comparativement à 11,1 millions de dollars en 2003-2004, ce qui représente une augmentation de 46,0 % dans la dernière année.

La répartition des dépenses de l'Institut se présente comme suit :

- 47,6 % aux activités des laboratoires ;
- 44,5 % aux activités scientifiques autres que les laboratoires ;
- 7,9 % à l'administration générale.

Répartition des dépenses par secteur d'activité 2004-2005 (activités régulières et projets)



En comparaison avec l'année précédente, la proportion des dépenses totales en relation avec les activités scientifiques a augmenté de 9,9 % tandis que la proportion des dépenses totales en relation avec les laboratoires a diminué de 10,4 %. Ces variations s'expliquent principalement par l'augmentation de la valeur des mandats des projets spéciaux dans les directions scientifiques, comme il est mentionné précédemment. En ce qui a trait à l'administration générale, la proportion est sensiblement la même, avec une augmentation de 0,5 %.

Il est à noter que cette répartition n'inclut pas la rémunération des médecins, assumée par la Régie d'assurance maladie du Québec.

Ressources matérielles

Tel qu'il a été planifié l'an dernier, l'Institut occupe, depuis juin 2004, des locaux additionnels au centre-ville de Montréal. Ces derniers ont permis d'accueillir rapidement les ressources humaines transférées de la Direction de santé publique de Montréal.
Ces locaux sont cependant temporaires et constituent un deuxième lieu physique pour l'Institut dans le centre-ville de Montréal.

Dans le but de consolider ses activités et de faire face aux mandats confiés, l'Institut planifie actuellement, avec la Société immobilière du Québec, un projet d'expansion et de regroupement de son effectif dans un lieu unique au centre-ville de Montréal. Ce projet, dont la livraison est prévue en juin 2006, permettra un fonctionnement plus efficace et plus efficient dans le cadre des activités de l'Institut.

Durant l'année 2004-2005, l'Institut a acquis des immobilisations pour un montant total de 1 841 065 $ dans le cadre du fonctionnement de ses activités régulières et de ses projets spéciaux. Ces investissements se répartissent ainsi :
des équipements informatiques pour un montant de 1 160 260 $, du mobilier et des équipements pour un montant de 336 582 $, des équipements spécialisés pour un montant de 275 201 $ et des améliorations locatives pour un montant de 69 022 $.

Ressources informationnelles

En plus d'assurer le soutien technologique nécessaire à la réalisation des activités courantes de l'Institut, l'équipe des ressources informationnelles a travaillé à consolider la fiabilité et la sécurité des infrastructures technologiques. L'augmentation graduelle de l'effectif de l'Institut au cours de l'année a nécessité des changements aux installations de Québec et de Montréal pour maintenir le niveau d'efficacité de ces infrastructures.

La *Politique relative à la sécurité et à la protection des données et des renseignements confidentiels des actifs informationnels et de télécommunication* constitue la référence de l'Institut en matière de sécurité informatique. En 2004-2005, le bilan d'application de la politique a permis de confirmer la mise en œuvre des moyens annoncés et de réviser certaines dispositions, eu égard aux réalités en constante évolution dans le domaine des technologies de l'information.

Enfin, quelques membres de l'équipe des ressources informationnelles ont contribué par leur expertise aux travaux de l'Infocentre de santé publique.

Infocentre de santé publique

À la suite du dépôt au ministère de la Santé et des Services sociaux de l'étude de faisabilité de la mise en place de l'Infocentre de santé publique en 2003-2004, l'Institut s'est vu confirmer par le ministère le mandat de mettre en place cet infocentre. À cette fin, une entente intervenue entre le ministère et l'Institut confirme un financement non récurrent de 1 983 000 $ pour l'année 2004-2005. Le *Document de soutien à la mise en place de l'Infocentre* réalisé par l'Institut en établit le plan de livraison.

L'Infocentre de santé publique est une unité de services collectifs regroupant une infrastructure technologique commune et des services informationnels communs pour la gestion de l'information dans le réseau de la santé publique. La contribution de l'Infocentre consiste principalement à assurer l'alimentation, la production et la diffusion de données,

de mesures, d'indicateurs et de rapports statutaires pour soutenir les grandes fonctions de la santé publique. Il doit également assurer la sécurité et la protection des renseignements personnels qui lui sont confiés. La conception et le développement de l'Infocentre ont été réalisés en conformité avec le *Plan intégré des ressources informationnelles en santé publique*. Cette concertation a permis de circonscrire et d'assurer la cohérence entre les besoins du réseau de la santé publique et les services communs pour y répondre.

