ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION — TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

de la Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 9 juin 2004 — Vol. 38 N° 59

Examen des orientations, des activités et de la gestion de la Corporation d'hébergement du Québec

—

Examen des orientations, des activités et de la gestion de l'Institut national de santé publique du Québec

Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 $
Débats des commissions parlementaires	500,00 $
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 $
Commission des affaires sociales	75,00 $
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 $
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 $
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 $
Commission de la culture	25,00 $
Commission de l'économie et du travail	100,00 $
Commission de l'éducation	75,00 $
Commission des finances publiques	75,00 $
Commission des institutions	100,00 $
Commission des transports et de l'environnement	100,00 $
Index (une session, Assemblée et commissions)	15,00 $

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 9 juin 2004 — Vol. 38 N° 59

Table des matières

Examen des orientations, des activités et de la gestion de la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) 1
- Exposé du président-directeur général de la Corporation d'hébergement du Québec, M. Michel L. Lesage 1
- Discussion générale 4
  - Volume des services impartis et charges totales 5
  - Plan d'investissement pour 2004-2005 5
  - Financement de certains établissements du réseau de la santé 8
  - Taux d'acceptation bancaire 9
  - Frais de gestion 10
  - Modification des taux d'intérêt 10
  - Affectation des surplus 11
  - Restructuration de la CHQ 11
  - Rôle de la CHQ dans le dossier du CHUM 11
  - Restructuration de la CHQ (suite) 11
  - Rôle de la CHQ dans le dossier du CHUM (suite) 12
  - Restructuration de la CHQ (suite) 12
  - Rôle de la CHQ dans le dossier du CHUM (suite) 12
  - Acquisition par expropriation de certains immeubles à Montréal 13
  - Taux de financement des centres de la petite enfance 14
  - Autres formules de financement 14
  - Bénéfice net découlant du nouveau taux d'acceptation bancaire 15
  - Partenariat public-privé en matière d'hébergement de longue durée 15
  - Expertise de la CHQ 16
  - Affectation des surplus (suite) 16
  - Dividendes et liquidités 17
  - Acquisition d'actions par le ministère des Finances 17
  - Revenus du coût de tarification des projets et suivi du projet SIGARSSS 18
  - Vente des terrains de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine 19

Examen des orientations, des activités et de la gestion de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) 19
- Exposé du président-directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec, M. Richard Massé 19
- Discussion générale 27
  - État de la situation en matière d'infections nosocomiales 27
  - Mise à jour du registre des maladies à déclaration obligatoire 29
  - Rapports entre l'INSPQ et l'Association médicale canadienne 30
  - Infections à la bactérie Clostridium difficile 30
  - Développement des outils d'intervention et des indicateurs de santé 31
  - État de santé de la population québécoise 32
  - Facteurs ayant une incidence sur l'état de santé 33
  - Collaboration entre l'INSPQ et les instances régionales de santé 34
  - Accès aux services et aux soins de santé 36
  - Interventions de l'INSPQ quant aux communautés culturelles 39
  - Interventions de l'INSPQ quant aux communautés autochtones 41
  - Collaboration avec les ministères 42
  - Volet santé et sécurité au travail 43
  - Étude sur le niobium et sur le radon 44
  - Impact de la production agricole sur la santé des résidents de zones à haute densité de production agricole 45
  - Volet prévention et lutte contre le tabagisme 46
  - Interventions pour contrer le virus du Nil occidental et le suicide 48

Table des matières (suite)

Autres intervenants

M. Russell Copeman, président

Mme Louise Harel
M. Vincent Auclair
M. Pierre Marsan
Mme Charlotte L'Écuyer
M. Jonathan Valois
M. Daniel Bernard
Mme Lorraine Richard

* M. Claude Gilbert, CHQ
* M. Jules Larouche, idem
* M. Pascal Bouchard, idem
* Mme Danielle Dussault, idem
* M. Yves Blouin, idem
* M. Jean Joly, INSPQ
* M. Pierre Joubert, idem
* M. Réal Morin, idem
* M. Marc Dionne, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 9 juin 2004 — Vol. 38 N° 59

Examen des orientations, des activités et de la gestion de la Corporation d'hébergement du Québec

—

Examen des orientations, des activités et de la gestion de l'Institut national de santé publique du Québec

(Onze heures quatorze minutes)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît, chers collègues! Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Je vous rappelle, pour la bonne marche de nos travaux, que l'utilisation des téléphones cellulaires est interdite dans la salle. Alors, je vous prierais de les mettre hors tension pour la durée de la séance.

Examen des orientations, des activités et de la gestion de la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ)

Je vous rappelle le mandat de la commission: nous sommes réunis ce matin afin de procéder à l'audition de la Corporation d'hébergement du Québec dans le cadre de l'examen de ses orientations, de ses activités et de sa gestion, un mandat que la Commission des affaires sociales s'est donné proprement. Alors, il s'agit évidemment d'un exercice de contrôle parlementaire.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Bouchard (Vachon) va être remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve).

Le Président (M. Copeman): Très bien. Je vois que nos invités sont déjà à la table. Je vous rappelle que nous avons jusqu'à 13 heures pour l'échange avec les autorités de la Corporation d'hébergement du Québec. Je comprends que vous avez une présentation à faire et qui sera suivie par la suite d'un échange avec les parlementaires. Je ne vois pas l'utilité — puis j'ai vérifié hier — de faire des remarques préliminaires. Je pense que c'est plus pratique de procéder immédiatement à des échanges.

Alors, sans plus tarder, j'invite M. Lesage, président-directeur général, de présenter les personnes qui l'accompagnent et de faire votre présentation. M. Lesage.

Exposé du président-directeur général de la Corporation d'hébergement du Québec, M. Michel L. Lesage

M. Lesage (Michel L.): Merci, M. le Président. Bonjour aux membres de la commission. Je vais demander à mes partenaires de se présenter en commençant à ma gauche, s'il vous plaît.

M. Gilbert (Claude): Claude Gilbert, vice-président affaires juridiques et secrétaire de la corporation.

M. Larouche (Jules): Oui. Jules Larouche, vice-président administration, finances et service à la clientèle.

M. Bouchard (Pascal): Oui. Pascal Bouchard, directeur par intérim de la gestion financière.

Mme Dussault (Danielle): Danielle Dussault, directrice des communications et des relations publiques.

M. Lesage (Michel L.): Donc, M. le Président, on a remis aux membres de la commission un résumé de la présentation que je vais vous faire. Si vous trouvez que, disons, la description est trop longue, vous m'arrêtez. Mais je vais essayer d'être le plus bref et de résumer la situation.

Donc, la Corporation d'hébergement du Québec a été créée en 1974 et a oeuvré pendant 25 ans, à l'intérieur du ministère de la Santé et des Services sociaux, selon la troisième partie de la Loi des compagnies. Et finalement, à ce moment-là, c'était considéré comme un organisme sans but lucratif. Et ça avait été créé afin de permettre au Québec d'accéder au financement fédéral pour la construction de centres d'accueil pour personnes âgées. Maintenant, la corporation, aujourd'hui, depuis 1999, est une société d'État qui a été créée le 1er décembre et qui finalement a été créée en vertu de la Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec. Donc, elle a sa propre loi.

Lors de la conversion de la corporation en société d'État, le gouvernement lui fixa les objectifs prioritaires suivants: rendre les activités financières de la corporation conformes à la réforme comptable du gouvernement; doter spécifiquement le réseau de la santé et des services sociaux d'un outil efficace pour intervenir en matière d'immobilisations, d'équipements et d'infrastructures afin de répondre aux besoins du secteur de la santé et des services sociaux; regrouper l'expertise immobilière, technique et financière dans une seule entité afin de maintenir un haut niveau de compétence pour conseiller le ministre et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Et c'est le ministre de la Santé et des Services sociaux qui est le responsable de l'application de la loi.

La corporation a comme mission d'offrir aux intervenants du secteur de la santé et des services sociaux, moyennant considération et dans un objectif d'autofinancement, l'expertise technique et financière afin que le financement nécessaire à la gestion, à la construction et à l'entretien et l'acquisition d'immobilisations, d'équipements et d'infrastructures puisse se réaliser; de posséder des biens — donc elle possède des biens — qui sont utilisés et qui doivent être utilisés notamment par un établissement de santé et de services

sociaux, une agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux et pour toute autre personne désignée à cette fin par le ministre et le gouvernement. C'est pour assurer aussi la gestion d'immobilisations du secteur de la santé et des services sociaux; investir, réaliser et faciliter la réalisation de projets de construction, d'acquisition, d'investissement, de financement d'immobilisations, d'équipements, d'infrastructures pour le secteur de la santé et des services sociaux; adopter... apporter, c'est-à-dire, un soutien financier et une expertise technique au ministre, aux intervenants du secteur de la santé et des services sociaux en facilitant la réalisation de projets, d'activités, d'opérations particulières s'inscrivant dans leur mission; et finalement de valoriser l'expertise immobilière du secteur socio-sanitaire au moyen d'un partenariat avec le secteur privé.

On a comme vision de fournir au réseau un parc immobilier de haute qualité. Donc, la vision, c'est vraiment de consolider notre rôle de partenaire expert immobilier, technique et financier dédié au réseau, spécialisé en immobilisations et en équipements socio-sanitaires.

● *(11 h 20)* ●

Les valeurs véhiculées par la corporation: l'intégrité, la rigueur et la transparence dans nos actions; le respect et le professionnalisme dans nos rapports avec les clients et partenaires; la responsabilité sur les plans social et environnemental; le respect des engagements pris envers nos clients et nos partenaires; et l'imputabilité de nos ressources humaines.

On dessert en particulier les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. On compte 487 établissements qui administrent au-delà de 2 723 installations, donc bâtiments. Les agences de développement sont également parmi nos clients, donc c'est ce qu'on appelait les régies, avant. Il y a 16 agences qui constituent le réseau de la santé dans l'ensemble du Québec, en plus du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James et le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James également. On a aussi comme clientèle desservie le ministre de la Santé et tout autre organisme du secteur socio-sanitaire ou désigné par le gouvernement.

Les biens et services offerts par la corporation couvrent l'ensemble des activités de planification et de réalisation de projets d'immos. Les services d'expertise sont un des services offerts. Donc, on fait la gestion de projets comprenant la planification, la coordination, la gestion de réalisation de projets d'immobilisations à partir de la phase étude jusqu'à la mise en service. On exerce également une expertise technique qui comprend la normalisation, la planification, la programmation, l'estimation des coûts, l'analyse de la valeur, l'architecture, l'ingénierie et le biomédical. On a une expertise contractuelle qui comprend la gestion des appels d'offres et des contrats; une expertise financière qui comprend la vérification des engagements financiers et la gestion de risques; l'expertise immobilière qui comprend la sélection de sites, l'évaluation et l'acquisition d'éléments d'actif, la cession d'éléments d'actif et la gestion des baux. Là-dessus, la corporation est certifiée ISO 9001 depuis 2000 pour la gestion des projets d'immobilisations... depuis peu, c'est-à-dire; en fait, depuis l'an passé.

Au niveau des services financiers, vous savez que la corporation a accès à du financement court terme, long terme jusqu'à hauteur de 4 milliards de dollars. Donc, on assure du financement intérimaire des projets d'immobilisations. On fait des prêts à demande pour les immobilisations, refinancement des prêts échus, des projets régionaux d'immobilisations et d'équipements et des projets d'investissement autofinancés, budgets d'exploitation et réorganisation financière. On réalise des montages financiers. On effectue le financement temporaire pour les intervenants du réseau et tout autre organisme désigné par le ministre ou le gouvernement. On fait la gestion de dossiers d'emprunt pour le recours au financement long terme pour les établissements et les agences de développement auprès du ministère des Finances.

On a aussi, comme deuxième volet, les services immobiliers. Donc, on procède à la location et la fourniture d'immeubles et d'équipements. On a aussi les services en développement qui sont la gestion et le maintien à jour d'un système d'information de gestion intégrée d'actifs du réseau de la santé et des services sociaux, communément appelé SIGARSSS, qui comprend l'inventaire des immeubles et des équipements médicaux spécialisés à travers la province. On a un programme de maintien d'actifs immobiliers, un programme de gestion et d'acquisition d'équipements de haute technologie médicale et d'actifs informationnels, la participation à des projets tels des projets de partenariat public-privé en concertation avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences de développement et les établissements. On a un programme également d'accompagnement et de financement écoénergétique.

Au niveau des ressources financières, les revenus fluctuent notamment en fonction des taux d'intérêt, du volume de prêts, et des loyers et du volume d'emprunts effectués par la corporation. Par ailleurs, les charges totales n'ont cessé de diminuer. Les prévisions budgétaires pour 2003-2004 sont quand même très encourageantes. Vous avez un tableau qui vous résume finalement les revenus. Si on voit l'évolution depuis l'année 2000, les revenus sont en baisse; par contre, les charges totales ont également baissé, ce qui nous permet de dégager pour le budget 2003-2004 un surplus de 39 millions de dollars.

Au niveau de la valeur ajoutée pour le réseau de la santé et des services sociaux, vous comprenez qu'au fil des ans la corporation a acquis une expertise unique au sein du réseau de la santé et des services sociaux en matière de projets d'immobilisations, que ce soit au niveau de l'expertise technique, la gestion de projets et la gestion financière qui est associée à ces projets-là, de même qu'au niveau du financement. C'est dans la réalisation concrète des projets que cette expertise a pu se constituer et être mise à contribution pour gérer un volume important de services fournis par le secteur privé en mode de sous-traitance.

Le gouvernement souhaite tirer pleinement avantage des forces du secteur privé et, à cet effet, il dispose, via la corporation, d'une équipe de haut calibre pour aider à structurer les projets d'immobilisations, passer les marchés et gérer les contrats avec des fournisseurs et des partenaires.

Les services, l'expertise de même que le mode de fonctionnement unique de la corporation permettent de faire économiser des sommes importantes au gouvernement. En ce sens, la corporation offre au réseau de la santé et des services sociaux une expertise de pointe en gestion immobilière. Elle offre également des prêts adaptés au réseau de la santé et des services sociaux à un coût moindre que dans le secteur privé. En outre, sa flexibilité lui permet de financer des établissements qui n'ont pas accès aux marchés financiers traditionnels et aux institutions bancaires. La corporation constitue un outil de gestion optimale des coûts liés au maintien et à l'amélioration des infrastructures et des équipements du réseau de la santé et des services sociaux sans lesquels il n'est pas possible d'assurer des services de qualité à la population. La corporation s'assure que les investissements respectent un niveau de qualité comparable de région en région et que les fonds publics sont utilisés de manière optimale.

Au niveau de la réforme comptable, que je vous ai parlé tantôt, 1999: les objectifs ont été atteints. Le passage de la corporation du statut d'organisme à but non lucratif à celui d'une société d'État constitue un élément marquant, particulièrement en ce qui a trait aux opérations de financement de la corporation. Afin de récupérer les revenus provenant autrefois des subventions du ministère et aussi afin de répondre aux exigences de la loi, la corporation devait dorénavant offrir des services, moyennant considération, dans un objectif d'autofinancement.

Ce qui procure finalement les revenus de la corporation, ce sont d'abord et avant tout les baux. Donc, dans ce contexte, une formule de location applicable sur les immeubles dont elle est propriétaire a été développée. Le bail type a été élaboré conjointement avec la corporation, le ministère, l'Association des CLSC-CHSLD, l'Association des hôpitaux du Québec et la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux.

Deuxièmement, une autre source de financement, ce sont les prêts. Donc, des conventions de prêts ont été négociées avec l'ensemble des agences de développement et des conseils régionaux de santé et de services sociaux afin qu'ils puissent assumer le financement des dépenses réalisées avant le 1er avril 2000 pour les projets décentralisés d'immobilisations et d'équipements. Enfin, des prêts sous forme de marges de crédit ont dû être formalisés avec des agences de développement et des établissements pour couvrir leurs besoins en financement à court terme.

La corporation a un objectif d'autofinancement. Donc, dès sa première année, la corporation a réussi à s'autofinancer par l'application d'une tarification de ses services auprès des intervenants du réseau en confiant... en confirmant, c'est-à-dire, des ententes de services auprès de ceux-ci. Et, à cette fin, on a conclu des conventions de prêts, des ouvertures de plus de 600 marges de crédit permettant d'offrir des prêts à crédit rotatif pendant cinq ans; la conclusion de 255 baux de location de ses immeubles pour une durée initiale de 15 ans; une gestion d'un volume important de mandats de financement à long terme auprès du ministère des Finances pour le compte des établissements et contrôle budgétaire des projets d'immobilisations gérés; une révision en profondeur de ses conventions comptables pour les rendre conformes aux principes comptables généralement reconnus, et ce, à la satisfaction du Contrôleur des finances et du Vérificateur général du Québec.

Depuis la transformation de la corporation, les résultats de ses activités démontrent son efficacité, illustrée notamment par la conclusion et la gestion de plus de 2 084 contrats et avenants relativement à la gestion des projets d'immos du réseau; un volume important de projets réalisés selon les échéanciers et en fonction des budgets autorisés par le ministère et le Conseil du trésor — au cours de 2000-2003, la corporation a effectué la gestion de plus de 240 projets d'immobilisations pour une valeur de 1,8 milliard de dollars; ces projets ont nécessité, au 31 décembre 2003, des débours de 850 millions; le volume important de prêts effectués rapidement selon les besoins du client et dont la gestion des risques financiers assure une minimisation des coûts et facilite le suivi du ministère de la Santé pour un solde de prêts atteignant une somme de 2 milliards de dollars au 31 décembre 2003; un volume important de mandats d'emprunt gérés: plus de 570 mandats d'emprunt d'une valeur de 2,7 milliards en tant qu'intermédiaire financier des établissements auprès du ministre des Finances du Québec, qui réalise leur financement à long terme.

● *(11 h 30)* ●

Sa performance est démontrée par des résultats financiers, soit des bénéfices en croissance constante. L'avoir des actionnaires est passé d'une valeur négative de 5 millions à un solde positif de 86,5 millions en trois ans, tout en ayant distribué un dividende de 10 millions au ministère des Finances en 2002-2003. Elle continue de générer des surplus annuels d'environ 30 millions qui peuvent être réinvestis par le gouvernement. Au 31 décembre 2003, l'actif de la corporation s'évaluait à 4,1 milliards de dollars, composé notamment de biens immobiliers d'une valeur de 1,7 milliard, de prêts de 2 milliards et de financement temporaire de projets d'immobilisations de 340 millions. Au chapitre des immobilisations, le niveau des résultats pour les dépenses versus les prévisions au plan triennal d'investissement du ministère, au cours des deux dernières années, ciblait un objectif de 90 % de réalisation. À la satisfaction de la clientèle, à celle du ministère et à notre propre satisfaction, cet objectif a été atteint.

Au niveau des mandats spécifiques maintenant, pour la corporation, le ministère, suite aux recommandations du Vérificateur général du Québec en 1999, a confié à la corporation un mandat de procéder à l'inventaire des immeubles du réseau et des équipements médicaux. Donc, il y a eu également un rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux qui demandait aussi de produire cet inventaire pour remédier au manque de planification et à l'absence d'information sur la gestion des immeubles du réseau sociosanitaire et sur les équipements médicaux. Donc, on a élaboré, avec les partenaires du réseau, un système, que je vous ai mentionné tantôt, du nom de Système d'information de gestion des actifs, ou communément appelé SIGARSSS.

D'une part, l'inventaire complet du parc immobilier a été complété et est accessible à l'ensemble des

utilisateurs de façon électronique; d'autre part, l'inventaire des équipements médicaux de plus de 100 000 $ et de certains équipements dits stratégiques a été réalisé dans une proportion de 90 %. De même, la réalisation de l'audit des immeubles du réseau de la santé et des services sociaux et l'élaboration d'un plan de conversion de ces immeubles sont envisagées pour la poursuite du développement de l'outil qui est SIGARSSS. Cet outil représente un outil essentiel pour la gestion éclairée et optimale des actifs du réseau, lesquels devraient comprendre, dans un premier temps, l'inventaire des immeubles et des équipements médicaux et de recherche, la définition du profil technique de chaque immeuble, l'établissement du déficit d'entretien des immeubles et du diagnostic sur leur état de santé, l'élaboration d'un plan de conversion des bâtiments.

Il y a une demande qui nous a été faite en juin 2002 pour mettre à profit l'expertise particulière de la corporation en lui confiant le mandat d'offrir aux demandeurs et aux titulaires d'un permis de centre de la petite enfance subventionné le financement temporaire requis pour faciliter la mise en oeuvre de leurs projets d'immos. Au 31 décembre 2003, il y avait eu 297 conventions d'une valeur de 173,3 millions qui avaient été signées et, sur les 1 312 prêts qui ont été réalisés, il y a une somme de 88 millions qui a été déboursée depuis.

L'effectif régulier — et je vous ai fait distribuer un nouvel organigramme; il y a eu une restructuration de la corporation au mois d'avril — donc l'effectif régulier respecte les objectifs de la corporation lors de sa transformation. Vous voyez un nombre d'employés qui augmente, sauf qu'en parallèle vous avez, à la page suivante... vous allez voir, à la page 15, qu'il y a une augmentation importante du volume des services impartis. Donc, aujourd'hui, on se retrouve avec 83 employés permanents pour réaliser l'ensemble de ses activités, on a un budget d'opération de 10,8 millions qui est entièrement autofinancé, et les postes réguliers sont occupés principalement par des architectes, des ingénieurs, des financiers, des économistes, des comptables et des juristes. La corporation possède de plus la souplesse de gestion requise pour ajuster son effectif en fonction des volumes de ses activités.

La masse critique des projets gérés par la corporation permet de conserver un niveau optimal de savoir-faire dans le domaine immobilier, tant au point de vue technique, légal, contractuel et financier et garantit de surcroît la meilleure utilisation possible des fonds publics. Ainsi, la corporation constitue un guichet unique offrant des pratiques de gestion harmonisées et équitables. Le regroupement d'expertises et le volume d'activités de la corporation permettent alors de maintenir à niveau l'expertise de pointe de la corporation. Cette dernière assure l'uniformité des infrastructures, le respect des normes et la qualité des immobilisations pour l'ensemble du réseau.

On a élaboré un plan de développement des ressources humaines afin de maintenir et de renouveler, au sein de l'organisation, les compétences nécessaires pour l'exécution des mandats qui lui étaient confiés. Et ce plan de développement gravite autour de quatre grands axes d'orientation: clientèle, l'établissement d'une culture de performance basée sur l'adoption d'indicateurs de gestion, le développement des compétences de gestion et l'élaboration d'un code d'éthique mettant en relief les valeurs de l'entreprise.

On a recours au secteur privé de façon continuelle. Donc, forte d'une structure souple et d'une approche basée sur le faire-faire de même que la sous-traitance, la corporation a su conjuguer les forces de son expertise à celles du secteur privé dans une optique de partenariat, en générant la synergie nécessaire à la réalisation efficiente de ses mandats. Ainsi, la valeur des services impartis est passée de 178 millions en 2000-2001 à près de 350 millions en 2003-2004. Le tableau qui suit vous donne finalement ces chiffres.

En conclusion, les services, l'expertise et le mode de fonctionnement font de la corporation un outil unique permettant d'intervenir en matière d'immobilisations, d'équipements, d'infrastructures et de financement du secteur de la santé et des services sociaux. La corporation assure la standardisation des infrastructures, le respect des normes et la cohésion dans la façon de gérer les investissements immobiliers pour l'ensemble du réseau. L'importance des fonds publics investis dans les actifs du réseau de la santé et des services sociaux, constitués d'un parc immobilier de plus de 10 milliards de dollars et d'équipements médicaux de 3 milliards de dollars, justifie qu'un organisme public telle la corporation soit dédié spécifiquement à l'optimisation et au contrôle des investissements immobiliers dans ce secteur en constante évolution.

Par ailleurs, une telle concentration d'expertises technique, immobilière et financière spécialisées en santé et services sociaux n'a pas d'équivalence dans le secteur privé. Par exemple, seule la corporation offre du crédit rotatif pour répondre aux multiples besoins de financement requis par le réseau. Les institutions financières offrent une gamme variée de produits de financement mais sur une base sélective et à un coût accru.

Le Président (M. Copeman): M. Lesage, j'aurais dû préciser au début qu'en principe il y a 20 minutes pour la présentation.

M. Lesage (Michel L.): Oui.

Le Président (M. Copeman): Nous avons légèrement dépassé le 20 minutes. Je vais vous demander de conclure.

M. Lesage (Michel L.): Donc, en résumé, ce que je veux vous mentionner, M. le Président, c'est que la corporation est bien en selle et est orientée vers l'avenir. Et ce qu'on offre aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, c'est de plus en plus un service client afin de rencontrer tous les besoins du réseau de la santé. Merci.