L'année 2004-2005 aura permis de procéder aux acquisitions des principales composantes de l'infrastructure technologique dont la mise en fonction et les essais intégrés seront complétés en 2005-2006.

Elle aura également marqué le début des travaux de l'Infocentre dans le cadre des deux dossiers prioritaires liés à son implantation, soit le soutien au *Plan commun de surveillance continue de l'état de santé de la population* et la réalisation du *Registre du sang*. Entre autres, l'Infocentre a mis en place les accès à plusieurs banques de données d'importance et a pu les rendre disponibles aux ressources autorisées pour soutenir les activités de surveillance en santé publique.

9 | Autres exigences réglementaires et législatives

Politique relative à l'emploi et à la qualité de la langue française

L'Institut a adopté, en octobre 2003, sa politique linguistique, conformément à la *Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration*. Comme par le passé, des efforts de sensibilisation ont été faits pour en assurer l'application.

Politique de prévention et de traitement du harcèlement et de la violence en milieu de travail

À la suite de l'entrée en vigueur des dispositions de la Loi sur les normes du travail qui visent à contrer le harcèlement psychologique en milieu de travail, l'Institut a adopté, en juin 2004, sa *Politique de prévention et de traitement du harcèlement et de la violence en milieu de travail*.

Politique sur la propriété intellectuelle

En vertu de l'article 33 de sa loi constitutive, l'Institut doit adopter une politique relative à tous les droits de propriété intellectuelle, incluant notamment les droits d'auteur et les droits de brevet. Cette politique doit être approuvée par le ministre de la Santé et des Services sociaux avant d'être appliquée.

L'Institut a donc élaboré un projet de politique au cours de l'année. Ce projet respecte le cadre juridique particulier de l'Institut, plus précisément la *Loi sur le droit d'auteur* et la *Loi sur les brevets*, les normes gouvernementales du Québec et les considérations de gestion dans les universités et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux où se déroulent des activités de recherche. Le projet de politique fait l'objet d'une consultation élargie et sera ensuite déposé au ministre pour approbation.

Accès à l'information, protection des renseignements personnels et sécurité informatique

En vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, toute personne qui en fait la demande a droit d'accès aux documents d'un organisme public et aux renseignements personnels qui la concerne. À l'Institut, la responsable désignée pour l'accès et la protection des renseignements personnels est la Secrétaire générale, Mme Michèle Beaupré Bériau. Au cours de la dernière année, quatre demandes formelles ont été adressées à l'Institut. Elles ont été traitées dans les délais prescrits et une seule demande a été refusée. Cette décision a fait l'objet d'une demande de révision devant la Commission d'accès à l'information.

À la suite de l'adoption, en mai 1999, par le Conseil des ministres, du *Plan d'action gouvernemental en matière de protection des renseignements personnels*, l'Institut s'est doté, en septembre 2001, d'un Comité sur la protection des renseignements personnels et sur la sécurité informatique. Chaque année, le comité adopte un plan d'action afin d'assurer la réalisation de son mandat. En 2004-2005, les principaux axes d'intervention retenus ont été la sensibilisation du personnel, la gestion des fichiers de renseignements personnels, le contrôle des accès ainsi que la sécurité informatique. Pour la prochaine année, le comité entend poursuivre ses efforts afin de consolider les acquis et de compléter les travaux en cours.

Code d'éthique et de déontologie

L'Institut a adopté, le 26 février 2003, un code d'éthique et de déontologie pour les membres de son conseil d'administration. Le code se trouve en annexe du présent rapport annuel de gestion. Quant à la conformité avec les règles établies dans ce code, aucun manquement ni aucune irrégularité n'ont été constatés au cours de la dernière année.

Suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec

Le Vérificateur général du Québec fait état, dans son rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2004-2005, du suivi de vérification de l'optimisation des ressources des services d'imagerie médicale. L'Institut, plus précisément le Laboratoire de santé publique du Québec, a fait l'objet de quatre recommandations à l'époque de la vérification, effectuée en 2000-2001.

Dans son rapport, le Vérificateur général confirme que deux de ces recommandations ont été appliquées complètement. La première était de prévoir l'expansion aux établissements publics des activités de gestion de la qualité des services du Laboratoire de santé publique du Québec en radioprotection tandis que la seconde était de veiller à ce que les cliniques privées se conforment aux dispositions légales en corrigeant promptement les lacunes décelées au cours de l'inspection obligatoire des appareils.