Discussion générale

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup, M. Lesage, de votre présentation. Écoutez, comme je vous ai indiqué tantôt, nous sommes dans un exercice de contrôle parlementaire. Il n'y a pas vraiment de règle d'alternance. On va fonctionner de façon peut-être un peu plus informelle que parfois ici, en commission.

J'ai peut-être une question immédiatement, M. Lesage. Je ne suis pas expert en finances....

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Mais c'est ça, voyez-vous, j'exerce mes prérogatives de président.

Volume des services impartis et charges totales

J'aimerais mieux comprendre la différence entre ce que vous indiquez à la page 7 — le tableau des revenus, les charges totales puis le bénéfice net — versus le volume des services impartis parce que les deux choses en tout cas, ce n'est pas clair dans mon esprit.

● *(11 h 40)* ●

Vous avez des revenus venant de différentes activités que vous menez, vous avez des charges totales, je comprends; ça donne des bénéfices nets. Mais le volume des services en tout cas qu'on voit en augmentant à chaque année ne concorde pas; peut-être c'est normal, c'est ma compréhension qui fait défaut. J'aimerais que vous nous expliquiez peut-être un peu la différence entre ces deux tableaux.

M. Lesage (Michel L.): Vous allez me permettre de passer la parole à notre représentant du service des finances. Et je compléterai par la suite.

M. Bouchard (Pascal): O.K. Donc, effectivement, donc le volume...

Le Président (M. Copeman): M. Bouchard, c'est ça?

M. Bouchard (Pascal): Oui, M. le Président. Donc, le volume des services impartis, donc c'est les contrats qui sont donnés à des firmes de professionnels ou aux entrepreneurs, et ce sont des coûts qui sont capitalisés dans les projets. Donc, il n'y a pas de lien direct avec l'état des résultats qu'on voit à la page précédente, qui est vraiment les revenus qui proviennent des politiques de tarification de la corporation. Et les charges totales aussi également proviennent, là, des frais qui sont encourus, là — grosse partie des frais de financement, là, des travaux, là, qui sont là-dedans.

Donc, également on peut dire que les revenus sont composés principalement des revenus de location des immeubles. Donc, nous, on récupère nos coûts investis par les loyers, effectivement. Donc, il n'y a pas de lien direct avec le volume des services impartis et l'état des résultats.

Le Président (M. Copeman): Oui, M. Lesage, allez-y.

M. Lesage (Michel L.): Ce que je veux vous expliquer, c'est qu'au niveau des services impartis c'est le rythme de travaux qui sont faits par la corporation à chaque année. Vous voyez, depuis quelques années, on a un rythme environ de 300 millions de travaux qui sont effectués. Il faut comprendre que, dans ces travaux-là, il y a une partie qui sont des travaux autofinancés soit par des fondations soit par l'établissement, et tout ça. Donc, ce qu'on a élaboré dans le volume des services impartis, c'est surtout le volume des travaux.

Pour l'autre aspect, qui est le revenus-dépenses, on vous a mentionné tantôt que nos revenus provenaient, disons, des... On fait des emprunts. On a accès à 4 milliards de dollars d'emprunts, environ 2,2 à 2,5 milliards de dollars à court terme. On emprunte, sur les marchés, un gros volume et on prête aux établissements des volumes restreints avec une marge différente, ce qui fait que, comme les banques ou comme les institutions financières, on a un retour là-dessus. Exemple: cette année, on retourne, en crédits, 4,6 millions aux établissements sur les prêts. Compte tenu de la fluctuation des taux d'intérêt, on est allé chercher de l'argent à meilleur compte et on a financé un petit peu plus cher. Par contre, comme on doit être autofinancé et qu'on a des surplus qu'on a dégagés là, on a fait aux établissements des ristournes leur permettant de diminuer leurs comptes. Donc, le volume vraiment des revenus est composé de baux, de la différence des taux d'intérêt. Et on charge également 1,5 % pour les frais de services professionnels sur les contrats, donc soit au niveau juridique, soit au niveau des ingénieurs, architectes, etc.

Donc, ça constitue nos revenus. Et, en contrepartie, on a des charges, soit les coûts d'emprunt, etc., qui sont des chiffres qui sont différents parce qu'on parle de deux choses différentes: un est comme un budget d'immos, et l'autre est un budget vraiment des opérations courantes.

Le Président (M. Copeman): Alors, sur les services impartis, ce n'est pas nécessairement la CHQ qui paie la note. C'est bien ça, hein? Ça peut être payé par d'autres niveaux, d'autres organismes. C'est des services qui passent par vous, mais dont vous n'êtes pas le payeur nécessairement. C'est bien ça?

M. Lesage (Michel L.): Il faut comprendre que tous les projets qui sont initiés par la CHQ doivent avoir obtenu un consentement ministériel du ministère de la Santé qui, lui, obtient son consentement du Conseil du trésor avec l'inscription des projets au plan triennal d'immobilisations.

Donc, la CHQ n'initie pas de projets d'elle-même, elle doit avoir l'autorisation. Donc, ce qu'on fait dans le quotidien, c'est qu'on va emprunter pour les établissements pour réaliser le projet, et par la suite le ministère va nous rembourser la partie des montants qui ne sont pas autofinancés. Et c'est ce qui constitue les mouvements de trésorerie.

Le Président (M. Copeman): Je comprends. Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Plan d'investissement pour 2004-2005

Mme Harel: Merci, M. le Président. Merci. Alors, mes collègues M. le député de Joliette et Mme la députée de Duplessis veulent également pouvoir échanger avec nos invités. Je voudrais vous saluer, M. Lesage, ainsi que les personnes qui vous accompagnent, M. Bouchard, Mme Dussault, M. Gilbert et M. Larouche.

Alors, M. Lesage, je vous ai connu dans une vie antérieure, en fait comme président de la Chambre de

commerce de l'est du Grand Montréal ou comme également très actif dans le développement du port de Montréal, et donc très, très impliqué dans les dossiers de l'est. Alors là, vous savez qu'en peu de temps vous êtes devenu un expert. Vous nous avez présenté votre bilan, et nous allons avoir besoin, j'imagine — l'ensemble des membres de la commission — d'un peu plus d'explications, si vous voulez, pour nous retrouver dans les chiffres et les présentations que vous nous avez faites.

Alors, j'aimerais, si possible, qu'on regarde ce plan d'investissement de la Corporation d'habitation du Québec pour 2004-2005. On retrouve cela à l'onglet 9. On retrouve cela dans le plan d'investissement annuel. Alors, nous avons donc une vue d'ensemble qui est extrêmement intéressante, vue d'ensemble, doit-on comprendre, des interventions que la corporation fera durant l'année 2004-2005. On voit qu'au niveau des investissements financiers c'est finalement 1 milliard et on prend en considération évidemment ce que vous appelez les désinvestissements. Et vous l'expliquez, là, je vois bien — j'ai pris connaissance des explications du plan qui suit — aux pages suivantes, là. Alors, je voudrais d'abord peut-être qu'on décortique les investissements financiers, si possible, ensuite les investissements immobiliers. Et puis vous nous parlez ensuite des investissements de conservation. Je comprends que vous les financez, le 22,7 millions, à même vos surplus. Et donc il y aura d'autres questions sur cela, puis ça nous donnera un portrait d'ensemble.

Alors, commençons par le plan d'investissement de la corporation. Alors, il y a diverses explications qui suivent. Une des premières questions que je voulais vous poser, c'est: Au quatrième paragraphe, vous nous dites: «Dans le cas de la programmation du financement à long terme du réseau, l'information a été obtenue directement de Financement-Québec qui estime à environ 800 millions le montant qui sera financé à long terme en 2004-2005.» Bon. Alors, voulez-vous nous faire les distinctions entre le financement à long terme? Et puis vous continuez ensuite, vous dites: «La corporation évalue le volume d'investissements à effectuer relativement aux projets d'immobilisations en attente de financement à long terme du réseau sur la base des informations présentées à la section suivante et de la date de fin de ces projets.»

On a, à l'annexe I, les projets. Ça, il faut donc comprendre... Pour 2004-2005, à l'annexe, vous retrouvez le C.T. total excluant le mobilier puis les prévisions de déboursés. Alors ça, c'est ce qui serait déboursé en 2004-2005, faut-il comprendre, alors que le C.T., ça peut s'étaler sur les années subséquentes. Au verso de ça, vous avez l'annexe II, les projets au statut exécution, mandat utilisé dans le cadre de la prévision 2004-2005. Alors, vous avez «mandatés». J'aimerais ça que vous nous l'expliquiez, qu'est-ce que ça signifie, «mandatés», puis le C.T. total, les prévisions de déboursés. Est-ce que c'est ça, le PTI? Est-ce que c'est ça que vous appelez...

M. Lesage (Michel L.): En fait, c'est un élément du PTI. Je vais vous donner un peu l'explication.

D'abord, merci d'avoir souligné mon implication dans l'est de Montréal. Je voudrais aussi mentionner que j'ai été cinq ans comme président du conseil d'administration de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, qui me permet de connaître un peu plus le côté réseau du ministère de la Santé et des Services sociaux. Deuxièmement, étant en poste depuis six mois, vous comprendrez aussi que je me rabats occasionnellement sur des gens qui sont là, qui ont plus de vécu que moi au niveau de l'expertise. Mais, à tout le moins, je vais répondre à vos questions.

● *(11 h 50)* ●

Donc, dans un premier temps, il faut comprendre, comme je l'expliquais tantôt, que le ministère de la Santé et des Services sociaux est responsable de produire un plan triennal d'immobilisations qui est basé sur des projets qui sont à l'étude. À l'heure actuelle, la Corporation d'hébergement du Québec a pour 1,3 milliard environ de projets à l'étude — qui sont inscrits depuis, disons, ça peut être de zéro à six, sept, huit ans — des projets qui ont été inscrits au niveau de projets de mise à l'étude. De ces projets-là, comme vous avez pu le constater, on dégage environ 300 millions de projets par année qui sont en exécution. Il faut comprendre aussi que des projets tel le projet qu'on vient de terminer à Le Gardeur, qui est un projet CHQ pour le nouveau centre hospitalier Le Gardeur... Donc, c'est un bâtiment qui appartient à la CHQ, qui a été réalisé par la CHQ, un projet de 160 millions sur trois ans. Donc, il faut comprendre que, dans ça, il y a des déboursés qui vont s'effectuer, disons, à chaque année, pour une période de trois ans.

Donc, ce que vous voyez dans le fond, si je commence par les annexes, là, qui vont peut-être aider à se ramener sur le tableau que vous avez fait mention tantôt, si vous voyez ce qui est à l'annexe I, entre autres, ce sont des projets qui sont inscrits théoriquement au PTI et qui verront leur réalisation, en partie ou en totalité, s'effectuer au cours de l'année. Donc, c'est pour ça que, dans la colonne C.T. total, c'est la lettre ministérielle qui autorise le projet à un montant total. Et la prévision des déboursés, c'est qu'au cours de l'année, dépendamment du moment où ce projet-là sera initié, il y aura des déboursés qu'on a encore là évalués sur une base de décaissement, qui nous donnent les prévisions de déboursés durant l'année financière, donc qui est du 1er avril au 31 mars.

Donc, sur 636 millions de projets ou 637 millions de projets élaborés à l'annexe I, on prétend qu'on aurait un décaissement dans ça d'environ 118 millions. De l'autre côté, vous avez, au niveau des projets initiés, statut et projets en exécution... Quand on dit «mandatés», c'est que ces projets-là sont effectivement en opération, sont effectivement en réalisation. Et vous allez voir que, disons, on devrait être capable de réaliser, dans ces projets-là, pour 184 millions de travaux, donc ce qui nous donne à peu près, là, le rythme du 300 millions que je vous parlais tantôt.

Au niveau maintenant des plans d'investissement de la CHQ, on devrait retrouver passablement les mêmes chiffres au total, dans le sens que vous allez voir qu'il y a des mouvements qui vont s'effectuer dépendamment, disons, des besoins. On fait du décaissement. Je vous ai mentionné tantôt qu'on a accès à 2,5 milliards environ de financement à court terme sur les marchés. Et, de ce montant-là, tant et aussi longtemps que le projet n'est pas complété, on ne le passe pas... c'est-à-dire, on ne donne pas la recommandation de l'envoyer

en financement à long terme. Par contre, on n'a pas non plus le contrôle, la corporation, sur le financement à long terme, puisque le financement à long terme est effectué habituellement par Financement-Québec. Veux veux pas, il va y avoir, durant l'année... Notre taux de financement à court terme fluctue dans le temps mais peut varier entre 1,8 et 2,2 milliards de dollars. Disons que ça, c'est le rythme, disons, de croisière qu'on obtient. Et, veux veux pas, il y a des mouvements de trésorerie qui se font.

Maintenant, M. Bouchard, je ne sais pas si vous pouvez compléter au niveau de questions spécifiques comme investissements, désinvestissements — donner l'explication — et aussi, au niveau de la conservation, le 22,7 millions.

M. Bouchard (Pascal): O.K. Au niveau des investissements financiers, donc on remarque, au niveau des prêts à demande, là, c'est seulement relativement aux prêts qu'on effectue aux établissements du réseau. Donc, une grande partie des prêts sont relatifs aux enveloppes décentralisées, qui sont des enveloppes de projets inférieurs à 2 millions. Donc, il y a une grosse partie de nos activités, là, qui font le financement de ces investissements-là. Et ça représente en quelque sorte environ un investissement de 450 millions par année de prêts qui sont faits. Et, à côté, lorsqu'on voit des investissements, bon, ça, c'est les remboursements qui sont effectués. Donc, à chaque année, certains volumes de prêts sont financés à long terme par le ministère des Finances, et c'est là qu'on voit que, dans l'année, on va retrouver un investissement total de 989 millions pour des désinvestissements de 1 130 000 000 $.

Au niveau des montants, aussi, importants, on a également des marges exploitation, donc entre autres le financement de déficits d'hôpitaux. C'est toutes des marges qui sont toujours autorisées par le ministère de la Santé. Et, nous, dans le fond, on les finance aux établissements à un taux d'intérêt, là, à TP moins 1 %, qui est un taux compétitif et avec lequel on peut faire un peu de profits pour nous autofinancer.

Ensuite, les autres éléments importants, il y a aussi les projets d'immobilisations CPE. Donc, ça, depuis, je dirais, presque trois ans maintenant, on finance les projets d'immobilisations pour les centres de la petite enfance. Et, actuellement, au moment qu'on se parle, les prêts sont environ à 106 millions de dollars, et il n'y a pas eu encore aucun financement à long terme qui a été fait, là, sur ces marges de crédit là.

Au niveau des investissements immobiliers, on retrouve effectivement ce qu'on disait tout à l'heure, donc la résultante de tous les contrats qu'on va donner aux professionnels et entrepreneurs pour la construction de projets CHQ et également de projets réseau. Donc, lorsqu'on parle de projets mandatés, à ce moment-là, c'est que ce sont des projets qui n'appartiennent pas à la CHQ. Donc, on fait la construction pour et au nom de l'établissement. Et qu'est-ce qu'on retrouve dans nos livres comptables? C'est un compte à recevoir, tout simplement, qui sera remboursé lorsque le financement à long terme aura lieu. Donc, on en avait pour 121 millions... excusez, 186 millions. Et pour les projets CHQ, on retrouvait un investissement total de 121 millions, le désinvestissement toujours qui correspond au financement à long terme de ces projets-là. Ensuite, pour les projets, donc il y a des...

Mme Harel: Je m'excuse de vous interrompre. Juste pour suivre, là, sur le tableau, si vous me permettez, M. le Président. Donc, je comprends que le 2B, ce sont les projets mandatés...

M. Bouchard (Pascal): Exactement.

Mme Harel: ...et que le 2C, ce sont les projets propriétés de la CHQ.

M. Bouchard (Pascal): Propriétés CHQ, effectivement.

Mme Harel: D'accord. Tantôt, je vous poserai la question: Quel est le pourcentage de projets mandatés et CHQ sur l'ensemble des investissements? Ça, ce serait une question.

Puis je n'arrive pas à retrouver votre marge d'exploitation, là. Vous appelez ça comme ça: marge d'exploitation des déficits des hôpitaux?

M. Bouchard (Pascal): Donc, ça se retrouve dans le premier élément, Prêts à demande, le 1, 2, 3, 4, 5, le sixième élément, Budgets d'exploitation d'organismes du réseau de la santé.

Mme Harel: On retrouve donc: Budgets d'exploitation. On retrouve 175 millions...

M. Bouchard (Pascal): Oui.

Mme Harel: ...pour 2004-2005 et 160...

M. Lesage (Michel L.): De remboursement.

M. Bouchard (Pascal): De remboursement, effectivement.

Mme Harel: ...de remboursement. Donc ça, ça signifie...

M. Lesage (Michel L.): Que les établissements vont nous rembourser. En fait, il faut comprendre que...

Mme Harel: C'est difficile à suivre.

M. Lesage (Michel L.): Attendez, je vais essayer de vous rendre ça très, très clair. Au niveau de la corporation, on offre les services au niveau du financement, on offre les services au niveau de la construction et on offre des services au niveau de l'immobilier. Au niveau du financement, on a accès, comme je vous mentionnais, à 4 milliards de dollars. On finance des déficits d'hôpitaux, on va financer des projets CHQ, on va financer des projets établissements, et il est évident que... ou d'autres; bien, les CPE, ça, c'est une demande qui avait été faite, à un moment donné, par le gouvernement. Et on a une marge de crédit qui est ouverte pour les CPE. Donc, on est d'abord un centre de financement important. Il est évident que, lorsqu'on

finance, comme je vous ai mentionné, il faut absolument avoir l'autorisation du ministère, du Conseil du trésor, du gouvernement, dans le fond. Et, à partir de là, on fait les mouvements de financement. Et il y a les remboursements qui sont effectués sur une base régulière. Donc, si on finance des déficits d'hôpitaux, on est remboursé pour les intérêts et le montant qu'on a avancé à l'établissement. La même chose...

Mme Harel: ...c'est l'établissement qui vous rembourse?

M. Lesage (Michel L.): C'est l'établissement ou le ministère. Il faut comprendre que, dépendamment du type de projet, exemple, un projet établissement pour la construction, la rénovation ou la réfection, habituellement ça vient du gouvernement, là, ça vient des fonds du gouvernement qui rembourse chez nous. Donc, la provenance de ces...

● *(12 heures)* ●

Mme Harel: Budgets d'exploitation, ici, là, ce sont des opérations de fonctionnement, ça; c'est des opérations courantes. D'où vient le budget d'exploitation de l'organisme? 175 millions, investissements; 160, remboursement. Des investissements... Il faut lire «remboursement» en fait, hein?

M. Lesage (Michel L.): Oui, en fait ce serait «remboursement», si vous voulez, là. C'est le ministère qui nous rembourse les avances de fonds qu'on a faites au niveau des établissements.

Financement de certains établissements du réseau de la santé

Mme Harel: Donc, les déficits, par exemple, des années antérieures, là, qui se chiffrent environ à 1 milliard, ce n'est pas vous qui les financez.

M. Lesage (Michel L.): Pour les établissements?

Mme Harel: Oui, les déficits annuels.

M. Lesage (Michel L.): Non. Bien, il y a une partie des déficits à hauteur d'à peu près 175 millions.

Mme Harel: Oui, mais vous êtes remboursés pour 160.

M. Bouchard (Pascal): Mais ça, c'est l'investissement pour l'année seulement, l'année financière 2004. C'est sûr qu'on a un solde de compte à recevoir à ce niveau-là. Donc, il y a des investissements qui ont été faits avant, donc notre volume est plus important, là, que 165 millions. Ça, c'est juste le mouvement dans le fond de l'année 2004. On va en prendre en charge pour 175 millions de plus, et il y aura des remboursements pour 160 millions.

Mme Harel: Est-ce que c'est seulement les intérêts? Ce n'est pas le remboursement du capital?

M. Bouchard (Pascal): C'est le remboursement de capital et d'intérêts.

Mme Harel: Le capital, intérêts.

M. Bouchard (Pascal): Oui.

Mme Harel: Mais ça fait combien au total à ce moment-là? On le retrouve à la page 8, ça, j'imagine, là, quand vous parlez de 1 milliard?

(Consultation)

Mme Harel: Je pense que la question la plus simple, «basic», là, c'est: Les déficits des établissements — il y a des hôpitaux, mais surtout les hôpitaux: les établissements en déficit empruntent à qui?

M. Bouchard (Pascal): Bien, les établissements empruntent auprès de la CHQ sur autorisation du ministère de la Santé. Et, nous, dans le fond ils nous remboursent régulièrement les intérêts et le capital pour ces prêts-là. Je vous dirais que le volume, environ, là, à l'heure actuelle, il est, moi, je dirais, environ de 300 à 350 millions, là, sur le financement à court terme des déficits d'exploitation. Et, sur le volume total qu'on a actuellement de 840 millions, là, c'est à peu près 300 millions, je dirais, là, qui sont actuellement en cours. Mais, lorsqu'on parle du 175 millions, c'est ce qui se rajouterait l'an prochain, avec un remboursement, là, de 160 millions.

Mme Harel: C'est vraiment difficile parce qu'on peut difficilement, là, avoir un tableau d'ensemble, étant donné qu'on sait que les établissements ont pour 1 milliard environ de déficit. Alors, on comprend que ce n'est pas la corporation qui les finance. C'est ça.

M. Larouche (Jules): Juste pour préciser par rapport à ça, c'est que l'autorisation est donnée par l'agence ou le ministère à l'établissement de contracter un emprunt. Il y a des établissements qui viennent chez nous, mais ils ont tout le loisir d'aller à leur banque ou à leur caisse. Et, nous, on recherche les clients, là. Il y a des établissements qui sont à l'aise avec nous, notamment des gros établissements qui viennent nous voir pour leur financement parce que c'est à meilleur coût. Et là il ne faut pas chercher l'ensemble du déficit du réseau à l'intérieur de la CHQ. Mais la CHQ n'est pas là pour financer, mais elle offre des financements mais à ceux qui veulent bien venir nous voir.

Mme Harel: Ah, c'est ça. Alors, je comprends, M. Larouche. C'est M. Larouche, hein? C'est ça?

M. Larouche (Jules): Oui.

Mme Harel: Mais, à ce moment-là, est-ce qu'il peut y avoir des établissements qui vont chercher un financement à un coût plus élevé que celui que vous offrez?

M. Larouche (Jules): C'est possible. C'est possible, mais je vous dirais quels établissements aussi savent que la CHQ existe. Alors, ça leur fait aussi... ils sont capables de solliciter des... et de nous mettre en compétition aussi également avec leur institution financière.

Le Président (M. Copeman): Puis votre tarif est préférentiel, n'est-ce pas?

M. Bouchard (Pascal): Moins 1 %.

Le Président (M. Copeman): Moins 1 %. Alors, c'est le taux préférentiel moins 1 %.

Une voix: Moins 1 %.

Le Président (M. Copeman): O.K. Alors, c'est...

Mme Harel: Est-ce qu'il y a des institutions qui sont encore meilleures que celle-là, qui donnent un taux meilleur que celui que vous offrez?

M. Bouchard (Pascal): Bien, il faut dire aussi que... Si vous permettez, M. Lesage?

M. Lesage (Michel L.): Oui.

M. Bouchard (Pascal): Il faut dire que la CHQ va adhérer prochainement, c'est-à-dire le 1er juillet, à la nouvelle politique qui a été mise en vigueur par le ministère de la Santé, qui oblige toutes les institutions financières, et nous inclus, à prêter de l'argent au taux d'acceptation bancaire plus 30 points de base. Donc, nous, à compter du 1er juillet, tous nos prêts à court terme seront à acceptation bancaire plus 30 points de base, à l'exception des CPE, là, qui ne font pas partie du ministère de la Santé. Donc, on va devenir très compétitifs. Et encore là tout le monde pourront prêter mais pas en haut de ce taux-là. Donc, c'est...

Le Président (M. Copeman): J'espère que je ne suis pas le seul à être mêlé, là, mais je suis pas mal mêlé. Expliquez donc ce que vous venez de dire, là, M. Bouchard.

M. Bouchard (Pascal): O.K. Donc, je disais que le ministère de la Santé a mis en vigueur, là, dernièrement... Il nous a mentionné qu'à compter du 1er juillet 2004 nous devrons, nous et toutes les institutions financières qui veulent prêter aux établissements du réseau de la santé, nous devrons appliquer la politique, là, du... acception bancaire, le taux acceptation bancaire plus 30 points de base. Donc, il est beaucoup inférieur encore au taux préférentiel moins 1 %.

Taux d'acceptation bancaire

Le Président (M. Copeman): C'est ça; je ne comprends pas le nom, le «taux acceptation bancaire», là.

Mme Harel: Expliquez-nous-le.

M. Bouchard (Pascal): «Acceptation bancaire»? Oups! Bien, c'est un taux qui est... Peux-tu l'expliquer un petit peu?

M. Blouin (Yves): Bien, le taux des acceptations bancaires, dans le fond c'est un type de crédit un peu comme... je ne sais pas; il y a différents véhicules, là, qui permettent d'emprunter à court terme. Donc, sur les marchés financiers, il y a un type de crédit qui s'appelle «acceptation bancaire». Un peu comme les bons du Trésor du Québec, un peu comme le papier commercial pour les entreprises, il y a un type de crédit qui s'appelle «acceptation bancaire». C'est un taux qu'on peut retrouver, qui est publié notamment par Financement-Québec, là, sur son site, et qui est un taux de très court terme, un taux flottant qui varie au jour le jour.

Le Président (M. Copeman): On voudrait que vous vous identifiiez, monsieur. On s'excuse.

M. Blouin (Yves): Mon nom est Yves Blouin. Moi, je suis le directeur du financement et de la planification à la Corporation d'hébergement.

Le Président (M. Copeman): O.K. Alors, pour bien comprendre, à partir du 1er juillet, tous les établissements qui font une demande d'emprunt...

Mme Harel: À court terme.

Le Président (M. Copeman): ...à court terme, les institutions financières doivent prêter à un taux...

M. Blouin (Yves): Pour des acceptations...

Le Président (M. Copeman): Plus?

M. Blouin (Yves): ...plus 3/10 de 1 %.

Le Président (M. Copeman): Je comprends; qui est un taux meilleur marché que votre taux préférentiel moins 1 %.

M. Blouin (Yves): Moins 1 %. Bon. Pour être plus clair, par exemple, actuellement, le taux préférentiel des banques à charte est de 3,75 %. Le taux préférentiel, donc moins 1 %, ça donne un taux de financement de 2,75 %. Le taux des acceptations bancaires, lui, est à 2 %. Si on ajoute le 3/10, on tombe à 2,3 %. Donc, il y a à peu près un demi-point de différence meilleur marché pour le taux des acceptations bancaires.

Le Président (M. Copeman): Et le gouvernement du Québec a le pouvoir de dicter ses conditions à des institutions financières?

M. Blouin (Yves): Ce n'est pas sorcier; ce qui va arriver, c'est que le ministère de la Santé a publié une politique qui dit que les dépenses admissibles puis qu'elle va rembourser aux établissements, ça va être le taux des acceptations bancaires plus 3/10.

Le Président (M. Copeman): O.K. Si les institutions financières ne veulent pas prêter à ce taux-là, ils vont simplement dire: Ça ne nous intéresse pas.

M. Blouin (Yves): Non. Bien, exactement, les institutions financières vont pouvoir dire que ça ne les

intéresse pas. Financement-Québec s'est engagée, si jamais les institutions privées ne veulent pas financer à ce taux-là, à prendre le crédit. Et également, si jamais un petit établissement qui fait affaire avec une caisse populaire du coin ne veut pas changer d'institution financière, elle devra autofinancer, à même ses propres crédits, le surplus de financement. Donc, c'est comme ça que ça va fonctionner.

M. Auclair: Donc, vous avez les moyens... Excusez-moi...

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le député.

M. Auclair: Vous avez les moyens donc, demain matin, d'absorber cette nouvelle demande de crédit là sans problème...

M. Blouin (Yves): Absolument. Absolument.

M. Auclair: ...sans influencer votre flux que vous auriez, tout ça.

M. Blouin (Yves): Ça peut influencer, mais on est capables de l'absorber.

M. Bouchard (Pascal): Mais ce qu'on va faire dans le fond particulièrement, c'est qu'on va réviser quand même notre politique de tarification pour voir si nos autres services sont bien rentables et de les rentabiliser surtout. Donc, c'est sûr qu'il va y avoir une révision qui va être faite. Mais, nous autres, l'objectif, c'est toujours l'autofinancement. Donc, on va s'arranger pour être capables de se suffire, là.

Frais de gestion

M. Auclair: Mais, au niveau des frais de gestion, au niveau de la compétition, là-dessus aussi, c'est des choses qui sont contrôlées d'avance ou qui ont déjà une norme préétablie, parce qu'on sait très bien que des fois il y a des jeux qui peuvent se faire, là, au niveau des frais de gestion? À cet égard-là, comment c'est dirigé?

M. Lesage (Michel L.): Bon, écoutez, au niveau des frais de gestion qu'on a mentionnés, ce ne seront pas des frais de gestion nécessairement sur les services financiers. Les services financiers, c'est: acceptation bancaire 30 jours plus 30 points de base.

● *(12 h 10)* ●

Avant ça, si vous regardez les revenus de la corporation, vous vous apercevez qu'on a quand même des revenus importants qui viennent justement de nos transactions financières. Maintenant, avec la nouvelle politique AB plus 30 points, on va quand même recevoir moins au niveau du financement. Donc ça, pour nous, c'est une menace à notre autosuffisance. Par contre, on a d'autres services, comme je vous expliquais, exemple, les services professionnels, les services où on charge des montants de 1,5 % de la valeur du coût des travaux. Donc, ce sont là des services qu'on est en train de revoir au niveau du quantum, disons, de tarification pour être capables de maintenir notre autosuffisance, puisqu'on dit qu'au niveau des prêts on va arriver probablement à l'équilibre, là, dépendamment encore là des mouvements des taux d'intérêt. On va probablement arriver à l'équilibre, mais il reste que ça va être important pour nous de surveiller de très, très, très près ces opérations. On a beaucoup moins de marge.

Quand je vous disais tantôt qu'on avait donné, cette année, 4,6 millions de retour aux établissements sur leurs prêts, c'est parce qu'on avait emprunté à un taux favorable et on leur a prêté un peu plus avec TP moins 1 %. Avec la fluctuation des taux d'intérêt, on a été capables de leur prêter, disons, finalement... Avec ces mouvements-là, on a été capables de dégager un surplus. Ça va être beaucoup plus serré dans le futur. Par contre, comme on a mentionné, les établissements financiers, et tout ça, vont avoir de la difficulté à prêter sur AB plus 30. On va probablement avoir plus de clientèle là-dessus, donc notre risque va augmenter. On va quand même devoir le gérer serré pour s'assurer, disons, qu'on continue quand même à atteindre l'équilibre, là, dans ça. Et ça nous amène à revoir nos autres tarifications pour les autres services pour être capables d'être autosuffisants en termes de revenus.

Modification des taux d'intérêt

M. Auclair: Et, au niveau d'une modification, vous avez parlé d'un point qui est important au niveau des possibilités de modification des taux d'intérêt, donc la variance des taux d'intérêt. Est-ce que ça peut avoir un impact également au niveau de nos institutions — hôpital, etc. — parce que la variance, c'est un taux quand même à très court terme, qui va fluctuer constamment? Une hausse des taux prévisible pourrait avoir un impact également dans un avenir rapproché et mettre une pression beaucoup plus grande sur tout le système. Avec des taux bas comme ça, c'est très intéressant, mais, s'il y a une hausse des taux, disons, de 2 points, une marge de 2 points, l'impact peut être majeur dans tout le système. Juste pour donner un exemple, 1 point équivaut à combien de millions de dollars de différentiel?

M. Blouin (Yves): Bien, 1 point, sur l'ensemble du réseau, si la dette... La dette du réseau est de 1 milliard de dollars, comme le mentionnait Mme Harel. Alors, évidemment une partie de ça est à taux fixe, donc est déjà empruntée à taux fixe, une partie de ça est à taux flottant; on n'a pas toute la ventilation. Nous, dans le fond, le volume d'emprunts qu'on a actuellement, c'est de l'ordre d'à peu près 250 millions. Donc, 1 % de 250 millions, bien c'est 2,5 millions de plus si jamais le taux de financement augmentait de 1 %. Par ailleurs, les perspectives, même s'il y a des perspectives de hausse, elles sont limitées, disons, dans un contexte actuel où l'inflation demeure basse. Et donc, à partir de là, peut-être bien qu'il va y avoir des pressions. Mais on est dépendants, je veux dire, des marchés financiers de ce côté-là. Ce n'est vraiment pas nous qui avons un contrôle à cet effet-là, c'est le marché financier puis la situation internationale qui vont modifier ça.

Affectation des surplus

Le Président (M. Copeman): Bon. Avant de poursuivre, il y a M. le député de Robert-Baldwin, qui est très patient, m'a demandé la parole depuis un certain temps. Mais Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve a également posé la question sur le 22,7 millions, puis on n'a pas eu de réponse, à date. Alors, peut-être, quelqu'un peut nous clarifier là-dessus. Ça, c'est des projets d'investissement, de conservation, projets de rénovation et de correction des vétustés des propriétés de la CHQ. C'est autofinancé par le bénéfice net de la corporation, ça?

M. Lesage (Michel L.): En fait, c'est un projet d'investissement. C'est un débours qu'on va devoir faire sur les bâtiments de la CHQ pour les mettre aux normes, disons, au niveau de la vétusté. Je vous ai mentionné tantôt que 0,25... c'est-à-dire 12 % à 14 % de l'ensemble du stock immobilier du ministère de la Santé est propriété CHQ. Et, à partir de là, nous, on doit faire des ajustements. En contrepartie des investissements qu'on fait, on ajuste le loyer en conséquence pour le remboursement de la dette qui va être imputée à ce poste budgétaire là, qui est la mise aux normes et le maintien des actifs ou vétusté des bâtiments. Donc, il y a un retour en termes de loyers perçus.

Le Président (M. Copeman): À moins que je ne me trompe, il me semblait que Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve avait fait un lien entre le surplus de la CHQ sur ce poste-là. Il n'y a pas de lien? Est-ce qu'il y a un lien ou pas?

M. Lesage (Michel L.): Non, il n'y a pas de lien là-dessus.

Le Président (M. Copeman): O.K.

Mme Harel: Je croyais que vous utilisiez 22,7 millions des 30 millions de surplus pour mettre aux normes ou corriger la vétusté.

M. Lesage (Michel L.): Non, non.

Le Président (M. Copeman): O.K. Ça valait la peine que ce soit vérifié.

M. Lesage (Michel L.): Bon. Encore là, il faut préciser sur ce point-là. Il faut quand même comprendre qu'on doit recevoir une approbation du ministère pour ces investissements-là, puisque l'intérêt, sous forme de loyers additionnels perçus auprès de l'établissement, devrait être remboursé par l'établissement. Donc, c'est considéré comme étant une dette du gouvernement à la CHQ.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Merci, M. le Président. À mon tour de vous remercier, là, d'avoir pris ce temps ce matin, vous et votre équipe, M. le président. C'est très, très apprécié. Je pense qu'il y a des questions, là, qui le montrent bien.

Restructuration de la CHQ

Moi, je voudrais vous poser deux questions. Je voudrais que le président me laisse poser mes deux questions, une d'ordre général, et ça touche davantage au changement juridique que vous avez vécu au mois de décembre 1999, où vous êtes passés d'une corporation sans but lucratif à une société d'État. Alors, d'un côté j'aimerais connaître les avantages et les inconvénients de cette restructuration.

Rôle de la CHQ dans le dossier du CHUM

Et l'autre, elle est plus spécifique. Ça s'adresse davantage au CHUM, CHUM de Montréal, CHUM qui, je pense, avait été annoncé en 1993-1994, si ma mémoire est bonne. Et je voudrais savoir quelle a été l'implication de la Corporation d'hébergement dans le dossier du CHUM. Je pense qu'il y en a eu une, du moins au début. Il y a eu un groupe de travail qui a été identifié également, avec comme président M. Béland, l'ancien président de la Fédération des caisses populaires. Alors, j'aimerais ça qu'on nous donne davantage d'informations sur l'implication de votre corporation dans l'évolution du dossier du CHUM. Si vous avez des coûts à nous avancer, ce serait assez intéressant à savoir. De quelle façon vous avez été impliqués soit dans le choix du site, dans la construction du CHUM également? Et, à ce jour, est-ce que vous êtes toujours impliqués dans le dossier?

M. Lesage (Michel L.): Donc, pour répondre à vos deux questions, je vais faire l'introduction et je vais demander, pour la question, disons, de la loi, à M. Gilbert d'apporter des précisions, et, pour les SICHUM, SICUSM ou CHUM et CUSM, à M. Jules Larouche, là, qui a vécu le projet.

Restructuration de la CHQ (suite)

Donc, dans le premier cas, en passant d'un organisme sans but lucratif à l'intérieur du ministère à une société d'État, l'avantage, disons qu'il y a quand même beaucoup plus d'autonomie au niveau de la corporation lorsqu'on est en société d'État. On peut bien entendu traiter avec d'autres ministères que le ministère de la Santé si on a l'autorisation de le faire. On peut également, disons, sortir complètement, disons, des sentiers battus et aller offrir notre expertise auprès de d'autres entités, que ce soit au Québec ou ailleurs. On est une compagnie qui est inscrite suivant la partie II de la Loi des compagnies. Donc, on a beaucoup de latitude: conseil d'administration qui gère, disons, les activités de la corporation, et, comme vous avez pu le constater aussi, le pouvoir d'aller sur les marchés financiers pour des emprunts, compte tenu des volumes d'activités qu'on a. Donc, grosso modo, là, je vous donne un peu l'aperçu. Il y a beaucoup d'autres éléments qui favorisent la création d'une société d'État comparativement à un organisme sans but lucratif, avec aussi, disons, les responsabilités que ceci entraîne.

Rôle de la CHQ dans le dossier du CHUM (suite)

Pour ce qui est des deux projets de centres hospitaliers universitaires à Montréal, le CHUM et le CUSM, il faut se rappeler que le gouvernement avait créé deux sociétés d'implantation qui étaient le SICHUM et le SICUSM, qui étaient des filiales de la Corporation d'hébergement du Québec. Et ces filiales-là ont été en mesure de pouvoir procéder aux études, donner des mandats pour les études préliminaires de ces deux institutions-là tant au niveau des choix de sites qu'au niveau, disons, de l'élaboration des plans fonctionnel et technique et des projets dans leur ensemble.

● *(12 h 20)* ●

Depuis l'avènement du nouveau gouvernement, la SICHUM et la SICUSM ont été dissoutes. Et maintenant les responsabilités pour la réalisation de ces projets-là ont été confiées à chacun des organismes, c'est-à-dire le Centre hospitalier universitaire de Montréal et Santé McGill. Donc, la CHQ maintenant n'est plus directement impliquée, si ce n'est d'être propriétaire du terrain de la cour Glen et d'être aussi propriétaire d'un terrain qui avait été acheté pour relocaliser la STM sur la rue Hochelaga, dans le bout du boulevard l'Assomption. Donc, ce sont l'état de la situation pour ces deux questions-là. Donc, pour la loi, M. Gilbert, s'il vous plaît.

Restructuration de la CHQ (suite)

M. Gilbert (Claude): Oui, eh bien, effectivement les principaux avantages d'avoir créé la société d'État. D'abord, elle a été reconnue comme un mandataire du gouvernement, ce qui lui apporte des avantages, comme ceux dont dispose le gouvernement, à plusieurs égards dans la réalisation de ses projets, des économies aussi au niveau de certaines exemptions de nature fiscale ou réglementaire dont bénéficie le gouvernement dans l'exécution de ses mandats ou de ses projets. Ça nous a permis effectivement d'avoir...

Dorénavant, le gouvernement détermine quels sont les administrateurs de la Corporation d'hébergement du Québec. C'est maintenant, en vertu de la loi, un pouvoir du gouvernement. La réglementation en matière de contrats de la Corporation d'hébergement du Québec est maintenant aussi adoptée par son conseil d'administration mais soumise à l'approbation du gouvernement pour la réalisation de ses différents contrats en matière d'acquisition, d'approvisionnement, de contrats de construction ou de contrats de services professionnels qui s'y ajoutent.

Et ça a permis aussi de créer un fonds social qui est, en vertu de la partie II de la Loi des compagnies... Comme le disait M. Lesage, nous sommes vraiment régis par la partie II de la Loi des compagnies. Donc, ça donne l'ensemble des pouvoirs qui sont détenus par n'importe quelle compagnie régie par la Loi des compagnies, sous réserve évidemment de dispositions de la loi qui viendraient les restreindre. Donc, ça donne énormément de possibilités à l'égard de la gestion et de l'administration. Et ça a aussi permis de créer un fonds social qui est maintenant considéré dans les livres du gouvernement effectivement dans son bilan financier annuel. Ça a obligé la corporation à se conformer aux principes comptables généralement reconnus, ce qui avait été un exercice assez important parce qu'à titre de compagnie sans but lucratif ou dans... l'organisation sans but lucratif n'avait pas cette obligation. Lors de la transformation, ça a amené donc une plus grande transparence au niveau de l'ensemble de sa gestion financière, de ses états financiers. Et ça permet effectivement une autonomie pour la réalisation des projets à l'intérieur du réseau de la santé, comme un partenaire qui a son autonomie juridique, sa personnalité propre, là, avec son conseil d'administration qui le régit. Je ne sais pas si ça rencontre vos...

M. Marsan: Oui. Là-dessus, j'imagine que, lorsqu'on est une société d'État, si vous avez un surplus ou un déficit, ça ne rentre pas dans le périmètre comptable lorsqu'on fait les états financiers au niveau du gouvernement. C'est vraiment à l'extérieur, là, comme Hydro, comme d'autres compagnies.

Ma question, c'est: En 1999, est-ce que vous étiez en surplus ou en déficit? Et depuis ce temps-là?

M. Gilbert (Claude): Oui, juste pour votre première remarque, si vous permettez, je crois que le terme, c'est qu'on est consolidés aux livres du gouvernement à la valeur nette. On est consolidés aux livres du gouvernement.

M. Bouchard (Pascal): À valeur de consolidation.

M. Gilbert (Claude): À valeur de consolidation, je m'excuse, là; je n'ai pas le terme exact.

M. Bouchard (Pascal): ...ligne par ligne.

M. Gilbert (Claude): D'accord. Et, quant à 1999, s'il y avait, oui ou non, un profit, ce qu'on remarque, dans la présentation: l'avoir est passé de moins 5 millions à, aujourd'hui, un solde positif de 86,5 millions.

Donc, l'avoir de l'actionnaire, en 1999, était une valeur négative de moins 5 millions, et, aujourd'hui, après trois ans, on parle d'un solde positif de 86,5 millions.

M. Marsan: C'est l'avoir des actionnaires. Mais, au niveau du déficit comme tel d'opération, au global, là, vous n'avez pas de chiffre? Dans vos états financiers, il n'y avait pas un montant qui disait que vous étiez en déficit de tant. Non? Bien, en tout cas ce n'est pas le but, là, poursuivi par le questionnement que je vous fais.

Rôle de la CHQ dans le dossier du CHUM (suite)

Et j'aimerais ça qu'on puisse enchaîner sur l'autre réponse, avec M. Larouche aussi, pour le CHUM et le CUSE.

M. Lesage (Michel L.): Donc, on va enchaîner avec M. Larouche. Puis on va chercher, on va avoir votre réponse bientôt, là, pour l'autre question.

M. Larouche (Jules): O.K. Le dossier de la SICHUM, c'est un dossier vague. Je vais répondre à la question précise. Le 17 décembre 1999, le gouvernement a autorisé la CHQ à imposer des réserves publiques sur les immeubles, ce qu'on appelle le site Saint-Denis, le 6000, Saint-Denis. Oui, il y avait eu une étude qui avait été faite sur le terrain.

(Consultation)

M. Larouche (Jules): Daniel Arbour. C'était ça, les études.

Le rôle aussi de la CHQ, de par sa filiale, ça a été d'accorder un contrat au regroupement SLP pour la planification, le PFT et toute la planification du nouveau CHUM sur le site Saint-Denis. La CHQ ne participait pas au contenu du PFT qui a été élaboré — soyons très précis par rapport à ça: le programme fonctionnel et technique, qu'on appelle. La CHQ avait un contrôle du suivi de l'exécution du contrat, c'est-à-dire que les taux qui se payaient, ils soient conformes aux décrets ou aux règles gouvernementales, que les contrats soient donnés selon les règles en vigueur. Et c'est ça qui était le rôle de la CHQ dans ce dossier-là, sauf que c'était une filiale.

Donc, quand on parlait du SICHUM, on parlait des fois de la CHQ. Le 21 juillet 2003, le ministre de la Santé actuel a annoncé la fin de la SICHUM, et, après ça, elle a été dissoute, la SICHUM.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Joliette.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Sur le même sujet, Mme la députée?

Mme L'Écuyer: Oui, sur le même sujet.

Le Président (M. Copeman): Bien, allez-y.

Acquisition par expropriation de certains immeubles à Montréal

Mme L'Écuyer: C'est que, dans la présentation sommaire, la Loi sur la Corporation d'hébergement, à la page 3, on parle d'expropriation. Bon. D'abord, on parle — l'avant dernier paragraphe, là: Acquisition par expropriation de certains immeubles à Montréal, site Saint-Denis, et c'est la même chose pour la cour Glen.

J'aimerais ça que vous me parliez un petit peu de ça, de l'acquisition par expropriation de certains immeubles à Montréal, site Saint-Denis.

M. Gilbert (Claude): Si vous permettez, oui. Alors, effectivement, comme vous voyez, on voit des décrets dans l'exercice de ce pouvoir-là, des décrets qui ont été pris par le gouvernement, en décembre 1999, pour imposition d'une réserve foncière sur le site Saint-Denis. Il y en a eu deux qui visaient l'ensemble des terrains qui étaient sur le site Saint-Denis, à l'exception des terrains qui étaient propriétés publiques de la ville de Montréal, là. Par la suite, il y a eu des avis d'expropriation qui ont été expédiés conformément à la Loi sur l'expropriation. Dans ce cadre-là, je vous rappelle que les décrets mentionnent que la CHQ peut faire affaire avec le ministère des Transports qui, au niveau du gouvernement, est souvent le ministère qui voit à procéder, qui a l'expertise en matière d'expropriation.

Donc, c'est le ministère des Transports qui, au nom de la CHQ, doit procéder à l'expédition de ces avis d'expropriation. Et actuellement...

Mme L'Écuyer: ...

M. Gilbert (Claude): Les avis ont été expédiés.

Mme L'Écuyer: Ah, les avis.

M. Gilbert (Claude): Oui, madame. Actuellement, il n'y a pas d'expropriation qui a été faite de qui que ce soit. Comme vous l'a mentionné tout à l'heure M. Lesage, il y a, dans ce cadre-là, un terrain qui a été acquis en vue de compenser la Société des transports de Montréal dans le cadre de l'expropriation. Ça devait se réaliser, là, dans le cadre des négociations pour relocaliser, là, un garage d'autobus qui était sur le site Saint-Denis. Mais il n'y a pas d'expropriation actuellement — aucune. Les avis ont été expédiés; on est dans les délais requis par la loi.

À l'égard de la cour Glen, suite à l'imposition de la réserve foncière, il y a eu contestation de cette imposition-là. Mais cependant les négociations ont eu cours. Et, avec l'accord du gouvernement, la Corporation d'hébergement a acquis la cour Glen. Donc, il n'y a plus question d'expropriation, là. Les avis ont été retirés, puisque la corporation est actuellement propriétaire de la cour Glen. Ça va?

Mme L'Écuyer: Merci. Ça va, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Joliette.

M. Valois: Si toutefois on pouvait avoir les réponses au député de Robert-Baldwin avant que je prenne la parole, ça ne me dérangerait pas du tout, là.

● *(12 h 30)* ●

M. Lesage (Michel L.): Donc, pour ce qui est du solde dans l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 1999... Dans l'exercice terminé le 31 mars 1999 — c'est ça — il y avait 4,5 millions de déficit, là. Donc, ça explique qu'on était en déficit à ce moment-là, au début de la création de la CHQ comme telle. Il est sûr que, là, on compare une date qui est le 31 mars 1999 avec la création de la corporation au 1er décembre 1999. Donc, il y avait un mouvement, là, encore là. Quand les livres se sont fermés, il y a eu un ajustement qui donne à peu près le 5 millions.

Pour ce qui est de l'autre élément en complément d'information, dans nos états financiers qui seront déposés à l'Assemblée nationale bientôt, en 2003-2004, on parle justement au niveau des propriétés de la SICHUM. Et ici, là, on voit, c'est mentionné — vas-y donc, là — c'est...

M. Bouchard (Pascal): O.K. Donc, il y aura une note, là. Il y aura une note, dans notre rapport annuel, qui expliquera la liquidation des filiales. Et donc, là-dedans, ce qu'on va retrouver, c'est qu'on indique, là, qu'il n'y a aucun actif ni passif au net qui a été transféré à la société mère. Donc, tout s'est fait à la valeur nette comptable. La transaction s'est faite à la valeur nette comptable. Donc, il n'y a rien — rien — là, qui se retrouve dans l'état financier de la compagnie mère. Également, on fait mention des montants, là, qui ont été transigés pour faire le transfert, parce qu'il faut noter qu'il y a eu un transfert de l'accumulation de tous les coûts relatifs au projet d'étude pour chacune des filiales et également la fermeture des entités qui avaient été créées pour l'implantation des deux sites.