Les deux autres recommandations ont été appliquées partiellement, mais leurs progrès sont jugés satisfaisants. Une recommandation était de vérifier que les cliniques privées respectent les dispositions de la *Loi sur la protection de la santé publique* et de son règlement d'application, en y effectuant, entre autres, des visites d'inspection. L'autre recommandation était de s'assurer que les cliniques privées offrant des services de radiologie détiennent un permis valide. Afin de mieux répondre aux exigences de ces deux dernières recommandations, le Laboratoire de santé publique du Québec systématisera l'identification des cliniques à risque et, dans la mesure du possible, prendra les mesures appropriées afin d'y remédier.

En ce qui concerne la recommandation du Vérificateur général dans son rapport de 2002-2003 sur le monitorage évaluatif du programme expérimental de traitement des joueurs pathologiques, l'Institut a déposé son rapport final au ministère de la Santé et des Services sociaux à l'automne 2004.

10 | États financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2005

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Institut national de santé publique du Québec ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix de conventions comptables appropriées qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

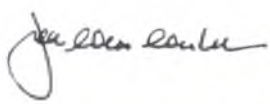
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Institut reconnaît qu'il est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui le régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Institut, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose la nature et l'étendue de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Richard Massé, M.D.
Président-directeur général



Jean-Louis Coulombe, CMA
Directeur des ressources financières et matérielles

Québec, le 29 juin 2005

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

À l'Assemblée nationale

J'ai vérifié le bilan de l'Institut national de santé publique du Québec au 31 mars 2005 et les états des résultats, de l'excédent et des flux de trésorerie de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de l'Institut. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À mon avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'Institut au 31 mars 2005, ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Conformément aux exigences de la *Loi sur le Vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01)*, je déclare qu'à mon avis ces principes ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Pour le vérificateur général du Québec,

Doris Paradis

Doris Paradis, FCA
Vérificatrice générale adjointe

Québec, le 29 juin 2005

RÉSULTATS
DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2005

	2005			2004		
	Activités régulières	Projets spéciaux	Total	Activités régulières	Projets spéciaux	Total
Produits						
Subventions du gouvernement du Québec	25 106 700 $	11 901 616 $	37 008 316 $	23 387 744 $	6 745 376 $	30 133 120 $
Subventions du gouvernement du Canada	-	1 139 414	1 139 414	-	578 800	578 800
Ventes de services	611 345	1 363 605	1 974 950	739 471	2 082 312	2 821 783
Autres revenus	52 431	868 781	921 212	44 584	1 069 233	1 113 817
Amortissement des apports reportés	188 945	767 263	956 208	284 155	658 514	942 669
Contribution spéciale du gouvernement du Québec (note 4)	346 527	-	346 527	-	-	-
Intérêts	23 829	214 462	238 291	230 815	-	230 815
	26 329 777	16 255 141	42 584 918	24 686 769	11 134 235	35 821 004
Charges						
Salaires et avantages sociaux	15 212 564	6 149 161	21 361 725	13 160 980	4 927 581	18 088 561
Services professionnels et administratifs	755 146	3 277 102	4 032 248	916 034	2 145 937	3 061 971
Fournitures médicales et de laboratoires	1 494 532	2 196 777	3 691 309	1 343 304	2 000 423	3 343 727
Locaux	3 525 426	1 551	3 526 977	2 878 567	280	2 878 847
Amortissement des immobilisations corporelles	1 507 748	767 263	2 275 011	1 321 681	554 809	1 876 490
Frais de déplacement	442 636	708 990	1 151 626	452 892	313 757	766 649
Contribution aux charges d'exploitation du volet national de la santé publique du réseau de la santé et des services sociaux	1 469 980	-	1 469 980	2 854 731	-	2 854 731
Intérêts sur la dette à long terme	620 147	-	620 147	581 939	-	581 939
Dépenses de bureau	317 030	141 333	458 363	359 901	86 100	446 001
Papeterie et impression	112 557	288 826	401 383	95 507	358 582	454 089
Frais de comité	31 860	20 794	52 654	23 492	27 155	50 647
Entretien et réparations	264 053	48 255	312 308	330 509	82 293	412 802
Frais d'organisation de congrès	5 211	268 586	273 797	5 179	199 193	204 372
Formation	227 384	45 817	273 201	109 473	33 041	142 514
Télécommunications	249 830	11 181	261 011	268 720	7 836	276 556
Documentation	110 486	13 877	124 363	133 455	5 930	139 385
Matériel roulant	59 353	28 925	88 278	63 937	38 903	102 840
Location d'équipements	60 185	15 843	76 028	53 078	38 148	91 226
Assurances	14 417	24 000	38 417	12 625	19 363	31 988
Frais bancaires	10 881	-	10 881	11 320	153	11 473
Frais généraux (note 5)	(453 700)	453 700	-	(294 751)	294 751	-
	26 037 726	14 461 981	40 499 707	24 682 573	11 134 235	35 816 808
Excédent des produits sur les charges	292 051 $	1 793 160 $	2 085 211 $	4 196 $	- $	4 196 $