M. Lesage (Michel L.): Alors, ça apparaîtra à la note 29 des notes complémentaires de notre rapport pour 2003-2004.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Joliette.

Taux de financement des centres de la petite enfance

M. Valois: Merci, M. le Président. Tout à l'heure, lorsque nous parlions de l'ensemble des démarches qui avaient été prises notamment par la Corporation d'hébergement du Québec par rapport à tous les budgets d'exploitation d'organismes puis par la suite les réponses que vous nous avez données par rapport au taux qui allait être consenti, vous avez aussi parlé de variation de la tarification pour ce qui est de l'ensemble des investissements ou des services financiers dans le but, j'imagine, là, de les faire balancer. Et une des choses qui a notamment été énoncée de votre part, ça a été de nous dire qu'il était clair que, pour ce qui était des projets d'immobilisations des centres de la petite enfance, étant donné qu'ils n'étaient pas redevables du ministère de la Santé et Services sociaux, ils n'étaient pas inclus dans cette volonté ministérielle là ou dans cette logique ministérielle de fonctionner sur le taux, là, que vous nous parliez.

Mais maintenant est-ce que d'un autre côté les projets d'immobilisations des centres de la petite enfance vont subir le contrecoup de cet effort qui va vous être demandé en termes de tarification?

M. Gilbert (Claude): Si vous permettez. Comme ça a été précisé, c'est une politique du ministère de la Santé — comme Yves l'a précisé plus tôt — qui s'applique aux établissements de la santé. Donc, le ministre de la Santé ou le ministère de la Santé envoie une directive ou une circulaire aux établissements de santé pour dire quel est le pourcentage de taux d'intérêt qu'il est disposé à rembourser en subvention. Si l'établissement souhaite emprunter à un taux supérieur, il devra lui-même recouvrir le taux. Mais, comme vous le comprendrez, la circulaire du ministère de la Santé ne régit pas les emprunteurs qui sont les centres de la petite enfance. Alors, c'est pour ça, là, qu'on a fait la distinction. Cette circulaire-là ou cette orientation-là est une orientation que le ministère de la Santé diffuse au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

M. Valois: Je comprends très bien. Et c'est pour ça que vous nous aviez quand même annoncé que ce nouveau taux qui était celui à l'intérieur duquel le ministre était prêt à travailler, qui est un taux inférieur à celui que vous offrez, pourrait avoir une pression sur vous et sur les marges de profit qui vont vous revenir, qui vont être vraiment à la baisse. Et, cette pression-là, vous allez avoir à la travailler à l'intérieur de votre propre enveloppe étant donné que vous voulez fonctionner exactement par autofinancement et que l'ensemble de votre logique fonctionne par autofinancement. Parce que vous voulez continuer à accueillir les organismes de la Régie de la santé et des services sociaux. Si vous voulez continuer à les accueillir et leur donner le taux, tel que demandé par le ministre, bien l'effort financier qui va vous être demandé risque d'avoir...

Bon. Vous allez devoir aller chercher ces argents-là étant donné que vous allez donner des taux préférentiels puis encore plus que préférentiels. La question que je posais, c'est: Étant donné que les CPE vont être exclus de cette logique-là, est-ce que... de s'assurer qu'il n'y ait pas une tarification supérieure à ceux qui ne seront pas protégés par ça.

Une voix: M. Blouin va vous donner un élément de réponse.

M. Blouin (Yves): Alors, en termes de tarification, dans le fond ce qu'il faut comprendre, c'est que le projet de financement des CPE est avec le ministère de l'Emploi, Solidarité et de la Famille, et donc est un projet pilote, si on peut dire, séparé dans le cadre d'un programme séparé, donc vraiment relevant d'un autre ministre. Dans ce cadre-là, il n'y aura pas de changement de la tarification au niveau des centres de la petite enfance. Cette tarification-là était déjà très avantageuse par rapport à leur taux de financement qu'ils avaient auparavant auprès des institutions financières privées. Et auparavant les CPE devaient également garantir leurs prêts auprès des institutions financières privées et payaient une prime de garantie en plus du taux qui était supérieur au taux qu'on leur charge. Donc, ça représente globalement une économie très nette, et ce programme-là ne sera pas affecté.

Quand on parle de réajustement de la tarification, dans le fond c'est en fonction de l'ensemble des services qui sont offerts au ministère de la Santé — d'ailleurs, ils nous ont fait une ouverture là-dessus — et, tout simplement, c'est de rapprocher un taux de financement... de donner des services financiers au meilleur coût pour le secteur de la santé. Mais évidemment le rééquilibrage va ne toucher que ce réseau-là et les ententes qu'on a avec le ministère de la Santé. Les CPE ne sont pas du tout touchés, c'est à part.

M. Lesage (Michel L.): Il faut aussi comprendre qu'on a des conventions de prêts avec les établissements qui fixent habituellement le taux au moment où on procède à la transaction. Donc, il y a aussi une certaine sécurité, disons, qui est conférée par rapport à ça.

Autres formules de financement

M. Valois: Étant donné que vous parlez presque du projet d'immobilisations des centres de la petite

enfance comme étant une espèce de projet pilote qui vous amène un peu à l'extérieur de votre logique de la Corporation d'hébergement du Québec, mais est-ce que vous avez l'intention de développer d'autres types de projets comme ça avec d'autres organismes qui sont, bien, peut-être même... Parce qu'on sait que les CPE, là, ce n'est pas des organismes publics dans les faits, là, même si le financement arrive presque essentiellement, là, de l'État.

Mais avez-vous d'autres projets comme ça pour ce qui est d'autres groupes qui pourraient avoir besoin de financement pour leurs immobilisations à venir? Et est-ce que ces projets-là sont envisageables? Est-ce que l'expérience CPE est suffisamment concluante pour dire que ce type de service là pourrait être offert à d'autres organismes, à d'autres ministères?

M. Lesage (Michel L.): Il est évident que le service pourrait être offert. Par contre, il faut comprendre que ce ne sera pas directement la Corporation d'hébergement qui prendra l'initiative. Donc, c'est le gouvernement qui va nous confier, comme ça a été fait dans le cas des centres de petite enfance, va nous confier le mandat de financer, pour des financements temporaires, ce type d'activité là. Par contre, à l'intérieur même du réseau, je vous ai parlé tantôt d'un programme d'accompagnement pour, disons, tout ce qui est l'économie d'énergie et des choses comme ça où il y a un financement qui peut être fait temporairement et avec un remboursement sur les économies. Ce type de service là est offert au réseau à l'intérieur du mandat de la corporation, puisque ça touche directement les infrastructures du réseau de la santé et des services sociaux.

Et il pourrait y avoir d'autres types justement de services comme ceux-là qui seraient offerts justement pour permettre d'atteindre l'autofinancement de la corporation dans le futur.

Bénéfice net découlant du nouveau taux d'acceptation bancaire

Le Président (M. Copeman): Juste avant de donner la parole à Mme la députée, qu'est-ce que vous estimez la différence entre le nouveau tarif que vous pouvez charger aux établissements de santé à partir du 1er juillet, c'est-à-dire le taux d'acceptation bancaire plus 0,3 %, versus ce que vous faites actuellement? Autrement dit, la charge additionnelle qu'on anticipe représente combien sur un an?

M. Blouin (Yves): Bon. Alors, globalement, comme j'expliquais tout à l'heure, la différence entre les deux taux, dépendant des marchés financiers, ça va varier entre un quart et un demi-point de moins pour l'ensemble des réseaux, O.K., en termes de financement. Donc, évidemment ça représente des économies importantes, là, sur un volume, par exemple, de prêts d'environ 1 milliard, bien un quart ou un demi-point de pourcentage.

Le Président (M. Copeman): Je comprends. Mais, pour le CHQ, là, vous faites des prêts, vous, au taux préférentiel moins 1 % actuellement. Là, à partir du 1er juillet, vous devrez changer ça à taux d'acceptation bancaire plus 0,3 %. Cette différence, là, est de combien?

● *(12 h 40)* ●

M. Larouche (Jules): On l'estime à 6 millions.

Le Président (M. Copeman): 6 millions. O.K. Alors, on peut anticiper, si on applique cette politique-là, potentiellement, si on n'ajuste rien d'autre, une baisse dans votre bénéfice net, à la fin de l'année, de 6 millions.

M. Larouche (Jules): C'est ça.

Le Président (M. Copeman): O.K. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Partenariat public-privé en matière d'hébergement de longue durée

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors donc, vous exercez des mandats spécifiques, hein, notamment, là, celui qui concerne le financement des centres de la petite enfance subventionnés, mais aussi d'autres mandats que vous nous expliquez dans votre présentation. Un qui m'apparaît vraiment intéressant: l'inventaire complet, là, du parc immobilier qui est terminé, qui est même accessible de manière électronique.

Dans les mandats d'hébergement, je comprends donc que vous n'avez pas actuellement le mandat de financer les PPP, là, en matière, par exemple, d'hébergement de longue durée.

M. Lesage (Michel L.): Pour l'instant, il y a quand même une direction à la CHQ qui s'occupe des partenariats public-privé. Il faut quand même comprendre que... Moi, j'ai rencontré le ministre il y a trois semaines environ, et ce que le ministre m'a dit: Pour les projets qui seraient inscrits au plan triennal 2004-2005, tous les projets devront faire l'objet d'une analyse d'une possibilité d'effectuer ces projets-là en partenariat public-privé. À l'heure actuelle, il n'y a aucun de ces projets-là qui a été identifié, comme tel. Donc, on est en attente d'une demande précise, là, pour pouvoir faire l'analyse partenariat public-privé versus méthode conventionnelle.

Il faut quand même comprendre que, lorsqu'on parle, disons, de mise aux normes, de modification ou d'ajout, d'agrandissement d'urgence ou de salle d'opération, ou autres, dans un bâtiment existant, ça peut être un peu plus compliqué. Dans le cas d'une nouvelle construction, surtout dans les cas de construction de centres d'hébergement de soins de longue durée, c'est potentiellement réalisable de faire une intervention en partenariat public-privé. Mais tout ça est en analyse pour l'instant.

Mme Harel: Vous disiez tantôt que vous êtes en attente du PTI, c'est bien ça, là, du...

M. Lesage (Michel L.): Effectivement, pour la dernière rencontre que j'ai eue avec le ministre, il disait que, pour les projets inscrits au plan triennal d'investissement de 2004-2005, il n'y avait à date aucun projet d'inscrit et d'approuvé, là. Donc, on est en attente là-dessus.

Mme Harel: Vous disiez justement que... Évidemment, quand ce sont des projets qui sont ceux d'établissements et qui ne sont pas la propriété de la CHQ, auriez-vous quand même le mandat d'explorer les PPP ou c'est l'établissement lui-même qui l'aura?

M. Lesage (Michel L.): Bien, il faut comprendre que les derniers... disons, les dernières orientations du ministère en ce qui concerne les projets en général, le ministère dit que l'établissement doit prendre la décision. C'est maintenant retourné vers l'établissement, cette décision-là, soit de faire affaire avec la CHQ. Avant ça, on avait un cadre de gestion où tout projet dans le réseau de plus de 1 million devait passer obligatoirement par la CHQ. Cette limite-là a été haussée à 2 millions. Maintenant, dans le nouveau cadre de gestion qui devrait être approuvé sous peu, la CHQ devient sur un libre marché. Alors, c'est pour ça qu'on a déjà commencé à faire des représentations auprès des établissements, auprès des agences pour justement vendre nos services où on va être beaucoup plus attentifs aux besoins de la clientèle, on va essayer de leur fournir une gamme de produits qui vont faire en sorte que la CHQ démontre, disons, son importance dans le réseau avec l'expertise, et tout ça, qu'elle a développée.

Il faut quand même comprendre que l'établissement à mon avis pourrait exiger, à l'ultime, qu'un de leurs projets fasse l'objet d'une aide partenariat public-privé. Mais la décision finale à mon avis va relever du ministère comme tel, en termes de décision finale de savoir s'ils y vont avec un partenariat public-privé ou continuer en méthode conventionnelle.

Expertise de la CHQ

Mme Harel: La page 15, là, de votre présentation, vous dites: Une expertise qui n'a pas d'équivalence dans le secteur privé. Et vous nous donnez l'exemple du crédit rotatif, enfin de diverses autres dimensions qui sont celles de la corporation. En fait, vous faites la promotion de... ça fait partie de la promotion globale de la corporation, si je comprends bien.

M. Lesage (Michel L.): Oui, effectivement. Disons que, bon, au niveau financement, il faut comprendre qu'il y a des mouvements de trésorerie assez importants lorsqu'on réalise des travaux; exemple, il y a du financement à court terme rapide qui doit être fait. Les établissements habituellement vont avoir accès à du financement à court terme mais avec des limites bien définies dans le temps, tandis que, nous, il faut voir comment est-ce qu'on va devoir procéder à nos déboursés pour rencontrer nos obligations, exemple, dans la construction. Et, à ce moment-là, il faut se retourner assez rapidement pour être capables d'emprunter avec le meilleur taux possible. Donc, c'est là qu'on a... Quand je vous parlais tantôt qu'on a quand même 300 millions de travaux par année, qu'on va chercher 1,8 milliard de financement temporaire, je pense que c'est une expertise qui se rapproche en tous les cas des institutions financières mais qui n'est pas en tous les cas... qui est inexistante dans le réseau de la santé. Ça, c'est certain. Et c'est pour ça qu'on doit être excessivement vigilants, surtout avec les nouvelles normes qui nous sont imposées. Et on s'aperçoit que cette portion-là va devoir être gérée de façon très serrée. Et bien entendu on se sert de cette expertise-là.

On a aussi l'expertise en génie biomédical, en architecture d'établissement. On s'aperçoit que, sur le marché des ingénieurs-conseils, des architectes, et tout ça, c'est une poignée de spécialistes qui ont fait ce type de travaux là. Et souvent ça nous crée, jusqu'à un certain point, des problématiques, puisque c'est un domaine qui est quand même très limité dans le temps, c'est-à-dire qui était quand même très limité en termes d'expertise. Ce qui fait que des fois, si on sort beaucoup de projets, on a de la difficulté d'avoir des firmes qui sont compétentes pour exécuter les travaux — donc l'inflation à ce niveau-là.

Mme Harel: Mais je comprends que, parmi vos 83 employés, vous avez donc des professionnels qui ont cette expertise en architecture et en génie. C'est bien ça?

M. Lesage (Michel L.): C'est ça. Tout ce qui est construction, c'est surtout des architectes, des ingénieurs. Au niveau des études, ce qu'on appelle le département des études techniques, l'expertise technique, c'est également des ingénieurs en biomédical, des architectes, et tout. On a, sur le côté du financement, des gens qui ont — disons les comptables... et des certificats, disons, en finances. Et, pour ce qui est de juridique, on a des notaires, des avocats effectivement pour l'immobilier.

Mme Harel: Parce que la construction s'est toujours faite avec le privé, par appel d'offres. En fait, quand vous allez du côté partenariat privé, quelles autres dimensions voulez-vous ajouter? Parce que la construction, je ne sache pas que ce soit fait autrement que par le privé.

M. Lesage (Michel L.): L'autre dimension qui est regardée, c'est la question du financement, partage de risques financiers avec l'entreprise privée.

Affectation des surplus (suite)

Mme Harel: Et le 30 millions, là, de surplus; la question me vient après l'échange que vous avez eu avec le député de Robert-Baldwin: Quel usage vous en faites du 30 millions? Il est hors du périmètre comptable. Est-ce qu'il vous faut une approbation du ministère de la Santé sur l'utilisation du 30 millions? Et à quel usage l'avez-vous prévu?

M. Lesage (Michel L.): Bon. Le 30 millions constitue une partie de nos surplus à l'heure actuelle, qui sont évalués à 80 quelques millions, O.K.? Il faut quand même comprendre que c'est basé surtout sur une écriture comptable — comment je pourrais dire ça? — d'amortissement, O.K.? Pour nous, ça a quand même de la valeur, mais, je veux dire, en termes de dollars comme tels, ce n'est pas du flux monétaire qu'on peut mettre à la disposition. Il reste que, si on faisait une liquidation, ça deviendrait des montants disponibles.

Dividendes et liquidités

Le Président (M. Copeman): Sauf que, M. Lesage, en 2002 et 2003, vous avez versé un dividende de 10 millions au ministre des Finances.

M. Lesage (Michel L.): Oui.

Le Président (M. Copeman): Probablement pas personnellement, mais...

M. Lesage (Michel L.): Je n'étais pas là.

Le Président (M. Copeman): ... — en tout cas, je l'espère bien. Mais comment est-ce qu'on autorise ce dividende? Qui l'autorise? C'est quoi, les circonstances ou les conditions? Parce que, si vous nous dites que le surplus annuel de 30 millions — puis le surplus accumulé de 1985 est plutôt virtuel, là... Comment est-ce que vous avez pu arriver à verser un dividende de 10 millions au ministre des Finances en 2002-2003?

● *(12 h 50)* ●

M. Lesage (Michel L.): Bon. Je vais demander que la considération comptable vous soit donnée, mais il reste quand même qu'on a dégagé des sommes, du «cold cash», là, pour 10 millions lorsqu'il y a eu une demande qui a été faite par le gouvernement comme, cette année, on a dégagé aussi au-delà de 5 millions en retour sur le financement, en profits sur le financement, dont 4,6 millions ont été distribués aux établissements. Il reste qu'il y a une partie de ça qui est du liquide. Donc, peut-être, tu peux expliquer...

M. Bouchard (Pascal): Oui, effectivement. Donc, comme M. Lesage l'a dit donc, dans notre 30 millions de profits annuels, il y a une partie qu'on peut dire qui est du revenu comptable, donc avec un appariement pas tout à fait correct entre le revenu de loyers et l'amortissement des immeubles. Parce que, pour faire une histoire courte, le revenu de loyers est constitué dans le fond du coût du service de la dette. Donc, ça comprend les coûts d'intérêt et les coûts de remboursement de capital, alors que, la dépense équivalente au niveau des résultats, on trouve l'intérêt qui est exactement le même montant. Mais, au niveau de l'amortissement, c'est là qu'on a une désynchronisation qui s'effectue parce que l'amortissement donc de nos immeubles se fait dans une période entre 35 et 50 ans, alors que le remboursement du capital de la dette à long terme est à peu près sur 25 à 30 ans, maximum. Donc, il se crée comme un profit qui est un profit comptable, qui n'est pas un profit liquide. Par contre, on a quand même une partie de nos opérations qui vont vraiment générer des liquidités; exemple, toute la partie, là, de financement à court terme. Donc ça, ça nous génère vraiment des profits liquides et que, ceux-là, on peut réinvestir donc soit en dividendes ou...

Lors des dernières années donc, on a versé un dividende; je crois que c'était en 2002... excusez, pas un dividende mais une remise à notre clientèle de 4 millions. Et, cette année, dans l'année 2004, on a fait encore une autre remise de 4,6 millions.

Le Président (M. Copeman): Le dividende au ministre des Finances, c'est qui qui l'a demandé? C'est le gouvernement? Est-ce que c'est par décret?

M. Gilbert (Claude): Si vous permettez. Effectivement, M. le Président, c'est par décret. Le dividende a été demandé par le décret 431-2002 du 10 avril 2002. C'est un dividende de 10 millions qui a à être versé par la corporation qui a été déclaré. Et, en vertu de l'article 43 de la loi, c'est effectivement le gouvernement qui détermine les dividendes qui sont payables par la corporation.

Aussi, peut-être en complément de réponse, à la même époque, au même moment, le décret 240-2002 du 13 mars 2002, la ministre des Finances était autorisée à payer à la corporation, sur le fonds consolidé, une somme de 10 millions en un versement pour acquérir 100 000 actions du capital-actions de la corporation.

Donc, il y a un dividende qui a été versé et également il y a des actions sur le capital-actions de la corporation qui ont été acquises par la ministre des Finances.

Le Président (M. Copeman): Peut-être une dernière. Sur votre solde positif de 86,5 millions, quel est le montant qui est un solde en liquidités?

M. Bouchard (Pascal): Je ne l'ai pas exactement. C'est très difficile à dire actuellement, mais je dirais que ce n'est pas une grosse somme actuellement qui est en liquidités. Je dirais que la plus grande partie des bénéfices non répartis à l'heure actuelle sont constitués d'éléments qui sont des revenus comptables dus à la désynchronisation que j'expliquais tout à l'heure et aussi par l'amortissement d'apports reportés donc qui représentent quand même 15 millions à peu près par année, qui sont dans le fond des sommes qui sont amorties dans le temps suite à la réforme comptable qu'on a connue, là, au 30 avril 2000.

Donc, il n'y a pas une grande partie actuellement parce qu'ils ont pas mal toujours été retournés soit dans le réseau ou au ministère des Finances, là, pour le montant de 10 millions qui a été fait, là. Donc, si on calcule, depuis environ... C'est ça. Depuis la constitution de la corporation, il y a quand même environ 20 millions en liquidités qui ont été retournés, là, soit en dividendes ou en ristournes aux établissements. Donc, dans ce qui reste au niveau comptable, je dirais, j'estimerais peut-être à une somme d'à peu près entre 5 et 10 millions de dollars de liquidités. Mais on n'a pas le chiffre exact, là.

Acquisition d'actions par le ministère des Finances

Le Président (M. Copeman): Puis, si j'ai bien compris, le ministre des Finances ou le ministère des Finances est devenu actionnaire? C'est bien ça?

M. Bouchard (Pascal): Oui, c'est ça.

M. Gilbert (Claude): Enfin, c'est parce que la loi prévoyait déjà que c'était le seul actionnaire possible. Et, comme actionnaire, il se devait d'acquérir physiquement, de procéder effectivement à l'acquisition d'actions. Et, oui, il en possède physiquement, des actions de la corporation.

Le Président (M. Copeman): O.K. Alors, il possède 100 % des actions, évidemment. Il est le seul actionnaire?

M. Gilbert (Claude): C'est-à-dire, la loi prévoit que les actions ne peuvent être attribuées qu'au ministre des Finances, et il possède toutes les actions qui sont actuellement émises par la corporation. Maintenant, il ne possède pas... La corporation n'a pas émis d'actions au montant total de son capital-actions, qui est prévu à 500 millions.

Le Président (M. Copeman): Je comprends. Alors, à la fin de chaque année, est-ce que la corporation déclare des dividendes?

M. Gilbert (Claude): Le dividende, en vertu de la Loi sur la Corporation, est déterminé par le gouvernement. Et le seul dividende qui a été déclaré, c'est celui dont on a parlé tout à l'heure, là. Seulement une fois qu'il y a eu un dividende de déclaré.

Le Président (M. Copeman): M. le député de... oui, bien Rouyn-Noranda—Témiscamingue. Allez-y, oui.

Revenus du coût de tarification des projets et suivi du projet SIGARSSS

M. Bernard: Merci, M. le Président. Une question rapide. Puis peut-être vous avez la réponse — sans ça, j'aimerais l'avoir plus tard: Concernant l'offre de service globale, votre coût de tarification de 1,5 % du coût des projets, auriez-vous, dans vos données, le montant maximum que ça a pu atteindre — actuellement, on parle en milliers de dollars — qui a été facturé à quelqu'un. Vous ne l'avez peut-être pas, mais, pendant peut-être que les gens cherchent, je vais vous poser une autre question. Parce que j'aimerais savoir si éventuellement ça ne vaudrait pas la possibilité de mettre un plafond selon les coûts, parce que ce n'est pas nécessairement le coût du projet qui est relié à la somme du travail.

L'autre question que j'aimerais avoir, c'est concernant — vous en avez parlé tantôt, de l'inventaire du parc immobilier — votre projet SIGARSSS. Quand je lis le rapport de 2002-2003, il y a une suite à ça. Vous dites que: «De plus, la corporation a développé un protocole d'audit pour évaluer le profil technique des immeubles; ce protocole a fait l'objet d'une application dans deux établissements et le contrôle de qualité a été concluant.» Quelle est la suite de ça? Allez-vous l'étendre? Et éventuellement va-t-il y avoir un rapport concernant l'état des établissements?

M. Lesage (Michel L.): La première question rapidement — et règle du pouce — on parlait d'environ 300 millions de travaux. Là-dessus ça, je dirais qu'en termes de conception, et tout ça, ça équivaut peut-être à 1,5 % de ce 300 millions, là, qui représente à peu près quelque chose comme 4, 4,5 millions, maximum, qu'on reçoit en termes de tarification. Il est certain que, pour des projets de grande envergure, le 1,5 % constitue un apport important. Par contre, pour des petits projets, c'est là qu'on revoit notre tarification. Puis on va avoir une tarification à la carte. Pour les petits projets, on doit absolument avoir un tarif qui soit plus élevé.

Donc, on aura probablement un tarif par tranches dégressives pour être capables d'arriver à un juste équilibre là-dedans ça, dans un premier temps.

Dans un deuxième temps, vous avez parlé de...

Une voix: ...

M. Lesage (Michel L.): ...l'audit, oui. O.K. Le mandat d'élaborer le programme SIGARSSS, qui comprenait, premièrement, l'inventaire des établissements ou l'ensemble des bâtiments de l'ensemble du réseau, deuxièmement, des équipements de 100 000 $ et plus, comprenait aussi une troisième phase qui était l'audit des bâtiments. L'audit, c'est-à-dire qu'on fait l'analyse de chacun des bâtiments pour connaître son état de vétusté. Cette phase-là a été...

D'abord, c'est un mandat qui nous a été confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux. On a livré les deux premières phases. Quand est arrivé le temps de considérer la troisième phase, on est allés en appel d'offres ça fait maintenant un an de ça. On est allés en appel d'offres pour la troisième phase. Et ça a été jugé par le ministère trop dispendieux, et le projet a été abandonné pour l'instant. Par contre, il y a déjà des agences dans le réseau qui se sont prémunies de faire des audits. Et là le ministère a convoqué une réunion, qui se tient demain, pour revoir tout ça, pour s'assurer qu'on n'ait pas des systèmes disparates qui viennent, disons, jusqu'à un certain point, handicaper ce qui a été fait en termes d'investissement et d'effort pour avoir l'inventaire du parc immobilier.

Pour ce qui est des établissements effectivement qui ont été inventoriés, d'abord il y a deux établissements qui ont été faits au niveau de l'analyse de l'état de vétusté du bâtiment ou l'état de conservation, si on veut être positif. Et il y a quatre établissements aussi qui ont fait l'objet d'analyses au niveau du parc d'équipements, parce que, là-dedans ça, il y a aussi beaucoup d'argent. Si vous regardez dans les rapports, au niveau des équipements, il y a quasiment un montant équivalent ou en tous les cas près de ce que peut représenter la partie immobilière. Il y a des équipements qui sont très dispendieux. À partir de là, quand on fait l'inventaire des deux, on s'aperçoit que l'inventaire des équipements est aussi un outil excessivement important. Et, là-dessus ça, on a déjà la plateforme. On a même la plateforme pour pouvoir identifier correctement le type d'équipements. Et les établissements qui veulent se servir de cette plateforme-là peuvent déjà le faire. Et il y en a qui le font effectivement pour s'assurer qu'ils ont une bonne gestion de leurs parcs d'équipements.

● *(13 heures)* ●

M. Bernard: Juste un commentaire. En tout cas, moi, je suis d'accord; la troisième phase, je pense qu'elle est importante, au niveau du parc immobilier, d'avoir vraiment l'état de vétusté parce que c'est la planification à long terme d'immobilisations. Puis ça, il faut effectivement aussi qu'il y ait une cohérence à la

grandeur du Québec à cet égard-là pour ne pas avoir trois ou quatre systèmes d'évaluation disparates. Ça, je pense que c'est un enjeu majeur sur lequel vous devez travailler puis être, je pense, très fermes à cet égard-là.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Non, non, je sais, je sais. Je suis un peu embêté parce que je pense que... Un constat, c'est que — et c'est vraiment une décision à l'interne de la commission — je dois vous dire, messieurs dames: je ne pense pas qu'on a prévu assez de temps pour vraiment, là, faire le travail correctement. Mais on apprend au fur et à mesure. Et je m'en excuse d'avance, là; on aurait dû probablement prévoir un peu plus de temps parce que les échanges sont très intéressants. Je sais que mon collègue le député de Vimont avait une question sur toute la question du programme d'efficacité énergétique. Peut-être, vous pouvez, à un moment donné, nous faire parvenir vos orientations là-dessus, mais on n'a pas le temps d'aborder la question.

Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Puis je vais conclure rapidement, après.

Vente des terrains de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Mme Harel: Il me reste 15 secondes. Vous parliez tantôt de Louis-Hippolyte Lafontaine. Est-ce que la vente des terrains de l'Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine ont une incidence sur la CHQ ou si c'étaient des terrains qui leur appartenaient et vous n'avez pas eu à y être associés?

M. Lesage (Michel L.): C'est un projet établissement où la CHQ n'est absolument pas impliquée.

Mme Harel: Merci.

Le Président (M. Copeman): Encore une fois, merci beaucoup. Merci, M. Lesage, votre équipe, M. Larouche, M. Bouchard, M. Gilbert, M. Blouin, en arrière Mme Dussault, beaucoup de votre participation. Je pense qu'il faut signaler également: la qualité de la documentation que vous nous avez fournie est d'un très haut calibre. Et je veux vous assurer que je pense que — constat fait — on n'avait pas, comme je l'ai dit, tout à fait assez de temps pour explorer toutes les questions qu'on aurait aimé explorer avec vous. On va peut-être vous faire revenir à un moment donné. J'imagine qu'on n'impose pas trop sur votre temps.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Non, pas du tout. Merci beaucoup. Et, sur ça, je suspends les travaux de la commission jusqu'à 15 heures, cet après-midi, afin d'effectuer un autre mandat ici, dans cette même salle. Mais il faut malheureusement prendre nos affaires parce que la salle est utilisée entre-temps.

(Suspension de la séance à 13 h 3)

(Reprise à 15 h 11)

Examen des orientations, des activités et de la gestion de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, chers collègues! Alors, j'ai constaté le quorum parce qu'on reprend un nouveau mandat. Alors, ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Je vous rappelle que l'usage du téléphone cellulaire est strictement interdit dans la salle, alors je vous demanderais de vous comporter en conséquence. Nous sommes réunis afin de faire un pierre trois coups.

Une voix: Une pierre.

Le Président (M. Copeman): Une pierre — une. Pourquoi une pierre, c'est féminin? En tout cas. Une pierre trois coups, c'est-à-dire: nous avons le mandat de procéder à l'audition de l'Institut national de santé publique du Québec dans le cadre de l'examination... l'examen, pardon, de ses orientations, de ses activités et de sa gestion, dans un premier temps; dans un deuxième temps, de l'étude de ses états financiers et des rapports annuels 2001-2002 et 2002-2003 en application de l'article 26 de la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec; et, troisièmement, de l'audition du président-directeur général de l'institut sur ces rapports annuels de gestion en application de la Loi sur l'administration publique. Ça vous démontre à quel point la Commission des affaires sociales est efficace; on est capable de faire trois choses dans une seule séance. C'est bon, hein? Alors, nous avons un peu moins de trois heures devant nous. C'est un exercice de contrôle parlementaire un peu plus informel que d'autres exercices que fait la Commission des affaires sociales.

Est-ce qu'il y a des remplacements, Mme la secrétaire?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Bouchard (Vachon) va être remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve).

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Massé est déjà présent. M. Massé, on s'est entendus: vous allez faire une présentation d'à peu près 30 minutes, qui sera suivie par un échange avec les parlementaires, jusqu'à 18 heures. Alors, sans plus tarder, je vous demanderais de présenter les personnes qui vous accompagnent et de débuter immédiatement votre présentation.

Exposé du président-directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec, M. Richard Massé

M. Massé (Richard): D'accord. Merci, M. le Président. D'abord, vous remercier de nous avoir invités à venir présenter l'Institut national de santé publique. Je pense que c'est une chose qui devrait être importante et intéressante pour tous les membres. Je suis accompagné de la secrétaire générale de l'institut, Michèle Beaupré Bériau;

de Jean-Louis Coulombe, qui est le directeur financier et des affaires matérielles à l'Institut de santé publique; de Réal Morin, qui est de la Direction développement des communautés et des personnes, qui s'occupe...

Une voix: Des individus.

M. Massé (Richard): ...et des individus, merci; de Normand Fleury, qui est responsable au niveau du Centre de toxicologie du Québec; de Marc Dionne, qui est responsable de l'unité sur les maladies infectieuses, santé environnementale, santé au travail; de — puis là je vais reprendre à l'autre extrémité — Pierre Joubert, qui est responsable de tout ce qui est recherche, développement et innovation; de Marie-France Desrosiers, qui est directrice responsable des ressources humaines et informationnelles; et de Jean Joly, qui est le directeur du Laboratoire de santé publique du Québec.

Je m'excuse d'avoir un aussi grand nombre de directeurs. Par contre, je pense que, si on veut aborder certains dossiers qui vont avoir des éléments de contenu et compte tenu que vous nous avez présenté un mandat sur trois années de vérification — et je n'étais pas là pendant ces trois années-là — je pensais que c'était important que les gens qui étaient là pendant ces années-là, à tout le moins, puissent répondre aux questions, s'il y en avait, qui portaient sur cette période-là. Et ces gens-là connaissent très bien l'Institut de santé publique.

Le Président (M. Copeman): Il faudrait espérer, M. Massé, qu'il n'y a pas de crise en santé publique cet après-midi.

M. Massé (Richard): On a bien ménagé nos arrière-gardes pour être sûr que tout serait correct. Mais on pensait qu'il y avait une priorité qui devait être donnée à la commission, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Et c'est fort apprécié.

M. Massé (Richard): D'accord.

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

M. Massé (Richard): Deux documents qui vous ont été remis: un, qui est pour dépôt, qui est une présentation électronique, qui est intitulé *Commission parlementaire des affaires sociales*, en date d'aujourd'hui, que je vais vous faire à l'instant; et un deuxième document, qui n'est pas pour dépôt, mais qui est pour information, avec autorisation du ministre de la Santé, qui est le *Plan stratégique 2004-2008* de l'institut. On pensait que c'était intéressant non seulement à parler — vous parliez de trois coups; on pourrait en rajouter un quatrième — non seulement à parler des trois années antérieures, mais aussi donner une perspective à la commission sur ce qui s'en vient pour les quatre prochaines années à l'institut. Et notre ministre est confortable qu'on vous y rende accessibles, à ce document-là, qui devrait être déposé formellement à l'Assemblée nationale dans les prochains jours. Vous êtes d'accord?

Donc, on pourrait procéder avec la présentation. Vous avez tous le document devant vous. Vous avez aussi, à l'acétate 2, un peu ce qui va être présenté notamment concernant l'origine, la vision, les mandats, le terme «gouvernance» ou la structure organisationnelle, la planification stratégique 2004-2008 dont je viens de vous faire mention. Enfin, aussi parler, de façon significative, des activités de l'institut mais aussi de son organigramme, des ressources humaines, financières, puisqu'on doit faire la révision aussi de tous les bilans financiers, et des éléments critiques pour le développement de l'expertise au Québec. Parce que certainement, quand on va parler de planification stratégique, on va parler du développement de la santé publique. C'est aussi nécessaire de connaître et de discuter peut-être ces conditions-là.

L'institut est une jeune organisation qui a été créée en 1998 par l'Assemblée nationale, qui a été créée d'abord pour développer puis mettre à profit les connaissances de santé publique au Québec. Les gens avaient reconnu que, si on avait une expertise qui était répartie sur l'ensemble du territoire québécois et qui n'était pas regroupée à un endroit — et ça, ça avait été notamment reconnu lors de la commission Rochon — on réussirait difficilement ou plus difficilement à développer l'expertise en santé publique. Ce n'est pas un modèle qui est unique au Québec. Les pays scandinaves ont développé ce modèle-là. Les Américains ont développé ce modèle-là. Et maintenant l'ensemble des provinces canadiennes reconnaissent que c'est probablement le modèle vers lequel on doit se diriger. Ça a été créé aussi pour soutenir le ministre puis les autorités régionales de santé publique, les autorités régionales tout court en général, et les établissements, puisqu'on a des services de laboratoire qui soutiennent les établissements, dans leur mandat de santé publique. Enfin, d'assumer les services spécialisés de laboratoire: Laboratoire de santé publique, le Centre de toxicologie et le Centre d'expertise en dépistage. Il y avait aussi le Centre anti-poison qui avait initialement été transféré à l'Institut de santé publique, mais qui, depuis ce temps-là, a été retransmis au CLSC Haute-Ville—Des Rivières il y a environ un an, un peu plus d'un an, actuellement.

J'ai déjà mentionné, à l'acétate 4, pourquoi on avait créé l'institut: d'abord, la difficulté pour le ministère de mobiliser des ressources du réseau dans le développement de l'expertise parce que les gens avaient chacun leur agenda. C'était plus difficile de les mobiliser. Donc, on travaille très étroitement avec le ministère notamment pour le supporter pour la réalisation du programme. La question de la dispersion de l'expertise à travers le territoire québécois, où est-ce qu'à ce moment-là notre mandat nous permettant d'aller intervenir avec toutes les régions — on va le voir tantôt — nous met donc en centre de référence pour toutes les régions. Et puis aussi l'inégalité d'accès de cette expertise-là qui était déjà développée à Montréal, à Québec ou à quelques autres endroits mais évidemment pas dans toutes les régions du Québec, très loin de là. C'étaient plutôt seulement certaines régions qui avaient été capables de développer cette expertise-là.

La vision qu'on veut projeter à l'institut, qui est celle qu'on a développée depuis le début et sur laquelle on veut mettre l'accent dans la planification stratégique,

c'est d'être le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. On ne travaille pas de façon autonome ou unique. On travaille avec les directions de santé publique, on travaille avec les universités, on travaille avec les organisations de recherche tant canadiennes qu'internationales pour que cette expertise-là soit disponible à la population québécoise. Ce qu'on veut, c'est faire progresser les connaissances, proposer des stratégies puis des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population.

● *(15 h 20)* ●

Donc, c'est une vision qui est très large, à reconnaître que souvent, quand les gens ont créé des organisations comme celle-ci, elles étaient basées sur un mandat très étroit, notamment la protection de la santé publique. L'institut a un mandat large qui trouve autant les éléments de recherche, de développement, de surveillance que de promotion, prévention, que de protection. Donc, on a un mandat très large. Et on travaille au niveau intersectoriel parce que vous savez très bien que, pour développer la santé, on doit le faire avec l'éducation, avec l'environnement, avec l'agriculture, avec dans le fond une panoplie de ministères et d'organismes pour lesquels l'impact sur la santé est très important.

Les mandats qui ont été confiés à l'institut — à l'acétate 6 — sont d'abord de — et c'est en corollaire avec les besoins que je vous ai mentionnés tantôt — développer la connaissance et contribuer à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population et de ses déterminants. Évidemment, on travaille beaucoup sur les déterminants de la santé. La surveillance, c'est un mandat qui est confié au ministère et aux régions, mais le ministère nous a mandatés pour faire la surveillance, notamment les plans de surveillance nationaux, pour lui et de la rendre disponible d'abord au ministère et aux intervenants du réseau.

Deuxièmement, développer des nouvelles connaissances, des approches en promotion, prévention et protection. Donc, c'est les stratégies d'intervention efficaces.

Favoriser le développement de la recherche et de l'innovation en santé publique. Donc, un point fondamental qu'on a développé et qu'on développe de plus en plus. On va y revenir tantôt, sur les conditions pour être capable de développer cette recherche-là.

Fournir des avis puis des services d'assistance-conseil. Les régions font face et le ministère fait face à des problèmes pour lesquels on a souvent besoin de dire qu'est-ce que c'est, les connaissances scientifiques qui sont à jour, et puis être capable de travailler dans une zone qui est fine dans laquelle on n'a pas toujours toutes les connaissances, mais pour laquelle on doit quand même intervenir. Et là les avis de l'institut aident à prendre les décisions les plus pertinentes pour être capable de continuer d'intervenir de façon efficace. Que ce soit pour des problèmes en émergence comme le virus du Nil ou comme le SRAS, l'institut s'implique à développer des avis puis des services d'assistance-conseil.

Évaluer l'impact des politiques publiques sur la santé de la population. C'est maintenant dans la Loi sur la santé publique. C'était déjà dans la Loi sur l'Institut de la santé publique et c'est un mandat qui prend de plus en plus d'ampleur parce qu'on reconnaît maintenant que les politiques publiques ont un impact sur la santé, même les politiques publiques qui touchent d'autres secteurs directs de la santé. Et l'institut donc a un mandat de supporter le ministère et le gouvernement à cet effet-là.

À l'acétate 7, rendre accessible l'expertise en santé publique par des activités de formation continue. On va voir tantôt que ces activités-là augmentent de façon très importante, ont augmenté puis vont continuer d'augmenter dans le futur.

Assurer des services de dépistage — le Programme de dépistage du cancer du sein, mais aussi d'autres types de programmes; en génétique, on commence à s'impliquer, il y a d'autres types de cancer pour lesquels on développe des programmes de dépistage actuellement; laboratoire, notamment en microbiologie, toxicologie. L'institut a incorporé des activités de laboratoire pour des services qui étaient déjà présents depuis longtemps. Le Laboratoire de santé publique du Québec a plus qu'une centaine d'années à son actif. Et donc l'institut a incorporé les activités de laboratoire en son sein, et on pense que c'est un acquis très, très important. La même chose du point de vue toxicologie. Le Centre de toxicologie était actif depuis... là, je n'ai pas la date exacte. Depuis longtemps?

Une voix: 1972.

M. Massé (Richard): 1972, donc à peu près une trentaine d'années. Et le Centre de toxicologie est un centre de référence international reconnu internationalement qui est très important pour nous.

Le soutien au maintien de la qualité est aussi un des services qui est fait au niveau des laboratoires, qui se développe de plus en plus actuellement parce qu'on reconnaît que, si on veut être capable de réduire les coûts et d'offrir des services de qualité, on doit avoir ces systèmes de soutien au maintien de la qualité, ce qui ne remplace pas la responsabilité des établissements ou des organismes de faire leur propre contrôle de qualité.

Enfin, favoriser l'échange et le transfert des connaissances ainsi que la collaboration internationale. Évidemment, les connaissances scientifiques sont des choses qui sont partagées au niveau international. Et on a tout avantage non seulement à faire connaître ce qu'on fait, mais à aller chercher les connaissances, les compétences qui sont présentes au Canada, en Amérique du Nord, ou en Europe, ou ailleurs pour être capable d'offrir aux gens les meilleurs niveaux de connaissances. Mais il y a toujours un aller-retour dans ce genre de transfert là, donc on doit aussi amener nos connaissances aux autres.

Contribuer à l'actualisation et au développement du Programme national de santé publique. Vous savez que, suite à l'adoption de la Loi sur la santé publique du Québec, le programme national est devenu un élément structurant qui définit c'est quoi, le champ de travail qui va être fait par les gens de santé publique. Puis là je dis «les gens» de façon très large. Ça inclut non seulement les activités ministérielles, les activités régionales, mais aussi les activités au niveau des CLSC dans le domaine de la santé publique. Et, nous, on contribue à supporter ces différentes organisations là dans la réalisation du programme.

Au niveau de la gouvernance — l'acétate 8 — l'institut est un organisme gouvernemental créé par une loi propre — je l'ai mentionné. C'est une personne morale mandataire de l'État, selon les termes de la Loi sur l'Institut, et a un président-directeur général qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux comme d'autres organismes qui relèvent du ministre de la Santé et des Services sociaux. Et on travaille en collaboration très étroite avec le directeur national de la santé publique, qui est le sous-ministre adjoint à la santé publique au ministère, et avec les instances régionales, notamment les 18 directeurs de santé publique dans les régions, dans les tables de concertation. Et on se parle, je dirais, sur une base quotidienne pour être capable justement d'avoir cette interface active là. L'institut n'est pas une chasse gardée. Ce n'est pas une chapelle qui travaille dans son coin. On travaille activement avec les autres partenaires du réseau ainsi que les CLSC, on a des projets conjoints de support de recherche notamment.

Au niveau de sa gouvernance toujours, on a un conseil d'administration de 15 membres incluant le président-directeur général; cinq membres qui proviennent du réseau de la santé, dont deux directeurs de santé publique; quatre membres qui viennent du réseau de l'éducation; quatre membres qui viennent des secteurs socioéconomiques; et un représentant du sous-ministre de la Santé qui actuellement est le directeur national de la santé publique. On a des réunions du conseil d'administration régulièrement — quatre fois par année — plus une réunion à l'été, ce qui en général en fait une cinquième réunion. La réunion de l'été est une réunion plus longue dans laquelle on repasse toute la programmation de l'institut.

Le P.D.G. et les membres sont nommés par le Conseil des ministres après consultation du ministre de la Santé et Services sociaux. Actuellement, on a deux postes vacants, compte tenu du fait qu'il y a un membre qui a démissionné il y a quelques mois, et qu'il y a un deuxième poste qu'on voulait combler avec un intervenant dans le domaine de l'environnement, et qu'on est encore à la recherche de la perle rare. Mais on travaille à cette chose-là.

Les budgets de base. On va voir tantôt que, quand on parle des budgets, il va y avoir à la fois les budgets de base et les budgets des projets spéciaux. Vous allez voir que la notion de projets spéciaux est importante pour l'institut. Les budgets de base proviennent du ministère de la Santé et Services sociaux. Dans les choses qu'on a, c'est d'abord une responsabilité d'informer la population, une obligation d'informer le ministre. Autant c'est important qu'on rende accessible l'information à la population de façon libre et éclairée — c'est une des conditions, la transparence, pour avoir la crédibilité — autant c'est important que le ministre sache l'information qu'on va rendre publique pour qu'en toute situation le ministre ait d'abord cette information-là avec lui. On travaille avec de multiples partenaires — je l'ai mentionné tantôt — notamment les universités, les organismes publics et les instances de recherche. Et on a plusieurs sites — ça aussi, ça a un impact organisationnel — dont deux sites à Québec, actuellement quatre sites... en fait, demain, quatre sites à Montréal. Et on a une collaboration à travers la province, notamment des projets ou des intervenants qui sont dans 11 des 18 régions du Québec. Donc, on a vraiment un réseau québécois qui s'est mis en place avec l'Institut de santé publique.

La planification stratégique, qui est le document donc qu'on vous a rendu accessible, qui est un petit peu plus petit ici, que vous avez devant vous. Essentiellement, je reprends certains des éléments de la planification stratégique. Vous avez, à la fin du document, si vous l'ouvrez à la fin, fin, fin, une page juste avant le... j'allais dire le rabat fermoir, ce n'est pas vraiment ça... la page, pas frontispice, mais...

Une voix: La dernière page.

M. Massé (Richard): La dernière page. Vous avez une grande page 8½ X 14 et vous avez, résumés sur cette page 8½ X 14, à la fois les orientations, les axes qui sont proposés et les objectifs. Je vais revenir à ces deux pages-là.

Avant qu'on parle de ça, le contexte pour lequel on a fait cette planification stratégique là, c'est notamment que... Vous savez que la santé est la première priorité du gouvernement dans son plan d'action. Le gouvernement s'est engagé à accroître la prévention puis améliorer la capacité du système de santé publique à y faire face, notamment à cause des différentes crises que vous avez bien connues, ou qu'on a bien connues en tout cas, au cours des dernières années, du côté de la santé publique. Et puis, pour être capable de réaliser cette planification stratégique là, on s'est rendu compte qu'il y avait des éléments qui nous manquaient, notamment on a un volet recherche et formation pour lequel on n'a pas un statut universitaire. Et, à chaque fois qu'on parle enseignement-recherche, la notion de reconnaissance universitaire devient une chose fondamentale. Ça fait qu'on va voir que, dans la planification stratégique, il y a des choses qui viennent adresser cette question-là.

Enfin, compte tenu du mandat très large de l'institut, c'est un bénéfice, mais c'est aussi une problématique que d'avoir un mandat aussi large parce que ça nous oblige à faire face à des demandes sur plusieurs plans, ce qui nous a amenés à faire des priorités, priorités qu'on retrouve à la fois dans la programmation de l'institut mais qu'on retrouve aussi au niveau de la planification stratégique.

Donc, là, je reviendrai à la page, ici, en long. Vous voyez les trois grandes orientations qui sont, d'abord... Puis là c'est les termes qui sont... on a essayé, sous les conseils du Conseil exécutif, de rendre ces termes-là plus accessibles. Des fois, on a tendance à être un peu hermétique, je m'en excuse. Là, on a essayé de mettre des grandes orientations qui sont bien compréhensibles avec les objectifs.

● *(15 h 30)* ●

D'abord, contribuer à l'amélioration de la santé de la population. Vous avez les axes d'intervention concernant le soutien offert par l'institut aux décideurs puis aux acteurs de santé publique. Et là on a essayé de montrer c'est quoi, les problèmes principaux auxquels on voulait adresser, sous forme d'objectifs, donc tout ce qui concerne la veille sanitaire et les études épidémiologiques, les portraits de santé et leurs déterminants, tout ce qui concerne les études sur l'impact des politiques publiques sur la santé, ce qui concerne les mesures de promotion puis de prévention autour des

habitudes de vie saines et sécuritaires, ce qui concerne les risques de transmission d'agents infectieux puis les facteurs environnementaux qui sont défavorables à la santé, de même que tout ce qui est les programmes de contrôle de la qualité, notamment des services diagnostiques des laboratoires dans les différents domaines qui vous sont proposés là. Ce n'est pas exhaustif par rapport aux activités de l'institut, mais ça nous projette sur les priorités de développement de l'institut.