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

EXCÉDENT
DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2005

	2005	2004
EXCÉDENT NON AFFECTÉ		
Solde au début	302 077 $	297 881 $
Excédent non affecté des produits sur les charges des activités régulières de l'exercice	322 055	4 196
Transfert à l'excédent affecté pour fins d'acquisitions d'immobilisations corporelles	(235 637)	-
Solde à la fin	388 495 $	302 077 $
EXCÉDENT AFFECTÉ (note 3)		
Excédent affecté attribuable aux activités régulières		
Solde au début	- $	- $
Transfert de l'excédent non affecté	235 637	-
Charge de l'exercice relative à l'excédent affecté	(30 004)	-
Solde à la fin	205 633 $	- $
Excédent affecté attribuable aux projets spéciaux		
Solde au début	- $	- $
Excédent des produits sur les charges des projets spéciaux de l'exercice	1 793 160	-
Solde à la fin	1 793 160 $	- $
TOTAL DE L'EXCÉDENT AFFECTÉ	1 998 793 $	- $

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

BILAN
AU 31 MARS 2005

	2005	2004
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	12 303 051 $	7 337 357 $
Débiteurs (note 6)	963 007	668 849
Subventions à recevoir (note 7)	14 829 547	9 939 904
Créance à long terme (note 8)	74 787	107 627
Frais payés d'avance	524 147	424 506
Stock de fournitures - au coût	137 673	145 908
	28 832 212	18 624 151
Subventions à recevoir (note 7)	441 100	980 016
Créance à long terme (note 8)	159 247	352 034
Immobilisations corporelles (note 9)	15 180 417	15 614 361
	44 612 976 $	35 570 562 $
PASSIF		
À court terme		
Créditeurs et frais courus (note 10)	6 243 298 $	4 087 847 $
Dette à long terme échéant au cours du prochain exercice (note 11)	2 584 558	2 340 836
	8 827 856	6 428 683
Produits reportés	20 391 416	15 366 222
Dette à long terme (note 11)	8 861 593	9 394 071
Provision pour congés de maladie (note 13)	598 673	540 307
Apports reportés	3 546 150	3 539 202
	42 225 688	35 268 485
EXCÉDENT		
Excédent non affecté	388 495	302 077
Excédent affecté	1 998 793	-
	2 387 288	302 077
	44 612 976 $	35 570 562 $

Richard Massé

Nicolas Steinmetz

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

FLUX DE TRÉSORERIE
DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2005

	2005	2004
ACTIVITÉS D'EXPLOITATION		
Excédent des produits sur les charges	2 085 211 $	4 196 $
Ajustements pour :		
Amortissement des immobilisations corporelles	2 275 011	1 876 490
Amortissement des apports reportés	(956 208)	(942 669)
Gain sur cession d'immobilisations corporelles	(11 000)	-
	3 393 014	938 017
Variations des éléments hors caisse liés à l'exploitation		
Variations des débiteurs	(294 158)	435 786
Augmentation des frais payés d'avance	(99 642)	(382 809)
Diminution (augmentation) des stocks de fournitures	8 235	(15 066)
Augmentation des subventions à recevoir	(4 350 727)	(4 419 257)
Augmentation (diminution) des créditeurs et frais courus (note 10)	2 123 431	(452 681)
Augmentation de la provision pour congés de maladie	58 366	5 716
Augmentation de produits reportés	5 025 194	6 792 110
	2 470 699	1 963 799
Flux de trésorerie provenant des activités d'exploitation	5 863 713	2 901 816
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Acquisitions d'immobilisations corporelles (note 9)	(1 809 046)	(2 218 122)
Produit d'aliénation d'immobilisations corporelles	11 000	-
Créance à long terme	225 627	100 827
Flux de trésorerie utilisés pour les activités d'investissement	(1 572 419)	(2 117 295)
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Remboursement de la dette à long terme	(923 756)	(745 973)
Dette à long terme	635 000	-
Apports reportés	963 156	1 425 944
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	674 400	679 971
AUGMENTATION DE L'ENCAISSE	4 965 694	1 464 492
ENCAISSE AU DÉBUT	7 337 357	5 872 865
ENCAISSE À LA FIN	12 303 051 $	7 337 357 $
INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES		
Intérêts versés	620 148 $	581 939 $