La deuxième orientation: développer et mettre à profit les connaissances en santé publique. Deux grands axes: consolidation de la recherche, transfert et échange des connaissances. Encore une fois, cinq objectifs ici: d'abord, produire un plan triennal 2005-2008 qui va définir les créneaux puis les priorités de recherche — donc ça, c'est fondamental; d'ici 2008, obtenir la reconnaissance des milieux de formation et de recherche universitaire — c'est déjà en cours; enfin, d'ici 2008, contribuer à la définition des orientations puis des priorités de recherche pour l'ensemble de la santé publique, et non pas seulement pour l'institut, pour le différencier du 6; et enfin définir les orientations... — non, je viens de le mentionner — augmenter annuellement de 5 % le nombre d'activités de transfert puis d'échange des connaissances; et contribuer au développement et au rayonnement de l'expertise québécoise en santé publique.

Le dernier: la question, au niveau des orientations, d'assurer la qualité des activités puis des services de l'institut, donc la mise en oeuvre de mécanismes d'analyse et de rétroaction afin de connaître les besoins et les attentes des clients — les gens étaient très contents de voir qu'on allait se brancher sur nos clients, recevoir leurs demandes et qu'eux autres sachent exactement comment est-ce qu'on allait y répondre; analyser, accueillir, prioriser toutes les demandes conformément aux processus établis; évaluer la satisfaction des clients par rapport à la qualité et aux processus de réponse — donc ça, cette chose-là, c'était très attendu, et, quand on a présenté au réseau... il y a eu une tournée pour présenter la planification stratégique à tout le réseau pour avoir leurs commentaires avant qu'elle soit adoptée, les gens étaient très, très satisfaits de cette chose-là; et enfin les trois derniers: soumettre les activités et services de l'institut aux processus d'assurance qualité — si on veut être capables d'assurer un service d'assistance-qualité pour les autres, il faut qu'on en ait un nous-mêmes; assurer annuellement le fonctionnement puis la formation continue des ressources de l'institut — c'est fondamental; et enfin produire une programmation triennale intégrée des activités puis des services de l'institut autour d'objectifs communs, donc que les gens sachent exactement c'est quoi, notre plan de travail. Comme je dis, on est une jeune organisation. Ça fait que vous avez des éléments organisationnels importants dans la planification stratégique, ce qui est normal dans une jeune organisation qui est en plein développement.

Donc, en faisant ça, là, j'ai passé les acétates 12, 13... 12, juste 12 — Seigneur, je vais prendre un peu de retard. J'espère, M. le Président, que je vais aller plus vite pour le restant.

Conseil et assistance spécialisée. Ce qu'on donne, c'est des avis d'expertise durant les crises puis les urgences, par exemple tout ce qui concerne le SRAS, la vaccination. Quand il y a eu des colis suspects, on s'est doté d'une capacité pour analyse des colis suspects tant au niveau du laboratoire que d'un processus de travail avec la Sécurité publique, avec la police de Montréal, la Sûreté du Québec, etc., donc tout ce qui va avec. Et enfin toute une série d'avis scientifiques ou d'évaluations de programmes tant, par exemple, pour le Programme de dépistage du cancer du sang... du sein, excusez-moi, que pour des choses comme le programme pour les gens qui ont un problème avec le jeu pathologique, ou autres. Il y a beaucoup, beaucoup de projets. Il y a à peu près 200 projets actuellement qui sont en réalisation, en cours d'activité au sein de l'institut.

L'acétate 14: services spécialisés de laboratoire et de dépistage. Donc, d'abord des analyses spécialisées en microbiologie puis en toxicologie. On va voir, dans le budget puis dans les ressources, que c'est un élément fondamental pour lequel il y a beaucoup de ressources, un service direct qu'on donne à tous les établissements du réseau.

Développer des nouvelles technologies et des analyses. Quand il a été question, par exemple, du bioterrorisme, quand il a été question du SRAS, quand il a été question de tout nouveau problème pathogène en émergence, l'institut développe une capacité de laboratoire pour être capable d'y faire face, tout comme l'institut s'est doté ou le laboratoire de santé publique qui est au sein de l'institut s'est doté d'un laboratoire de niveau 3 depuis l'an dernier, pour être capable de faire face à tous ces nouveaux pathogènes là et d'être «up-to-date» — je m'excuse du mot en anglais — pour faire face à toute situation qui concerne ces risques-là.

Dépistage du cancer du sein pour les régions éloignées. Donc, il y a un programme de dépistage du cancer du sein au Québec depuis environ cinq ans. L'institut est impliqué pour offrir des services aux régions éloignées pour lesquels il peut y avoir des difficultés d'accès.

Dépistage de la surdité et des maladies pulmonaires. Il y avait déjà un service qui existait au Québec, qui s'appelait Parlab. On a récupéré ce service-là et maintenant, de concert avec le ministère de la Santé et la CSST, on offre les services avec les CLSC, auprès des CLSC.

Enfin, toute la question de l'expertise en contrôle externe de la qualité pour lequel on est actuellement en train de développer une notion d'agrément des établissements, des laboratoires dans les établissements. À titre d'exemple, au niveau microbiologie, je vais donner l'ampleur des choses. On a fait un peu moins de 100 000, 93 000 analyses spécialisées de laboratoire, microbiologie, toxicologie; pour le Programme de dépistage du cancer du sein en région éloignée, on a fait un peu plus de 3 000; pour les programmes de surdité et maladies pulmonaires, à peu près 8 000 examens dans la dernière année. Donc, ça vous donne un peu une ampleur, là, des activités.

Information. L'information à la population, c'est un élément fondamental de notre mandat. On le fait sur une base régulière, que ce soit à travers des journaux, les journaux quotidiens et médias électroniques. Mais c'est aussi à travers des publications spécialisées qui ont été faites par l'institut, notamment en environnement,

santé-voyages, développement social, et autres — donc, il y en a beaucoup — publications spécialisées auxquelles on contribue pour être capable d'emmener la vision santé publique, la vision populationnelle à l'intérieur de ces publications-là.; des services documentaires spécialisés qui sont offerts par l'institut d'abord à toute personne qui va vouloir y avoir accès, mais évidemment, surtout aux gens du réseau de santé et services sociaux qui en ont besoin sur une base régulière. Et il y a beaucoup, beaucoup de consultations. Enfin, le portail électronique de l'institut, qui est très consulté.

À la page 16, vous avez un peu une idée de ce qui est fait comme publications, événements. Donc, participation à 66 publications au cours de la dernière année; plus d'une centaine d'articles scientifiques qui ont été écrits par des auteurs membres de l'institut; une vingtaine de guides de référence. On a organisé une cinquantaine de conférences, symposiums, colloques, formations avec plus de 5 000 participants — donc... que c'étaient des choses qui étaient vraiment en augmentation. Le site Web de l'institut est utilisé de plus en plus; on parle de plus de 130 000 personnes qui y ont eu accès dans le mois d'avril 2003, puis ça a augmenté à 240 000 au mois de mars 2004. Donc, vous voyez, là, que le nombre d'utilisateurs a augmenté de façon très, très importante. *Résonances de l'Institut*, qui est un peu notre journal de bord dans lequel on publie, dedans, brièvement tout ce qu'on fait et qui donne une espèce d'allumage pour les nouvelles publications, pour lequel on a des abonnés réguliers tant au Québec que hors Québec. Enfin, les demandes des médias, vous voyez, plus ou moins 500 par année, donc il y a beaucoup, beaucoup de... Vous le voyez d'ailleurs dans les journaux, j'imagine qu'il y a beaucoup d'utilisations actuellement des publications de l'expertise de l'Institut national de santé publique, et c'est reconnu non seulement au Québec, mais de plus en plus à l'extérieur actuellement.

Recherche, l'acétate 17. Ce qu'on fait, c'est d'abord des analyses et des projections sur l'évolution de l'état de santé de la population. Ce que les médecins font, au niveau du diagnostic, avec leur stéthoscope, puis les tests de laboratoire et le questionnaire médical, puis leurs connaissances, nous, on le fait, entre autres — pas seulement, mais entre autres — à partir des connaissances sur les banques de données ou les enquêtes qui sont faites. Donc, c'est notre façon à nous de faire un diagnostic mais au niveau des populations. On analyse la distribution des problèmes de santé particuliers pour voir c'est quoi, leur évolution, puis voir aussi c'est quoi, les déterminants de ces problèmes-là. On étudie les problèmes en émergence de telle sorte qu'on est capable d'identifier les problèmes et être capable de, si possible, prévenir, à tout le moins, savoir comment réagir face à des problèmes nouveaux. Si on a des problèmes de pathogènes en émergence ou d'épidémies — puis l'obésité est une épidémie, on doit le reconnaître actuellement, tout le monde le reconnaît — donc, on doit être capables, nous, d'aller plus loin que ça puis de dire pourquoi, où, comment, quelles personnes puis, si possible, quelles causes et comment y remédier. Donc, ça inclut aussi le volet identifier les interventions qui sont les plus efficaces et efficientes. Enfin, développer et valider des indicateurs de santé et des outils d'intervention, ce qui nous est demandé régulièrement tant par le ministère de la Santé que par les régions.

Formation continue. On fait beaucoup d'activités actuellement de formation continue. On sert de milieu de stages, de support à l'enseignement. On organise, je l'ai dit tantôt, des colloques, des symposiums. On participe à la mise à jour des formations de base en santé publique avec les universités. On fait toujours ces liens-là avec les universités. Et on participe à la mise sur pied de programmes de formation continue pour le personnel du réseau de santé publique et, je dois dire, pas seulement du réseau de santé publique, mais aussi du réseau de santé, puisqu'on est impliqué avec le ministère, pour supporter les intervenants, médecins, et autres, sur des problèmes particuliers, que ce soit le VIH ou les maladies transmises sexuellement.

Collaboration internationale. Donc, on procède à l'échange d'information au niveau international. On a des ententes de collaboration — déjà certaines qui sont en opération, d'autres qui sont en développement, notamment avec la France — conventions de partenariat avec des partenaires qui sont non seulement le ministère de la Santé, mais aussi des caisses nationales qui s'occupent des services sociaux — on a toujours le volet santé mais le volet bien-être, qui est important — et avec des organismes de promotion au niveau international. On a l'Observatoire franco-québécois santé et solidarité pour lequel on est un des trois partenaires québécois. Enfin, on participe au Centre collaborateur OMS sur trois domaines pour lesquels les centres sont chez nous: Villes et Villages en santé, santé environnementale et promotion de la sécurité et prévention des traumatismes. ● *(15 h 40)* ●

Donc, il y a quand même pas mal d'activités de collaboration internationale tout en étant conscients que notre mandat est un mandat québécois et qu'il va le rester.

On irait maintenant à l'acétate 20, sur la partie de l'évolution des budgets de l'institut. On vous a donné la récapitulation des budgets à partir de sa création. Vous voyez qu'au début il y a eu très peu, en 1998-1999, de budget. Mais je vais attirer votre attention d'abord sur les activités régulières, qui est la deuxième colonne à partir de la gauche, de ma gauche, oui, de votre gauche aussi. Donc, on a une augmentation du budget régulier qui est notamment due au transfert des ressources par les régions. L'institut a été créé sans nouveau budget; ça, c'est important de comprendre cette chose-là. Ça a été créé à partir des structures existantes au niveau du ministère de la Santé, des directions de santé publique des différentes régions. Et la portion de nouveau budget a été très réduite. Donc, tout ce que vous avez au début, c'est le transfert des organisations comme... L'augmentation que vous avez en 2001-2002, c'est quand le Laboratoire de santé publique a été intégré à l'institut. Donc, c'est ça, les principales choses. Puis, dans les dernières années, donc 2001-2002, 2002-2003, 2003-2004, c'est aussi beaucoup relié au développement de l'infrastructure, des coûts de loyer parce qu'on a développé le Laboratoire de santé publique — on l'a remis à neuf — puis le Centre de toxicologie — mais c'est de la structure. Donc, c'est ça qui explique le principal changement de budget pour les activités régulières.

Par contre, c'est une caractéristique spéciale de l'institut d'avoir beaucoup de financement par des projets spéciaux. Ce n'est pas juste l'institut qui fonctionne comme ça. Je pense que c'est une tendance qu'on retrouve de plus en plus dans les organisations, ce qui nous fait une imputabilité directe pour chacun des projets. On a une gestion par projets, et vous voyez qu'on a passé, en 1999-2000, de 1,6 million progressivement, cette année, à 17 millions de projets spéciaux pour lesquels on tient une comptabilité spéciale par projets. Il y a toujours une vérification comptable par le vérificateur et de l'un et de l'autre, donc on a la même qualité de vérification comptable. Mais ça nous donne une caractéristique spéciale, c'est que l'infrastructure pour laquelle on est payés, elle est toute petite par rapport aux activités réelles de l'institut. L'institut a beaucoup plus d'activités à travers ses projets que l'infrastructure pour laquelle on a été créés. Ça pose des problèmes au niveau des locaux, au niveau de la gestion, au niveau de l'organisation. Donc, là, vous voyez qu'il y a une chose importante à considérer et vous voyez l'augmentation du budget de l'institut, pour lequel n'est pas inclus, dans ce budget-là, 41,8 millions pour l'année 2003-2004, qui dépasse les années d'inspection que vous nous aviez fixées. Mais on pensait que c'était nécessaire de revenir à cette année pour vous donner les chiffres les plus précis possible, qui n'incluent pas les médecins. Il y a une quarantaine de médecins équivalents temps complet qui participent à l'institut pour lesquels ce n'est pas budgété parce que c'est la RAMQ qui a ces budgets-là. Et il y a des budgets de recherche qui sont confiés non pas à l'institut, mais à des professionnels ou des médecins qui sont membres de l'institut pour lequel il y a quelques millions de dollars supplémentaires.

Donc, il y a quand même un niveau d'activité financier qui est important au sein de l'institut. On le retrouve après, dans le diagramme qui s'appelle *Évolution des budgets*, pour laquelle vous voyez une évolution des budgets qui correspond aux chiffres que je viens de vous mentionner. On voit clairement, en rouge, l'augmentation des activités des projets spéciaux et on pense que ça va se maintenir dans le futur, où la portion des projets spéciaux va éventuellement devenir aussi importante que la proportion des activités régulières. Mais inquiétez-vous pas, les projets spéciaux sont traités avec la même vigilance et puis la même qualité que l'organisation régulière de l'institut. Ça fait partie de notre mandat de faire cette chose-là.

L'autre acétate que vous avez s'appelle *Exercice terminé le 31 mars*. Vous avez les exercices financiers 2002, 2003 et 2004 pour lesquels vous retrouvez les dépenses de l'institut... les revenus, excusez-moi — on va arriver aux dépenses tout de suite après — les revenus de l'institut. Et là vous voyez dans le fond le revenu par les différentes sources tant au niveau du gouvernement du Québec, du gouvernement canadien — c'est des revenus pour des projets spéciaux, hein, il faut bien le comprendre; pour le gouvernement canadien, ce n'est pas évidemment un financement de base — les autres subventions qui sont données à l'institut, des ventes de services, notamment les laboratoires. Le Centre de toxicologie a une vente de services puis un peu le Laboratoire de santé publique du Québec; surtout le Centre de toxicologie parce qu'on offre des services au niveau international et qu'on fait des tarifs pour la vente de services au niveau international, notamment pour le service de maintien de la qualité des laboratoires de toxicologie. Enfin, vous avez des amortissements qui sont reportés. Et vous voyez l'augmentation de 2002 à 2004 avec les totaux — je regarde juste la colonne des totaux: de 30 millions à 33 millions à 41 millions cette année.

Il y avait beaucoup de ces activités-là qui étaient déjà présentes au sein du ministère et du réseau, et on aurait tendance à dire que c'est du développement qui se fait avec de l'argent nouveau. Il y a une partie de l'argent qui est nouveau parce que c'est des problèmes qui arrivent qui sont nouveaux, mais il y a une partie de cet argent-là qui était des choses qui étaient faites actuellement dans les régies régionales et dans les établissements pour lesquels les gens disent: C'est mieux d'avoir une organisation d'expertise neutre qui est un peu en dehors du terrain, qui va s'occuper de la gestion de ces activités-là pour donner un caractère scientifique et une espèce de crédibilité extérieure pour ne pas que les gens puissent être en conflit d'intérêts. Donc, il y a une partie que c'est des transferts d'activités.

Le prochain acétate, c'est la répartition des dépenses — on y arrive cette fois — par secteur d'activité pour lequel vous allez voir la partie qui concerne les laboratoires et la partie qui concerne les directions scientifiques autres que laboratoires. Laboratoires, c'est scientifique, là — Jean Joly va me reprendre si je ne le dis pas, puis Normand aussi. Donc, c'est scientifique, les laboratoires.

Mais, ceci dit, il y a d'autres directions scientifiques, et on veut faire le partage entre l'un et l'autre. Les laboratoires sont très importants. Vous avez: sans les médecins. Évidemment, si on rajoute les médecins, ça change un tout petit peu cette balance-là. Ça change de bord la balance au niveau de l'administration générale — le 6,5 % des dépenses — mais, quand on met les médecins dans la balance, ça deviendrait en dessous de 6 % des dépenses qui vont pour l'administration générale. Puis vous avez une proportion à peu près équivalente de 45 %, 46 % tant pour les directions scientifiques dont on a fait mention tantôt — et on va revenir avec l'organigramme — et pour la partie laboratoires.

Les effectifs à l'institut. Actuellement, au 31 mars 2004, il y a 327 personnes qui sont en lien direct avec l'institut, dont 211 qui détiennent un poste à temps complet, cinq qui ont des postes à temps partiel et 111 qui ont des postes temporaires. Évidemment, la structure par projets, qui sont des projets non récurrents, la plupart d'entre eux, implique d'avoir des postes qui sont temporaires, et ça, c'est une contrainte aussi au niveau de la gestion et c'est quelque chose qui peut avoir un impact dans le futur. On a aussi du personnel qui sont en entente d'affectation avec les directions de santé publique de Montréal-Centre et de Québec. C'est comme ça que l'institut a été créé initialement. Vous voyez qu'il y a à peu près 90 médecins et dentistes, tant à Montréal qu'à Québec, pour l'équivalent d'une quarantaine d'équivalents temps complet, là, qui travaillent à l'institut. Et, pour les professionnels, vous avez 66 professionnels pour l'équivalent d'à peu près 27, 28 équivalents à temps complet professionnels.

Je vais mettre un petit méandre ici ou un petit addendum. Compte tenu des difficultés et de la compétition qu'il y avait au niveau de l'affectation de ces ressources-là entre les directions de santé publique concernées et l'institut pour les mêmes ressources, même s'il y a eu des mandats différents et que, à la force des années, la démonstration nous a été faite de façon amplement importante que c'était très problématique, de concert avec le ministre, avec le sous-ministre, le sous-ministre adjoint, l'appareil ministériel au complet, on a décidé de faire une transformation, de continuer de garder des liens actifs avec les directions de santé publique de Montréal puis de Québec, mais que ces gens-là soient rapatriés au sein de l'institut pour qu'on puisse savoir qui travaillait pour qui. Ça posait vraiment un problème d'identité. Je pourrais aller dans le détail si vous avez des questions à ce sujet-là. Mais ça fait que ça change un peu la balance d'activités pour laquelle ces gens-là se rajoutent aux 327 personnes qui sont déjà actives à l'institut. Ça paraît beaucoup. Il ne faut pas oublier qu'il y en a la moitié qui sont au niveau des laboratoires. Les laboratoires, c'est des services directs aux établissements, aussi il faut considérer ça.

Répartition des effectifs. Donc, j'y arrive. La répartition des effectifs pour laquelle vous avez une partie à l'administration générale, vous avez la partie laboratoires — les deux laboratoires, en fait les trois parce qu'il faut inclure le centre de dépistage aussi — et les autres directions scientifiques: en promotion, prévention, en protection et puis du côté de recherche et innovation, surveillance de l'état de santé.

Bon. J'arrive à la fin de la présentation avec un peu de retard. Les éléments qui nous apparaissent critiques pour le bon fonctionnement d'un institut comme le nôtre et des éléments qu'on a déjà discutés avec nos confrères canadiens et au niveau international, mais surtout au niveau canadien, qui sont à utiliser le modèle québécois actuellement pour dire: C'est probablement le modèle qu'on pense qui devrait être récupéré. Personne ne va faire la même chose. Il n'y a personne qui va copier la même chose. Mais les gens l'utilisent comme une base importante. On est les seuls qui ont un institut qui remplit l'ensemble des ces mandats-là.

Une des conditions, c'est d'abord la question de droit de parole, de transparence, d'accès à l'information au public, aux professionnels, donc le droit de publier sans interférence. Ça, c'est important que les gens sachent qu'on ne cache pas d'information, on la rend disponible. Mais ce droit-là est balisé. D'abord, il est lié à l'utilisation puis à la production des connaissances scientifiques. Il ne s'agit pas de faire du lobby; l'Institut de santé publique n'est pas un organisme de lobby et... pas un organisme d'influence. On peut avoir nos opinions. On peut mentionner nos opinions, mais, à chaque fois qu'on mentionne nos opinions, elles doivent être sur une base scientifique, ce qui nous apparaît notre base à nous, notre justification d'être. On doit avoir une utilisation prudente de ces droits-là.

● *(15 h 50)* ●

Une utilisation prudente, c'est d'abord d'informer les personnes concernées par cette information-là de telle sorte que les gens puissent savoir qu'est-ce qui va être sorti, qu'est-ce qui va arriver comme information. Ce n'est pas une oeuvre de déculotter — je m'excuse du mot, là — de rendre des gens dans une situation inconfortable, mais il s'agit cependant d'informer tout le monde de l'information qui va être véhiculée et de la rendre accessible. L'importance du transfert des connaissances est actuellement largement reconnue, et un des mandats de l'institut... Et, de plus en plus, on va avoir des activités de transfert des connaissances. Le transfert des connaissances implique une adaptation de ces connaissances-là pour que les décideurs, pour que la population puissent l'utiliser correctement parce que des fois un langage qui est trop aride devient inutile pour les gens, pour leur utilisation.

Interactions et partenariats. On pense que c'est nécessaire que, dans le domaine comme la santé publique, il y ait un réseautage qui se fasse tant au niveau québécois — on l'a démontré déjà, que c'était déjà le cas — au niveau canadien — on pourra en parler quand on pourra parler de l'Agence canadienne de santé publique et des réseaux de centres d'expertise qui sont en train de se mettre en place — et au niveau international, en collaboration avec l'Organisation panaméricaine de la santé, l'Organisation mondiale de la santé et avec différents pays, dont notamment la France.

Des interactions étroites avec le système de santé et de services sociaux. Pour nous, c'est fondamental que la santé publique reste en lien avec l'organisation des soins et des services. Des crises comme le SRAS démontrent très bien que, si on n'a pas un lien étroit avec l'organisation des soins puis des services, la santé publique, elle ne sera pas capable d'être effective, de rendre ses messages.

Enfin, les partenariats avec les universités puis les groupes de recherche pour lesquels c'est un des mandats principaux. Et certainement on ne va pas développer ça en catimini puis dans notre coin.

Enfin. Des productions qui sont utiles: il ne s'agit pas de faire des productions qui correspondent seulement aux intérêts des chercheurs mais bien des productions qui sont concrètes, qui sont en fonction des priorités actuelles; et ça, c'est une chose qui doit être maintenue de façon régulière, qui va nous amener à avoir une large gamme d'activités pour répondre à l'évolution des demandes de soutien, tant au niveau social qu'au niveau de la santé; et la capacité de faire face à des situations d'urgence par des demandes, qui peuvent nous arriver, massives d'assistance — quand on parle de VNO, il a fallu mobiliser beaucoup d'activités de l'institut pour faire face au développement de la capacité pour répondre au virus du Nil occidental au Québec, donc l'institut est vraiment le centre de référence pour le ministère et puis les régions, concernant le virus du Nil, par exemple; des réseaux de communication — en cas d'urgence, les réseaux de communication, c'est fondamental; vous savez que ce que les gens ne savent pas ou ne comprennent pas, ils utilisent toutes sortes de sources d'information alternatives, donc, c'est vraiment important qu'on joue notre rôle de communication; les questions de ressources pour les examens de laboratoire — même chose: être capable d'adapter les demandes ou d'adapter les nouveaux services; la préparation de plans d'urgence qu'on fait actuellement, notamment avec le ministère de la Santé, les mêmes liens avec la sécurité civile.

Enfin, un solide noyau de ressources humaines et financières. Je suis au dernier acétate ou l'avant-dernier. Je pense que vous avez aussi l'organigramme de l'institut. Donc, les expertises pour aborder les nouvelles problématiques qui sont continuellement en changement; les expertises pour aborder différents problèmes qui sont déjà connus mais pour lesquels il y a une évolution — puis c'est des groupes qui sont plus vulnérables que d'autres, notamment; recrutement puis formation de personnes dédiées, parce que c'est toujours un problème d'avoir des gens qui sont très compétents, de les garder mais de les garder à jour; enfin la marge de manoeuvre pour démarrer les projets, participer à différentes initiatives, parce qu'on doit anticiper le futur, donc on ne peut pas juste regarder ce qui se fait actuellement.

Un dernier acétate, M. le Président. Vous avez un organigramme qu'on vous dépose: l'Institut de santé publique, son lien avec le ministre de la Santé; le conseil d'administration évidemment; la direction générale; la direction de la planification, recherche, innovation; les directions de soutien, notamment le secrétariat général des communications, les ressources financières et matérielles, les ressources humaines. Puis vous avez les directions qui sont plus de services directs, donc développement des individus, systèmes de soins et services — Pierre Bergeron ne pouvait pas être ici aujourd'hui, il est à Montréal — risques biologiques, toxicologie humaine et Laboratoire de santé publique avec les différentes composantes.

Je m'excuse d'avoir été trop long, M. le Président. Il y avait beaucoup de matériel. Et on en a profité pour faire un quatrième volet qui était la présentation du plan stratégique de l'institut aussi.

Discussion générale

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup, Dr Massé, de votre présentation très complète. Alors, je procède immédiatement aux échanges avec les parlementaires. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, c'est une occasion, là, qui nous réjouit que celle d'échanger avec vous, Dr Massé, et avec les personnes qui vous accompagnent. Alors, c'était une très bonne présentation, très intéressante présentation, et je crois que le président va certainement avoir l'occasion de vous le redire. Mais je crois que c'est très apprécié par les membres de la Commission des affaires sociales.

Alors, bon, évidemment, il y a plusieurs sujets, là, sur lesquels j'aimerais qu'on puisse échanger cet après-midi et profiter de votre présence pour éclairer en fait les membres de la commission mais aussi — éclairer, on le dit modestement — par le biais des travaux de la commission parlementaire, la population elle-même, les personnes qui nous écoutent, celles qui font écho aux travaux que l'on mène, là, des interventions que fait l'institut.

État de la situation en matière d'infections nosocomiales

Alors, entre autres sujets, évidemment il y a celui qui a suscité énormément d'émissions de télévision, de publications récentes. Je fais référence aux infections nosocomiales, donc les maladies attrapées à l'hôpital. Vous vous rappelez peut-être le titre de la deuxième émission d'*Enjeux*, à Radio-Canada, qui s'intitulait, je pense, *L'hôpital qui tue*, ou quelque chose de ce genre-là, là. C'était rien de moins en fait qu'une présentation assez dramatique qui faisait écho à diverses études qui avaient été récemment réalisées, étant donné que c'est une situation qui a une dimension internationale, bien évidemment, là — puis on n'a pas de monopole en ces matières. Mais on faisait état d'infections qui résistaient, là, sans doute à cause aussi des — je n'en prends jamais, moi, j'essaie de...

Une voix: Les antibiotiques.

Mme Harel: Les antibiotiques, oui. C'est comme si j'avais écarté ça de toute réalité familiale et personnelle. Bon, je n'ai pas de mérite, là, hein; j'imagine que, s'il fallait en prendre, si c'était nécessaire de le faire, je le ferais, puis ma famille le ferait aussi.

Mais j'aimerais bien vous entendre là-dessus. On parle de 3 000 décès — vous avez sans doute vu également et lu toutes ces publications — 3 000 décès au Québec. C'est l'émission *Enjeux* qui rapportait cette situation. Alors, j'aimerais vous entendre là-dessus. Est-ce que cela vous semble aussi important que ce qu'en disent les médias présentement? Cette infection qui porte un nom particulier, là, Clostridium difficile, n'est-ce pas, est-ce que cette infection peut être résorbée? Est-ce que les mesures mises en place sont suffisantes? Le dépistage se fait-il adéquatement? Une fois le dépistage fait, est-ce que l'isolement des personnes atteintes est adéquat? Est-ce que la formation du personnel est compatible avec l'ampleur de la situation? Est-ce qu'il doit y avoir une sensibilisation du grand public autre que celle de dramatiser la situation? Le Danemark, les pays scandinaves — en particulier le Danemark, mais il paraît que la Suède, la Norvège aussi — les Pays-Bas ont adopté des mesures qui leur permettraient non pas d'éradiquer mais en tout cas de contrôler la situation. Alors, j'aimerais ça vous entendre là-dessus.

M. Massé (Richard): Oui. C'est une vaste question. Je vais commencer et j'ai deux experts avec moi qui pourront peut-être compléter ou amener des détails techniques. Le Dr Dionne puis le Dr Joly connaissent très bien cette chose-là. Donc, s'il y a quelque chose, ils pourront compléter.

D'abord, pour dire que c'est un problème qui est effectivement important, très important, qui n'est pas nouveau, qui est présent depuis longtemps, un problème par contre qui est en augmentation pour ce qui est de la résistance aux antibiotiques notamment à cause de l'usage large de ces antibiotiques-là non seulement chez les humains, mais aussi, malheureusement, bon, dans d'autres espèces animales. On sait qu'il y a eu un impact sur le développement des résistances à des antibiotiques.

Ce phénomène-là a été étudié au cours des 20 dernières années beaucoup, en Europe, aux États-Unis, au Québec aussi. Et il y a plusieurs activités qui ont été développées pour être capable de les contrôler,

de les limiter. De penser qu'il n'y en aura plus, non, ce n'est pas quelque chose qu'il n'y aura plus. Mais on sait que, par des programmes de prévention efficaces, on peut réduire jusqu'à 30 % le nombre d'infections nosocomiales. C'est ce que les Américains nous ont bien démontré et les pistes vers lesquelles on s'oriente.

● *(16 heures)* ●

Quand on parle d'infections nosocomiales, on ne parle pas seulement cependant d'infections multirésistantes aux antibiotiques, on parle beaucoup aussi d'infections chez des patients qui sont très vulnérables — postchirurgies — des patients qui ont eu des traitements pour le cancer, des traitements pour toutes sortes de maladies, qui font que leur maladie initiale les rend vulnérables à toutes sortes de problèmes, et les interventions chirurgicales, où les cathéters sont de multiples portes d'entrée pour des foyers d'infection. Donc, c'est impossible d'empêcher tout, mais il y a une partie effectivement qu'on peut limiter, qu'on peut contrôler.

Est-ce qu'au Québec on fait assez avec ce problème-là, compte tenu qu'on sait qu'on peut le réduire? D'abord, dire que c'est la responsabilité des établissements de voir à la fois à la surveillance et au contrôle des infections nosocomiales au Québec. Chacun des établissements doit le faire. Plusieurs le font très bien. Malheureusement, plusieurs ne le font pas assez. Et, là-dessus, il y a eu une sensibilisation importante qui a été faite par le ministère de la Santé, l'Association des microbiologistes du Québec, le Laboratoire de santé publique — je vais lire tantôt qu'est-ce qu'on fait, nous, comme institut de santé publique, par rapport à ça — pour informer d'abord les gens sur l'importance du problème et le fait de ne pas baisser les bras devant cette chose-là. La tendance des gens, c'est de dire: On ne peut pas rien y faire; de toute façon, c'est un fait qui existe, et on va vivre avec.

Et je pense que d'abord il faut résister à cette chose-là, dire: Non, il y a des choses qui peuvent, qui doivent être faites pour limiter le contrôle. Dans les choses qui doivent être faites, c'est d'abord d'avoir un système qui nous permet de suivre cette situation-là, pour la connaître, dans chacun des établissements et au niveau provincial. Une des choses que le Laboratoire de santé publique a faite avec la Direction des risques biologiques, le Dr Dionne, c'est de développer un système de contrôle notamment des infections multirésistantes mais aussi maintenant de plus en plus pour les infections nosocomiales comme telles, par exemple les septicémies postchirurgicales, pour qu'on puisse connaître l'ampleur du problème. Il y a un logiciel qui a été développé, qui est en validation, qui va aider chacun des établissements à connaître la situation. Ça, c'est la base numéro un.

La deuxième chose qu'on a besoin, c'est d'avoir des gens qui vont intervenir dans chacun des établissements pour non seulement suivre la situation, mais intervenir et prévenir, donc s'assurer que toutes les mesures de contrôle pour prévenir la transmission, les mesures d'isolement... Des fois, il faut prendre les gens qui sont contagieux puis les mettre en isolation. Des fois, il faut même isoler une section de l'établissement pour éviter que ça contamine d'autres personnes. Donc, il y a des mesures qui peuvent être drastiques, des fois. On se souvient de l'entérocoque résistant à la vancomycine pour lequel on a eu des épisodes au Québec, là. Il a fallu faire des isolations massives, même d'établissements au complet dans certains cas. Donc ça, il faut avoir quelqu'un qui s'occupe de ça — je vais l'appeler comme ça: des chiens de garde — pour la prévention des infections nosocomiales.

Et c'est une des faiblesses — c'est mon opinion — une des faiblesses qu'on a eue, c'est, malheureusement, de couper ou de transmettre trop de responsabilités à ces gens-là, de diverses natures, de telle sorte qu'on n'a probablement pas investi suffisamment pour que ces infirmières responsables des infections nosocomiales puissent jouer leur rôle efficacement. Et, comme c'était chacun des établissements qui était responsable, certains l'ont fait de façon excellente, d'autres l'ont fait de façon moins importante. Actuellement, il y a des lignes directrices qui ont été transmises au réseau de la santé pour s'assurer que tout le monde va rejoindre une norme, d'abord les établissements universitaires et éventuellement tous les établissements. Et ça, on pense que c'est une mesure qui est essentielle.

Associée à cette chose-là, il y a la question de formation. Parce que, vous l'avez mentionné tantôt, les pathogènes, par exemple comme le Clostridium difficile, qui est un pathogène qui est présent, qui était connu avant, pour lequel on a plus de problèmes actuellement, mais qui n'était pas... Ce n'est pas une affaire qui est nouvelle, c'est une affaire qui était déjà là antérieurement. Et il y a des choses qui peuvent être faites pour réduire la transmission non seulement en milieu hospitalier, mais aussi on s'est rendu compte que c'était en milieu extrahospitalier. Les gens étant hospitalisés sur de très courtes périodes développent actuellement leurs infections nosocomiales soit chez eux ou dans les centres d'hébergement ou de transition, et donc, là, il faut non seulement penser hôpitaux, mais il faut penser plus largement que les hôpitaux. Donc, une question de formation pour que ces gens-là soient capables vraiment d'être efficaces dans leur rôle.

Enfin, toute une question de réseautage avec les médecins microbiologiques, les infirmières en prévention des infections, les logiciels pour suivre ça et des lignes directrices qui pourraient être remises aux gens pour les principaux problèmes, les principaux pathogènes. Au Québec, on a développé déjà des lignes directrices pour ce qui concerne l'entérocoque résistant à la vancomycine, le staphylocoque résistant à la méticilline. Clostridium difficile; on n'a pas encore défini des lignes directrices, mais je pense que c'est quelque chose sur lequel il va falloir se pencher activement. Mais vous en avez toute une autre série pour laquelle on suit activement, au Laboratoire de santé publique, le développement des multiples résistances. Mais, comme je vous dis, c'est juste un volet des infections nosocomiales.

J'essaie de ne pas trop en mettre trop, Mme Harel, mais peut-être que Dr Joly et Dr Dionne auront des commentaires supplémentaires, puis qui sont impliqués très directement dans cette chose-là — peut-être venir ici, s'il vous plaît. On a un microbiologiste qui s'est joint avec nous, avec l'équipe du Dr Dionne, qui a une expertise en infections nosocomiales et qui va travailler là-dessus de façon très directe. Et on est en train d'embaucher une personne aussi pour développer le système de surveillance. Donc, à l'institut, actuellement

on développe cette chose-là de façon active, compte tenu de l'ampleur de la problématique.

M. Joly (Jean): Je pense que la première responsabilité qu'on a, c'est d'identifier l'ampleur du problème. Par la suite, une fois l'ampleur du problème identifiée puis les agents particuliers qui causent les infections, bien on va attaquer les causes les plus fréquentes d'infections nosocomiales. Le problème, c'est que le Clostridium difficile nous a été... en fait m'a été signalé il y a environ trois à six mois par un collègue microbiologiste dans un centre hospitalier. À partir de ce moment-là, on en a discuté avec Marc Dionne. On l'a rapidement établi comme étant une priorité.

On est en train de développer le logiciel de surveillance pour cette bactérie-là, en particulier. Mais chaque bactérie, chaque infection, chaque type d'infection nécessitent une surveillance qui est différente de l'autre, ce qui implique un questionnaire plus spécialisé pour cette infection-ci que celle-là. Puis, si c'est une infection respiratoire, bien, naturellement, on va s'orienter vers des questions qui ont trait à l'arbre respiratoire. Si c'est des infections entériques, comme dans le cas du Clostridium difficile, bien on va s'orienter vers un autre type de questionnaire. Mais ça, c'est un processus qui est en cours actuellement.

L'autre chose qui est intéressante avec l'établissement d'un tel logiciel, c'est des comparaisons interétablissements. Les comparaisons interétablissements vont être extrêmement intéressantes mais doivent absolument demeurer confidentielles. Si on se retrouve à mettre sur la sellette tel ou tel établissement, bien ce qui va arriver dans la semaine qui va suivre, c'est que le nombre de déclarations va diminuer. Alors, ça a été une situation qui s'est faite en Angleterre, où on a développé ce type de logiciel là pour lequel on a rendu une visite, Marc Dionne et moi-même, il y a deux ans puis sur lequel on travaille depuis pour le mettre sur pied au Québec. Et la difficulté qu'ils ont actuellement en Angleterre, c'est que le Parlement anglais, dès que le rapport sort, ils veulent savoir qui est l'hôpital qui est en dehors de la limite. Et naturellement on doit préserver cette information-là de nature confidentielle, sinon on n'aura pas l'information. C'est fait sur une base volontaire, ça, actuellement.

Mme Harel: Ce n'est pas une déclaration obligatoire?

M. Massé (Richard): Il y en a certaines qui sont des maladies à déclaration obligatoire, d'autres ne le sont pas. Donc, ça dépend un peu, là, de l'ampleur du problème. On peut qualifier, par exemple, le SRAS d'une infection pour laquelle il y a une composante nosocomiale importante. On l'a vu, là; le nombre d'intervenants de la santé, médecins, et infirmières, et autres intervenants qui ont été contaminés dans la région de Toronto. Et, au Québec, c'est une maladie à déclaration obligatoire. On a les deux, là.

Mise à jour du registre des maladies à déclaration obligatoire

Mme Harel: Est-ce qu'il faudrait mettre à jour les registres de maladies à déclaration obligatoire?

M. Massé (Richard): Bien, avec la révision de la Loi sur la santé publique, il y a eu une révision des règlements. Dans les règlements, il y avait une section qui concernait les maladies à déclaration obligatoire. Elles ont toutes été revues et adoptées dans les derniers mois. Donc, on a la chance d'avoir une révision très, très à jour des maladies à déclaration obligatoire. Mais le processus étant quelque chose de continu, on peut le faire rapidement. Si jamais il y avait un problème qui émergeait, on a même prévu de pouvoir, dans les 48 heures, demander de l'information auprès des établissements, pour l'obtenir, en attendant de formaliser le processus, que le ministre puisse formaliser le processus selon les normes reconnues par l'Assemblée nationale. Donc, cette chose-là est bien en place, Mme Harel.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que le Clostridium difficile est sur la liste de...

M. Massé (Richard): Pas à ma connaissance.

Une voix: Non, il n'est pas sur la liste.

Le Président (M. Copeman): Compte tenu des événements récents, est-ce qu'on prévoit le mettre sur la liste, parce que, comme Mme la députée l'a indiqué, nous, les parlementaires, parfois on fait face à ce qui paraît comme une crise majeure? Nous, on se fie en partie sur les médias, hein? La manchette dans la *Gazette* de ce matin est assez inquiétante; on parle de «superbug». En tout cas, je ne sais pas; parfois nos amis dans les médias ont tendance à exagérer. Mais les mécanismes sont là pour faire face à ces types de situations, j'imagine.

M. Massé (Richard): Oui, mais il y a des critères. En fait, ce qu'on retrouve dans les règlements, l'application de la Loi sur la santé publique, c'est une série de critères pour qu'une maladie puisse être reconnue à déclaration obligatoire, qui concernent non seulement l'importance du problème mais aussi la capacité de pouvoir intervenir efficacement puis à savoir c'est quoi, la meilleure source d'information pour les identifier. Ça fait que, dans certains cas, le fait d'être une maladie à déclaration obligatoire est un facteur contributif; dans d'autres cas, ce n'est peut-être pas essentiel que ce soit une maladie à déclaration obligatoire, en autant qu'on ait une collaboration adéquate des laboratoires avec le Laboratoire de santé publique pour être capable de le suivre.

● *(16 h 10)* ●

Dans le cas qui nous intéresse, le fait d'avoir un logiciel qui va nous permettre de suivre l'infection, avec la collaboration des établissements, va nous amener à pouvoir dire: Est-ce qu'on devrait ou on ne devrait pas la mettre comme une maladie à déclaration obligatoire, parce qu'on ne veut pas se retrouver avec une liste énorme? Plus on va mettre de maladies à déclaration obligatoire, moins les gens vont bien déclarer parce que ça va devenir une formalité très, très lourde. Donc, probablement qu'un système de surveillance, dans un premier temps, va nous donner l'information qu'on a besoin. Et après on pourra juger la pertinence de voir si ça devrait devenir ou non une maladie à déclaration obligatoire.

Rapports entre l'INSPQ et l'Association médicale canadienne

Mme Harel: Je ne sais pas si vous avez lu l'article paru dans le journal de l'Association médicale canadienne sur cette question, là, du Clostridium, là, difficile. En fait, ça me semble avoir un aspect très scientifique, là. Je ne sais pas si toutes les publications du journal de l'Association médicale canadienne doivent être considérées comme étant valides...

M. Massé (Richard): C'est des publications scientifiques. Il y a des éditoriaux puis il y a des publications scientifiques, oui.

Mme Harel: ...valables, c'est ça. Mais en fait, eux, ils font valoir... C'est une recherche en fait, hein? Puis c'est peut-être la dernière question, là, avant qu'on alterne, mais quels sont vos liens avec l'Agence canadienne? Elle est déjà mise en place? Avec l'Association médicale canadienne, est-ce que les chercheurs collaborent ou enfin communiquent?

M. Massé (Richard): Oui. Bon. L'Association médicale canadienne est d'abord un regroupement de médecins pour lequel les médecins du Québec contribuent. Et c'est une contribution volontaire; chacun peut adhérer ou non à l'Association médicale canadienne. L'Association médicale canadienne aussi a une revue scientifique, dont vous venez de faire mention tantôt, et les gens la reçoivent. Les gens l'ont chez nous. Ils la consultent. Moi, je n'ai pas vu cet article-là dont vous parlez, comme tel, mais les publications sont de nature scientifique, essentiellement. Généralement, ce sont des études, des rapports, et il y a un volet opinions à travers les éditoriaux qui sont mis dedans.

Donc, oui, on est en lien avec ça à travers ces publications-là et on suit ces publications-là.

Pour ce qui est de l'agence, là, c'est une chose vraiment différente, l'Association médicale étant un regroupement volontaire de médecins, d'experts, et le journal étant son journal de publications scientifiques. Mais l'Agence canadienne, c'est une autre chose dont je vais vous parler tout de suite, à moins que Dr Dionne ou Dr Joly ait quelque chose à dire sur l'Association médicale canadienne. Non? Donc, j'irais sur l'agence?

Infections à la bactérie Clostridium difficile

Mme Harel: On parle même de pandémie, hein, parce qu'ils disent que c'est même plus important que le SRAS. Ça a tué plus de monde à Montréal que le SRAS à Toronto.

M. Massé (Richard): Oui. Mais c'est tout à fait exact que les infections nosocomiales, c'est un problème qui est important, là. Quand il arrive un pathogène qui arrive nouveau comme le SRAS, avec un potentiel épidémique qui est significatif, il y a une attention médiatique très, très grande qui y est donnée de telle sorte qu'on a l'impression que c'est la bibite du jour. Cependant, il ne faut pas occulter l'ensemble des autres problèmes pour lequel on est confronté sur une base régulière, qui tuent beaucoup plus, donc les infections nosocomiales étant une de celles-là.

Mais là je vais vous amener sur un autre sujet complètement. Si on regardait l'obésité, si on regardait le diabète, on se rendrait compte que, même par rapport aux maladies infectieuses, on a une épidémie là qui tue beaucoup — beaucoup — plus de personnes, pour laquelle on pourrait aussi intervenir de façon préventive. Donc, vous avez tout à fait raison; il y a d'autres pathogènes que des fois on laisse dans l'obscurité et puis pour lesquels on doit avoir une activité.

Et je pense que les gens maintenant réalisent beaucoup plus le fait qu'on doit s'occuper des infections nosocomiales, que, le phénomène des infections Clostridium difficile, elles sont mis en exergue actuellement parce qu'on les voit plus. Est-ce qu'il y en a plus? Je vais vous avouer, je pense que c'est difficile. Dr Joly vous disait qu'il y a six mois il a été alerté de ça. Moi, je dois vous dire qu'il y a presque 10 ans, quand j'étais à Montréal, à la direction de santé publique de l'Hôpital général de Montréal, j'ai été alerté d'un phénomène qui se passait dans toute la région de Verdun — peut-être que M. Marsan était... je ne sais pas si vous étiez à Montréal dans ce temps-là — à l'Hôpital du Sacré-Coeur. Mais déjà c'était un problème qui était connu, pour lequel on savait qu'il y avait une éclosion.

Donc, il y a des pics sporadiques. Est-ce qu'il s'agit d'un «superbug»? Est-ce qu'il s'agit d'un phénomène pour lequel la transmission est mal contrôlée pour d'autres raisons? Je pense qu'à ce stade-ci on doit plutôt parler d'hypothèse que de parler d'une réponse ferme à ce sujet-là. Ce qui est certain, c'est qu'on doit les suivre et prendre des mesures préventives pour éviter que cette chose-là prenne de l'ampleur, et même la réduire. Vous savez, là-dessus, on vous suit complètement.

Le Président (M. Copeman): Juste pour terminer là-dessus, Dr Massé. J'apprécie beaucoup vos commentaires, parce qu'évidemment, dans ma communauté, la *Gazette* reçoit une attention particulière — c'est sûr qu'on lit *La Presse*, *Le Devoir*, *Le Journal de Montréal* également. Mais, quand on met, sur la page 1, la une de la *Gazette*: *Superbug overtakes hospitals* puis — juste le premier paragraphe, là: «A deadly outbreak», «highly virulent strain», bien là, moi, comme profane, je commence à être nerveux un peu, franchement. «A deadly outbreak of [...] highly virulent strain of [...] common intestinal bug hit Montreal hospitals, killing at least...» En tout cas, il en met beaucoup, là.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Je comprends.

M. Massé (Richard): Écoutez, on ne veut pas minimiser l'ampleur de la situation. Comme je vous dis, nous, on s'y adresse particulièrement, mais on veut relativiser cette chose-là par rapport à l'ensemble des autres pathogènes qui existent. Et puis je dois vous dire que la connaissance qu'on a de ce phénomène-là est une connaissance qui est toute relative. Il y a eu des études qui ont été faites, mais, comme on n'a pas un système de surveillance qui nous permet de suivre cette chose-là, c'est très difficile de vous dire exactement le nombre

d'infections à Clostridium difficile qui a eu lieu cette année, l'an passé, l'année d'avant. Évidemment, on doit écouter ce que les cliniciens puis les hôpitaux nous disent, qu'ils en voient beaucoup plus et que c'est un problème qui est majeur. Ça, on doit écouter ça. Ce n'est pas quelque chose qu'on peut passer à la légère.

Ceci dit, je pense qu'on a une responsabilité de le suivre, ils ont une responsabilité de prendre les mesures de contrôle. C'est des maladies entériques, des maladies qui suivent l'utilisation d'antibiotiques. Il faut comprendre ça aussi. C'est suite à l'utilisation d'antibiotiques. Et là il y a toute la question de la prescription adéquate des antibiotiques pour faire face à ces choses-là, qui est une chose importante.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Merci, M. le Président. D'abord, remercier chaleureusement nos invités. Dr Massé, vous êtes quelqu'un qu'on connaît depuis fort longtemps, surtout de réputation. C'est très apprécié de vous voir avec une équipe extrêmement et hautement compétente aujourd'hui.