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

1. CONSTITUTION ET OBJET

L'Institut, constitué par la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (L.R.Q., chapitre I-13.1.1) est une personne morale, mandataire de l'État. Il a pour mission de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux instituées en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), dans l'exercice de leur mission de santé publique.

2. CONVENTIONS COMPTABLES

Les états financiers de l'Institut ont été préparés par la direction selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Ces états comprennent des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties en fonction de leur durée de vie utile respective, selon la méthode de l'amortissement linéaire aux taux indiqués ci-dessous :

Équipements spécialisés	10 à 20 %
Matériel informatique	20 à 33 1/3 %
Matériel roulant	10 à 20 %
Mobilier et équipement	20 %
Améliorations locatives	durée restante du bail, maximum 20 %

Les aménagements majeurs aux locaux sont amortis sur une durée maximale de 15 ans. L'amortissement de ces aménagements est calculé selon la méthode de l'amortissement à intérêts composés (dotation croissante) au taux de la dette correspondante.

Constatation des produits

Les produits affectés à des projets spéciaux sont inscrits aux résultats en fonction de la constatation des charges y afférent. Certaines subventions à recevoir sont conditionnelles à l'approbation des crédits par le gouvernement.

Les produits reportés sont constitués des montants reçus et à recevoir pour des services non rendus conformément aux ententes contractuelles.

Apports reportés

Les apports reçus pour l'acquisition ou sous forme d'immobilisations amortissables sont reportés et virés aux produits selon la même méthode et les mêmes taux que ceux utilisés pour l'amortissement des immobilisations auxquelles ils réfèrent.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Institut ne dispose pas de suffisamment d'informations pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

3. EXCÉDENT AFFECTÉ

L'excédent affecté se compose de l'excédent affecté attribuable aux activités régulières et de l'excédent affecté attribuable aux projets spéciaux.

Concernant l'excédent affecté attribuable aux activités régulières, l'Institut a utilisé une partie de son excédent non affecté pour acquérir des immobilisations suite à une autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Par ailleurs, le conseil d'administration de l'Institut a décidé d'affecter l'excédent attribuable à la réalisation de projets spéciaux au développement de l'Institut, notamment pour combler le financement de projets d'immobilisations, d'infrastructures et de projets particuliers en relation directe avec sa mission.

4. CONTRIBUTION SPÉCIALE DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

L'Institut comptabilise une provision pour les congés de maladie et de vacances à payer à ses employés, de même que les contributions d'employeur afférentes. Afin de rembourser des sommes imputées comme dépenses dans des exercices antérieurs, le Secrétariat du Conseil du trésor a octroyé une contribution spéciale non récurrente de 346 527 $ à l'Institut durant l'exercice 2004-2005.

5. FRAIS GÉNÉRAUX

Les frais généraux imputés aux charges des projets spéciaux et à titre de recouvrement des activités régulières représentent une estimation de la valeur des charges des services de support offerts dans le cadre des différents projets spéciaux de l'Institut.

6. DÉBITEURS

	2005	2004
Gouvernement du Québec	251 969 $	265 273 $
Gouvernement du Canada	-	10 260
Autres	711 038	393 316
	963 007 $	668 849 $

7. SUBVENTIONS À RECEVOIR

	2005	2004
Gouvernement du Québec	13 510 950 $	9 099 800 $
Gouvernement du Canada	1 267 410	1 251 961
Autres	492 287	568 159
	15 270 647	10 919 920
Moins : portion échéant au cours du prochain exercice		
Gouvernement du Québec	(13 069 850)	(8 425 260)
Gouvernement du Canada	(1 267 410)	(946 485)
Autres	(492 287)	(568 159)
	(14 829 547)	(9 939 904)
	441 100 $	980 016 $

8. CRÉANCE À LONG TERME

Dans le cadre d'un mandat confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec relativement à l'acquisition et au fonctionnement d'une unité mobile de dépistage du cancer du sein par mammographie, l'Institut détient une créance à long terme à recevoir.

	2005	2004
Créance à long terme, au taux fixe de 4,17 % (3,11 % en 2004), encaissable par paiements mensuels de 6 927 $ incluant capital et intérêts, échéant en 2006.	234 034 $	459 661 $
Moins : portion échéant au cours du prochain exercice	(74 787)	(107 627)
	159 247 $	352 034 $

Les montants à recevoir au cours des trois prochains exercices se détaillent comme suit en posant l'hypothèse du renouvellement de la créance aux mêmes conditions :

2006	74 787 $
2007	77 966
2008	81 281
	234 034 $

9. IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	2005			2004
	Coût	Amortissement cumulé	Net	Net
Aménagements majeurs	10 497 145 $	1 103 073 $	9 394 072 $	9 896 276 $
Équipements spécialisés	4 587 316	2 178 906	2 408 410	2 648 771
Matériel informatique	3 986 087	2 283 576	1 702 511	1 316 282
Matériel roulant	984 722	335 237	649 485	747 151
Mobilier et équipement	1 770 374	796 573	973 801	943 729
Améliorations locatives	189 586	137 448	52 138	62 152
	22 015 230 $	6 834 813 $	15 180 417 $	15 614 361 $

Les acquisitions s'élèvent à 1 841 065 $ (2004 : 6 073 697 $) dont un montant de 1 644 276 $ (2004 : 1 721 142 $) déboursé au cours de l'exercice. Un montant de 164 770 $ (2004 : 497 080 $) a été déboursé au cours de l'exercice concernant les acquisitions de l'exercice précédent.

10. CRÉDITEURS ET FRAIS COURUS

	2005	2004
Gouvernement du Québec	2 116 592 $	1 258 992 $
Autres	4 126 706	2 828 855
	6 243 298 $	4 087 847 $

Les créditeurs et frais courus liés à l'exploitation s'élèvent à 6 046 508 $ (2004 : 3 923 077 $) et ceux liés à l'acquisition d'immobilisations corporelles s'élèvent à 196 790 $ (2004 : 164 770 $).

11. DETTE À LONG TERME

	2005	2004
Emprunts sur billets :		
• taux fixe de 4,17 % (3,11 % en 2004), garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, remboursable par versements mensuels de 10 177 $ incluant capital et intérêts, échéant en 2006.	343 811 $	451 313 $
• taux fixe de 3,88 % (3,11 % en 2004), remboursables par versements mensuels de 25 389 $ incluant capital et intérêts, échéant en 2006.	1 127 008	1 387 317
• taux fixe de 3,65 %, remboursable par versements mensuels de 8 578 $ incluant capital et intérêts, échéant en 2005.	581 260	-
Emprunts auprès de la Société immobilière du Québec :		
• taux fixe de 6,08 %, remboursables par versements mensuels de 52 582 $ incluant capital et intérêts, échéant en 2018.	5 449 702	5 739 709
• taux fixe de 6,08 %, remboursable par versements mensuels de 2 128 $ incluant capital et intérêts, échéant en 2008.	53 574	75 137
• taux fixe de 5,52 %, remboursable par versements mensuels de 34 263 $ incluant capital et intérêts, échéant en 2019.	3 890 796	4 081 431
	11 446 151	11 734 907
Moins : portion échéant au cours du prochain exercice	(2 584 558)	(2 340 836)
	8 861 593 $	9 394 071 $

Les montants des versements en capital à effectuer sur la dette à long terme au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

2006	2 584 558 $
2007	564 582
2008	579 079
2009	607 242
2010	643 806

12. OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans les états financiers et comptabilisées à la valeur d'échange, l'Institut est apparenté avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Institut n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement aux états financiers.

13. AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Institut participent au Régime de retraite des employés du gouvernement (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

Les cotisations de l'Institut imputées aux résultats de l'exercice s'élèvent à 660 544 $ (2004 : 524 999 $). Les obligations de l'Institut envers ces régimes gouvernementaux se limitent à ses cotisations à titre d'employeur.

Provision pour congés de maladie

	2005	2004
Solde au début	540 307 $	534 591 $
Charge de l'exercice	407 394	453 038
Prestations versées au cours de l'exercice	(349 028)	(447 322)
	598 673 $	540 307 $

14. INSTRUMENTS FINANCIERS

Dette à long terme

Au 31 mars 2005, la juste valeur des emprunts auprès de la Société immobilière du Québec de 9 394 072 $ s'établissait à 10 024 355 $ compte tenu de l'actualisation des flux de trésorerie au cours du marché pour des titres de nature semblable quant à l'échéance et au taux d'intérêt. La juste valeur des billets est équivalente à la valeur comptable en raison de leurs échéances rapprochées et de la faible variation du taux d'intérêt depuis la prise en charge de ces dettes.

Autres éléments d'actifs et de passifs

La juste valeur de l'encaisse, des débiteurs, des subventions à recevoir, des créances à long terme, des créditeurs et frais courus équivaut à leur valeur comptable étant donné soit leur courte échéance ou soit leur échéance indéterminable.

15. CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de 2005 ont été reclassés afin qu'ils soient conformes à la présentation adoptée en 2004.

» ANNEXE 1

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Institut national de santé publique du Québec

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent *Code d'éthique et de déontologie* a pour objectif de préserver le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité, l'impartialité et la transparence des décisions prises par les administrateurs publics conformément au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (Décret 824-98, 17 juin 1998).

2. Sont administrateurs publics les membres du conseil d'administration de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Principes d'éthique

3. Les membres du conseil d'administration sont nommés par le gouvernement pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission confiée à l'INSPQ à l'effet de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chapitre S-4.2), dans l'exercice de leur mission de santé publique.

4. La contribution des membres du conseil d'administration à la réalisation de la mission de l'INSPQ, doit se faire dans le respect des principes d'éthique et de déontologie prévus à la Loi du ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30, a. 3.0.1 et 3.0.2) ainsi que ceux prévus dans le présent code d'éthique et de déontologie. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

Les membres du conseil d'administration doivent, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Ils doivent, par conséquent, organiser leurs affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de leurs fonctions.

5. Les règles de conduite du présent code ne peuvent inclure toutes les actions à privilégier ni toutes les actions à éviter. Il appartient à chacun des membres du conseil d'administration d'exercer ses fonctions au meilleur de ses aptitudes et de ses connaissances et d'apporter sa contribution dans le respect des lois, avec honnêteté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité, basant aussi ses comportements sur le principe du respect de l'intérêt public.

Règles de déontologie

Discrétion

6. Les membres du conseil d'administration sont tenus à la discrétion à l'égard des faits et des renseignements dont ils prennent connaissance au cours de l'exercice de leurs fonctions et sont tenus, à tout moment, de respecter le caractère confidentiel de l'information qu'ils détiennent.

Relations avec le public

7. Le président-directeur général est la seule personne pouvant agir ou parler au nom du conseil d'administration et, dans certains cas et par délégation, d'autres membres expressément mandatés.

Neutralité

8. Les membres du conseil d'administration doivent, dans l'exercice de leurs fonctions, prendre leurs décisions indépendamment de toute considération politique partisane et user de leur devoir de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

Conflits d'intérêts réels, potentiels ou apparents

9. Les membres du conseil d'administration doivent, dans l'exercice de leurs fonctions, éviter de se placer dans une situation de conflit réel, potentiel ou apparent entre leur intérêt personnel et les obligations liées à leurs fonctions.

   Ils doivent informer par écrit le président-directeur général de tout intérêt direct et indirect (par exemple : par le biais de ses enfants ou le fait de posséder des actions) qu'ils ont dans un organisme, une entreprise ou une association susceptible de les placer dans une situation de conflit d'intérêts.

10. Les membres du conseil d'administration doivent s'abstenir de participer à toute délibération ainsi qu'à toute décision en lien avec l'organisme, l'entreprise ou l'association dont ils ont un intérêt tel que visé à l'article 9 et doivent se retirer lors de la durée des délibérations et du vote sur cette question.

11. Dans le but d'une plus grande transparence, le procès-verbal devra faire état de toute abstention d'un des membres du conseil d'administration, et ce, sur les décisions portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a un intérêt.

12. Les membres du conseil d'administration ne peuvent utiliser à leur profit ou au profit d'un tiers l'information confidentielle, inédite ou privilégiée obtenue dans l'exercice de leurs fonctions, à moins d'y être expressément autorisés par l'Institut.

13. À l'article 14 de la Loi constitutive de l'Institut, il est spécifié que le président-directeur général ne peut, sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Institut.

14. Le président-directeur général, s'il est en conflit d'intérêts potentiel ou apparent, nomme un autre administrateur pour présider la réunion durant les délibérations et le vote.

15. Pour éviter tout conflit d'intérêts, aucun contrat ni autre forme de contribution financière ne peuvent être accordés par l'Institut à l'un des membres de son conseil d'administration dans le but d'obtenir ses services sauf en ce qui a trait au président-directeur général, qui reçoit une rémunération à laquelle il a droit dans le cadre de ses fonctions.

16. Les membres du conseil d'administration ne reçoivent aucune rémunération à l'exception du président-directeur général, tel que stipulé à l'article 15. Par contre, ils reçoivent le remboursement de leurs frais de déplacement encourus dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions.

17. Les membres du conseil d'administration ne peuvent confondre les biens de l'Institut avec les leurs ni les utiliser pour leur bénéfice personnel ou pour celui d'un tiers.

18. Les membres du conseil d'administration ne peuvent solliciter ou accepter une faveur ou un avantage pour eux-mêmes ou pour un tiers. Ils ne peuvent accepter de cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage ou de valeur modeste. En d'autres cas, tout cadeau, marque d'hospitalité ou avantage reçu doit être retourné au donateur.

19. Les membres du conseil d'administration doivent éviter, dans leur prise de décision, de se laisser influencer par des perspectives ou des offres d'emploi.

L'après mandat

20. Le membre du conseil d'administration qui a cessé d'exercer ses fonctions au sein de l'Institut doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantage indu de ses fonctions antérieures.

21. Il est interdit à un membre du conseil d'administration, dans l'année qui suit la fin de l'exercice

de ses fonctions à l'Institut, de divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue ni d'utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, l'information non disponible au public obtenue dans le cadre de ses fonctions à l'Institut.

Activités politiques

22. Le président-directeur général doit informer le secrétaire général du Conseil exécutif s'il désire présenter sa candidature à une charge publique élective.

23. Le président-directeur général doit se démettre de ses fonctions s'il désire se porter candidat à une charge publique élective.

Exclusivité de fonction

24. Le président-directeur général qui exerce ses fonctions à temps plein doit le faire de façon exclusive, sauf si l'autorité qui l'a nommée, le nomme aussi à d'autres fonctions.

Processus disciplinaire

25. En cas de manquement aux principes d'éthique et aux règles de déontologie du présent code, l'autorité compétente pour agir dans la situation où un membre du conseil d'administration est en cause, est le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

26. Lorsqu'un acte répréhensible est détecté ou divulgué, l'Institut s'engage à assurer l'anonymat de la personne dénonciatrice.

27. Le membre du conseil d'administration à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions, par l'autorité compétente, afin de permettre la prise de décision appropriée dans le cas d'une situation considérée urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

28. L'autorité compétente fait part au membre du conseil d'administration du manquement reproché ainsi que de la sanction qui pourra lui être imposée. Elle l'informe aussi qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et s'il le demande, être entendu sur le sujet.

29. La sanction imposée peut être de l'ordre de la réprimande ou d'une suspension sans rémunération d'une durée maximale de trois mois dans le cas où la personne en cause est le président-directeur général, ou la révocation.

30. Toute sanction imposée à un membre du conseil d'administration doit être écrite et motivée.

Dispositions diverses

31. Le président-directeur général est responsable de la mise en œuvre et de l'application du présent code. Il doit s'assurer que tous les membres du conseil d'administration de l'INSPQ respectent les principes d'éthique et les règles de déontologie qui y sont énoncés.

32. Les membres du conseil d'administration ont l'obligation de s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie en signant le formulaire prévu à cet effet.

33. Le conseil d'administration de l'Institut s'assurera de la publicisation du présent code, notamment en l'incluant dans le rapport annuel de l'Institut.

34. La révision du présent code d'éthique et de déontologie aura lieu tous les deux ans à la suite de sa mise en application.

35. Au moment de la révision du présent code, les membres du conseil d'administration seront appelés à renouveler leur engagement à le respecter.

Le présent code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Institut national de santé publique du Québec a été adopté au cours de la réunion du 26 février 2003 et est entré en vigueur le même jour.

www.**inspq**.qc.ca

Institut national de santé publique Québec