Et je ne peux m'empêcher de dire: Que de chemin parcouru! On avait commencé il y a plusieurs années — je ne voudrais pas qu'on parle d'âge par exemple — mais il y a eu des unités sanitaires, des laboratoires provinciaux de poison, je pense, ou d'autres noms. Il y a eu les premiers balbutiements des départements de santé communautaire. Et je pense que vous étiez impliqué, et, en plus de toutes vos tâches habituelles au Département de santé communautaire, vous faisiez oeuvre de pédagogue et de professeur pour plusieurs administrateurs qui ne connaissaient pas bien cette partie de la santé, vraiment. Après ça, on a eu les... Et ça, c'est avec tous les gouvernements, hein? Vous autres, vous n'avez jamais fait de partisanerie — je pense qu'on peut vous le reconnaître — et ça a toujours été très apprécié. C'est peut-être pour ça aussi que vous avez pu bâtir ce que vous avez aujourd'hui.

Alors, après les départements de santé communautaires, on a eu les directions régionales, et, plus récemment, en 1998, c'était le P.D.G. de l'Institut national de santé publique. Il reste beaucoup à faire, et je pense que vous en avez convenu avec nous. Mais je ne peux m'empêcher de vous féliciter et de vous dire, là, jusqu'à quel point ce que vous faites est tellement important pour toutes les Québécoises et tous les Québécois.

Développement des outils d'intervention et des indicateurs de santé

Et, peut-être pour enchaîner, même si on se tourne vers l'avenir, une chose qui m'intéresse toujours dans le domaine de la santé publique, ce sont vos indicateurs de santé. On peut en avoir plusieurs, ou tout de suite ce qui nous vient à l'esprit peut-être, ça peut être l'espérance de vie. Mais l'espérance de vie, ce n'est pas nécessairement le meilleur indicateur. Lorsqu'on finit la vie, bien je pense que, sur la fin en tout cas, il commence à y avoir des difficultés. Vos outils d'intervention aussi seraient sûrement à connaître de notre part. Alors, j'aimerais ça vous entendre sur ces deux questions-là, s'il vous plaît.

M. Massé (Richard): O.K. Vous avez raison: la question de la connaissance de l'état de santé et puis des déterminants, c'est une chose qui est tout à fait fondamentale. Tantôt, j'ai parlé d'outils diagnostiques de la santé publique pour qu'on sache les causes des problèmes et pouvoir les adresser. On a eu une entente avec le ministère de la Santé, l'été dernier, pour développer un système de surveillance — ce qui était prévu dans la Loi sur la santé publique — les plans de surveillance nationaux, hein? Ces plans de surveillance là, il y a toute une série d'indicateurs qui sont proposés, qui ont été entendus par toutes les régions du Québec et pour lesquels on a travaillé activement à les développer.

Donc, toute la série des indicateurs, avec les banques de données, une des difficultés qu'on avait, c'est qu'on peut définir les indicateurs, mais ils sont bons en autant que les banques sont accessibles, que les banques sont complètes et qu'elles sont compatibles les unes avec les autres. On n'a pas une source d'information actuellement qu'on peut dire qui sert comme la source d'information. De plus en plus, on est obligé de faire des jumelages de banques de données tant au niveau de la mortalité, de la morbidité, des incapacités — vous avez parlé des problèmes en fin de vie des gens, le problème des incapacités qui surviennent chez les gens — donc être capable d'utiliser ces sources d'information là et parfois des banques d'informations complémentaires qui nous permettent de mieux connaître les problèmes qu'on voit. Par exemple, quand on traite, en ambulatoire, des gens, bien le Med-Écho, qu'on utilisait au niveau hospitalier, maintenant est incomplet. On est obligé d'utiliser des banques pour les gens qui ont des services en milieu ambulatoire.

● *(16 h 20)* ●

Donc, une des choses qu'on a, c'est d'abord de s'entendre sur les indicateurs, s'entendre pour que ces indicateurs-là ne soient pas seulement bons au niveau du Québec, mais qu'ils nous permettent de nous comparer au niveau canadien, au niveau international. Et ça, ce n'est pas toujours évident. Il y a toujours des gens, des batailles les uns pour les autres. Déjà, au niveau du Québec, il y a une entente très claire, ce qui n'était pas présent il y a 15 ans ou il y a 20 ans; les gens surveillaient, chacun développait son système de surveillance. Maintenant, on a une entente générale pour que tous les intervenants utilisent les mêmes indicateurs de données. Et on a aussi, au niveau canadien, le même genre de système de référence et on développe ces indicateurs-là qui sont plus complexes parce que c'est des indicateurs qui utilisent des croisements de banques de données — par exemple, on le fait actuellement pour le diabète, on le fait actuellement pour les maladies cardiovasculaires — où est-ce qu'on introduit des choses comme le fardeau de la maladie, on introduit les incapacités évidemment et ce qui nous permet de mieux connaître les problèmes et leurs déterminants.

Donc, c'est quelque chose qui se raffine. On le fait pour le ministère de la Santé, au profit des régions, et de plus en plus on tend à se comparer.

Un exemple de choses qu'on a faites au niveau des indicateurs, c'est Éco-Santé. Vous n'avez peut-être

pas vu passer ça parce que c'est plutôt technique. Mais, grâce à la collaboration avec la France, où eux avaient déjà un système de surveillance informatisé, on a développé, sur un logiciel, toute la série des indicateurs qui comprenaient le registre des mortalités et morbidités au Québec et pour lequel on a à peu près 120 indicateurs différents qui sont répertoriés dedans. Et ce fichier électronique là fait que les gens peuvent aller non seulement chercher des données, mais aussi une représentation graphique pour les aider à bien visualiser la situation par territoire, jusqu'à des territoires de CLSC, avec des limitations cependant parce que des fois les données sont trop petites; il faut les agréger pour ne pas qu'on se retrouve avec des problèmes de confidentialité.

Donc ça, c'est quelque chose qu'on fait. On le fait activement. Je pense que ça a été bien apprécié. Mais on continue de développer Éco-Santé, on l'a fait en 2002, on l'a fait en 2003. Il va l'avoir en 2004, une mise à jour annuelle. Et on voudrait développer, dans les prochaines années, une compatibilité avec les données de l'OCDE. Le Dr Joly a référé à cette chose-là tantôt, la notion, là, d'être capable de voir par rapport aux autres. L'intérêt de se comparer aux autres provinces canadiennes mais aux autres pays aussi nous permet de voir là où est-ce qu'on a des problèmes, où est-ce qu'on est meilleur. C'est pourquoi est-ce qu'on fait ce genre de choses là. Donc ça, c'est une chose qu'on développe actuellement de façon importante.

Pour ce qui est des interventions de santé — deuxième bout de votre question, les stratégies de santé — on travaille beaucoup actuellement pour développer le programme de santé publique. Vous avez vu le programme qui a été rendu public, qui est sur 10 ans. C'est un programme qui va jusqu'en 2013, 2003 à 2013... 2003 à 2012, je m'excuse, là, mais sur 10 ans. Et une des responsabilités de l'institut, c'est de voir c'est quoi, les interventions qui sont efficaces.

Par exemple, c'est facile de dire — et on a dit antérieurement: Bien, si on informe les gens sur leurs habitudes de vie, les gens vont être capables de prendre action puis de contrôler leurs habitudes de vie par eux autres mêmes, et c'est leur responsabilité. Il a été bien démontré depuis 20 ans que, oui — et c'est tout à fait exact, puis c'est nécessaire — les gens doivent être informés, les gens ont une responsabilité. Mais, au-delà de ça, si leurs environnements familial, social, scolaire, milieu de travail ne sont pas des milieux qui sont favorisant pour la santé, on ne pourra jamais changer la santé. Essentiellement, l'influence du milieu, l'influence des systèmes autour des personnes est majeure dans les décisions qu'ils prennent tout au long de leur vie, de leur petite enfance jusqu'à l'âge vieillissant, jusqu'aux personnes âgées. Et on doit donc travailler et sur les facteurs individuels et sur les facteurs collectifs. Et ça, ça fait partie des choses qu'on a développées au cours des dernières années, là — puis je parle de façon générale — tant au niveau des risques biologiques — c'est vrai aussi — que de tous les problèmes de développement des individus, des communautés. Et ça, c'est une chose qu'on fait au profit du programme national de santé publique. C'est notre plateforme. Au profit du programme national, on évalue c'est quoi, les interventions qui sont efficaces. De plus en plus, par rapport aux maladies chroniques, maintenant les gens réalisent bien que les maladies infectieuses sont présentes — on en parlait tantôt, c'est un problème majeur — mais que le problème des maladies chroniques avec le vieillissement de la population est une chose à laquelle on doit faire face. Si on n'est pas capable d'adresser la question des maladies chroniques, on ne sera jamais capable.

Et on ne peut pas adresser les maladies chroniques qui sont liées à des déterminants comme l'activité physique, le tabagisme, la sédentarité, puis, bon, tout ce qui va avec les problèmes psychosociaux, la violence, etc. Si on n'est pas capable d'adresser ces questions-là, le fardeau sur le système de santé va continuer d'être avec une augmentation importante. Or, on sait qu'on est capable d'améliorer l'état de santé, même l'état de santé des personnes âgées, limiter leur consommation de médicaments, limiter leur consommation de services cliniques. Par contre, ça veut dire qu'il doit y avoir un investissement en amont pour faire cette chose-là — puis en amont qui commence chez les tout-petits — mais qui va jusque chez les personnes âgées. Et c'est le genre de choses qu'on fait à l'Institut de santé publique. On n'a pas la responsabilité d'intervenir directement. On n'est pas ceux qui vont arriver puis mettre un programme de lutte contre le tabagisme en place. C'est le ministère de la Santé avec les régions.

Par contre, le ministère nous a demandé de développer une équipe de recherche, de support pour savoir comment intervenir de façon efficace pour réduire le problème de tabagisme au Québec notamment chez les jeunes, pour lequel on a beaucoup d'activités au Québec. On a des succès importants au niveau du tabagisme. On a demandé à l'institut de développer ce genre de programme là. Donc, il y en a beaucoup, là. Je prends un exemple, mais on a 200 projets différents. Donc, il y en a beaucoup, là. Je ne sais pas si ça répond bien à votre question. C'est une question qui était large.

État de santé de la population québécoise

M. Marsan: Oui, oui. Et, si je vous demande, toujours dans une autre question large: À la lumière des connaissances que vous avez sur les indicateurs de santé des Québécoises, des Québécois, est-ce que vous pouvez nous dire si notre population est bien en santé ou modérément en santé si on se compare avec les autres provinces canadiennes ou avec les États américains?

M. Massé (Richard): Ça, c'est une question à 100 000 $. Ce qu'on peut dire — ça va être une opinion; ce n'est pas une opinion qui va être trop scientifique, mais il y a un bout qui va être scientifique — ce qu'on sait, c'est que l'espérance en bonne santé des gens, donc sans incapacité, et l'espérance de vie tout court — on disait tantôt que c'étaient des indicateurs qui étaient incomplets — s'améliorent au Québec comme au Canada et qu'on peut dire que, là-dessus, il y augmentation de la longévité. Et cette augmentation de la longévité là ne se fait pas avec un accroissement des incapacités.

Donc, c'est important de dire que les gens vivent plus vieux, et ils vivent plus vieux sans plus d'incapacités. On a noté un peu plus d'incapacités légères — c'est classifié: légère, modérée, sévère, là — mais on

pense que c'est probablement les outils de mesure qui ont changé plutôt que le problème réel.

Ceci dit, effectivement il semble y avoir une amélioration de l'état de santé général de la population prise de façon globale. Cependant, il reste au sein du Québec des disparités importantes, et ça, c'est vrai pour le Québec, et on se compare avantageusement à tous les pays développés. Évidemment, c'est plus difficile de comparer avec les pays qui sont en voie de développement, là c'est un autre type de problématique. Mais on se compare très avantageusement, on est parmi ceux qui avons les meilleurs indicateurs. L'évaluation qui a été faite par l'Organisation mondiale de la santé sur la performance des systèmes de santé et l'état de santé des gens montre que le Canada... et là je dois dire qu'à l'intérieur du Canada il y a des disparités, le Québec, dans certains cas, se classifie mieux que d'autres, dans d'autres cas, se classifie moins bien. Il se classifie moins bien notamment pour les habitudes de vie comme le tabagisme. Il se classifie mieux pour des problèmes comme l'obésité. Bon. Donc, il y a des variations à travers le Canada. C'est celui... Globalement, le Québec se compare avantageusement pour l'état de santé.

Ceci dit, je reviens à mon autre propos. Il existe, au Québec, des disparités importantes entre les gens qui sont favorisés, les gens qui sont défavorisés — toute la question des inégalités en matière de santé — qui sont significatives. Tout le monde ont vu la différence entre ce qu'on avait à Notre-Dame-de-Grâce et ce qu'on avait à Westmount, et puis ce qu'on avait à Saint-Henri, où est-ce qu'il y avait plus de 10 ans d'espérance de vie de différence, alors qu'il y a une voie ferrée entre les deux, hein, on le sait. Mais il y a beaucoup plus qu'une voie ferrée, il y a un monde en fait entre les deux. Et ça, c'est des problèmes reliés essentiellement aux inégalités en matière de santé. On a aussi des gens qui ont des problèmes de vulnérabilité soit pour des comportements à risque, de toxicomanes, des gens qui ont des problèmes de violence, des gens qui sont isolés. Donc ça, c'est des choses qui sont majeures au Québec.

Est-ce qu'on en a plus que les autres? C'est beaucoup plus difficile de dire qu'on en a plus que les autres, mais certainement que, la notion des inégalités en matière de santé, on a un travail à faire. Par exemple, on a travaillé avec les régions. Il y a des gens qui sont venus de Suède, l'année passée. On a travaillé avec eux autres, on a regardé qu'est-ce qu'eux autres avaient fait au niveau des inégalités en matière de santé. Et puis cette chose-là nous a amenés à voir que, depuis longtemps, certains pays scandinaves ont investi pour réduire les inégalités en matière de santé — l'Angleterre est en train de le faire actuellement aussi de façon importante — et que, là-dessus, on a un travail à faire.

Donc, il y a des groupes vulnérables et la notion des inégalités pour lesquels on ne se compare pas nécessairement avantageusement.

Je ne rentre pas dans l'organisation des soins puis des services. Il peut y avoir des différences, mais essentiellement les données actuelles montrent qu'il n'y a pas des différences qui sont énormes. Je ne veux pas rentrer dans les détails techniques parce que, là, on pourrait être très long. On a parlé des cancers, parlé de maladies cardiovasculaires, mais essentiellement on se compare, je pense, relativement avantageusement. Donc, en gros la situation tend à s'améliorer, mais il y a toujours des problèmes focussés sur certains groupes, certaines problématiques.

● *(16 h 30)* ●

Une des choses qu'on a faites, c'est... Il y a une étude sur la mortalité au Québec, comparativement à tous les pays au niveau international, avec les données de l'OCDE. Donc, Robert Choinière, Danielle St-Laurent ont développé ça. Et on a, sur notre site Web, rendu accessible à tout le monde un document qui nous permet de nous comparer, tant au niveau canadien qu'au niveau international, sur les indicateurs dont vous venez de parler. Donc, si vous voulez, ça me ferait plaisir de vous faire parvenir une copie de cette chose-là.

M. Marsan: C'est intéressant. Merci beaucoup.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, madame.

Mme L'Écuyer: Non, c'est sur le même sujet.

Facteurs ayant une incidence sur l'état de santé

Mme Harel: Alors, sur le même sujet, vous parliez tantôt de 120 indicateurs, n'est-ce pas? Et j'ai pensé au rapport *Québec cassé en deux* du Conseil québécois de la famille, je pense... santé, bien-être. Il y a déjà certainement une quinzaine d'années de ça. Et, en écoutant l'échange que vous aviez avec le député de Robert-Baldwin, je me suis dit qu'il y avait encore ce Québec cassé en deux au niveau des inégalités en matière de santé mais qu'essentiellement ça devait être lié à la pauvreté. Le facteur déterminant, est-ce que ça vous semble être celui finalement de la pauvreté au sens financier? Quels sont, parmi les facteurs importants...

M. Massé (Richard): Bon. Je dois avouer que j'ai vu les études qui ont été faites au niveau de la situation québécoise dans les régions. Essentiellement, on comparait les régions. Puis on voyait qu'il y avait des disparités entre les régions, puis les régions plus rurales avaient des disparités fondamentales par rapport aux régions urbaines.

Mme Harel: Arrêtez, là, je vous corrige tout de suite, là. Ça, ce n'était vraiment pas une perception manichéenne, là, le rural contre l'urbain. Il y avait des quartiers urbains qui rejoignaient, dans la même situation de détérioration, les régions rurales et il y avait des capitales régionales qui se trouvaient, avec certains quartiers urbains ou banlieues, dans des situations qui allaient de mieux en mieux.

M. Massé (Richard): Robert Pampalon, qui travaille chez nous, a travaillé pour faire ces études-là. Il a travaillé depuis longtemps, quand il était au ministère de la Santé. Il a continué avec nous à faire ça puis il a travaillé avec le Conseil santé, bien-être, tout à fait, pour développer différents indicateurs. Ce qu'on retrouve essentiellement, c'est: il y a un phénomène qui est lié à la pauvreté. C'est sûr que le problème fondamental, c'est un problème relié à la pauvreté. Mais il y a plus que ça parce qu'il y a, au niveau du développement des régions, d'autres facteurs, notamment la question de

l'éloignement, de l'accessibilité aux soins puis aux services qui pose aussi problème. Donc, c'est de multiples choses qui s'intègrent les unes avec les autres.

Le facteur pauvreté est probablement le numéro un, ce qui joue là-dedans, mais il n'y a pas seulement le volet pauvreté qui est une variable importante donc dans l'évaluation des problèmes. Puis il y en a qu'on pourrait lier au sexe aussi. Bon. Il y a la pauvreté, il y a la question aussi du sexe, il y a les groupes marginalisés, mais il y a des questions plus difficiles au niveau de l'éloignement puis de l'accès aux soins puis aux services. Donc, je pense que l'ensemble de ces facteurs-là...

Robert Pampalon, il travaille avec Pierre Joubert, ici. Pierre Joubert est au courant peut-être des ces études-là. Je ne sais pas si Pierre aurait des commentaires supplémentaires qu'il voudrait apporter là-dessus. Veux-tu venir ici?

Une voix: ...

M. Massé (Richard): Oui. Robert était vraiment un intervenant privilégié. Il n'a pas fait ces études-là tout seul. Il y a eu plusieurs études. Il y a eu vraiment plusieurs intervenants qui ont travaillé sur ce sujet-là. Et c'est un sujet de préoccupation pour nous. Peut-être... Pierre Joubert. Peut-être te nommer avant.

M. Joubert (Pierre): Pierre Joubert, M. le Président. Alors, Robert Pampalon vient de terminer, avec des collègues justement, une cartographie de la défavorisation sociale pour l'ensemble du Québec. Il y a un indice qui est créé et qui est rendu disponible pour toutes les agences régionales et les CLSC du Québec. J'imagine que ça va se transformer, ce découpage-là, avec la création des réseaux locaux, mais toujours est-il qu'on a de l'information là-dessus. Je ne sais pas si c'est rendu disponible actuellement dans notre site Web, mais, comme l'étude est terminée, nous pourrions sans doute vous la rendre disponible pour que vous puissiez apprécier la cartographie de ces questions qui vous intéressent.

Mme Harel: C'est très intéressant. Et je suis certaine que le président pourrait peut-être faire en sorte que les membres de la commission aient accès à cette étude via...

Le Président (M. Copeman): Absolument. S'il vous plaît, si vous êtes capable de nous le transmettre, on va s'assurer de la diffusion auprès des membres de la commission.

M. Joubert (Pierre): C'est bien.

M. Massé (Richard): ...celle-là, puis on pourrait vous transmettre aussi l'information sur l'évaluation internationale, l'état de santé, la comparaison entre les différents pays qu'on a aussi accessible.

Le Président (M. Copeman): Très bien. Mme la députée de Duplessis.

Mme Richard: Je vais y aller après.

Le Président (M. Copeman): Bien. Comme vous voulez. Atmosphère très collégiale. Mme la députée de Pontiac, d'abord.

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Bonjour. Je vous remercie d'être présents. Et, s'il y a un domaine qui m'intéresse beaucoup, c'est la santé publique, venant et ayant oeuvré pendant longtemps et dans un CLSC et dans un centre hospitalier. Et je me souviens, Mme la députée, d'avoir travaillé beaucoup avec le document *Un Québec cassé en deux*.

Je me souviens aussi qu'à partir de cette étude-là on avait fait, avec la Santé publique dans l'Outaouais, les fameux tableaux de superposition — les cartes — les cartes géographiques avec Claude Barriault, qui, à ce moment-là, était... est encore, je pense... non, il était à ce qu'on appelait les régies antérieurement. Et ce qu'on s'était aperçus dans nos cartes géographiques, c'était une multitude de facteurs qu'on pouvait retrouver dans le même secteur. Ce n'était pas juste la pauvreté; il y avait une question de pauvreté culturelle, d'habitudes alimentaires et d'absence aussi de ressources. Et un des constats qu'on avait fait dans notre territoire, qui est le comté de Pontiac, que je représente: on avait, à ce moment-là, beaucoup — beaucoup — de bébés à petit poids, et c'était peut-être une des régions qui était quasiment la plus affectée au Québec par les bébés à petit poids. Et, avec la Santé publique, on avait mis en place un programme de prévention auprès des jeunes mères, et surtout des jeunes mères célibataires. Et je pense que, pour la première fois dans notre histoire, au niveau de la prévention et de suivi, après sept ans, on a pu avoir des résultats: on était un territoire où il n'y avait plus de bébés à petit poids. Et ça avait été une belle victoire parce que ça avait été dans le fond la compréhension de ce que peut faire un programme de prévention en santé publique.

Parce que tout le monde disait: Qu'est-ce que ça fait, la Santé publique? Je pense qu'encore des fois on se le demande. Et je parle toujours au niveau régional, là. Bon. Ils nous pondent des programmes, mais, en même temps, ça fait quoi de plus? Et c'est toujours un exemple qu'on utilise encore pour montrer aux gens que, oui, il y a des actions. Quand c'est entrepris de façon correcte et systématique, et qu'on les évalue, et qu'on offre des suivis, il y a des résultats, et ça, je pense que c'est redevable à la vision des gens qui étaient à la Santé publique.

Collaboration entre l'INSPQ et les instances régionales de santé

La question qui m'intéresse particulièrement — et c'est du domaine peut-être plus organisationnel: à la page 4 de vos acétates, l'acétate 8, vous parlez de collaboration avec les instances régionales, des mécanismes soutenus, formels de collaboration et de concertation. J'aimerais ça que vous me parliez un peu de ces liens-là. Comment, à partir du savoir que vous avez... Puis je vois que, dans votre organigramme, on parle de développement des individus et des communautés et je sais qu'il y a d'autres programmes actuellement qui se font un peu partout, et surtout en milieu rural, et dans les quartiers dits plus défavorisés. Quels

sont les liens que vous avez avec — là, je ne sais plus si on les appelle des directions régionales de santé publique; je ne sais plus c'est quoi, leur nom, là — mais ce monde-là qui est là, qui s'occupe de santé publique dans nos régions? Quels sont les liens que vous avez avec ces gens-là? C'est parce qu'ils changent souvent de nom, hein?

M. Massé (Richard): Oui. Bon. Il y a eu des changements de nom, mais essentiellement les gens sont restés là et ils ont les mêmes mandats. Donc, là-dessus, il y a quand même une bonne stabilité. Je devrais peut-être demander au Dr Morin de venir parce qu'il va pouvoir compléter. Je vais commencer la réponse, mais peut-être qu'il pourrait vous parler plus tantôt du programme Naître égaux-Grandir en santé et le Programme de soutien aux jeunes parents, les deux auxquels vous pourriez vous référer pour vous parler un peu de c'est quoi, le rôle de l'institut vis-à-vis de ces deux programmes-là qui sont des programmes-phares.

Mais je vais commencer en disant que vous avez tout à fait raison; les gens ont montré que, si on veut intervenir et avoir des succès, il faut commencer très tôt dans la vie, il faut avoir des programmes qui vont adresser les gens vulnérables. Vous parliez tantôt des mères qui sont seules, des mères donc monoparentales, des mères qui ont des problèmes d'accès à des revenus suffisants et aussi, pour le Programme de soutien aux jeunes parents, des gens qui ont des problèmes de toxicomanie, ou autres: subir des violences, ou autres. Donc, c'est des gens qui ont des problèmes de vulnérabilité importants pour les deux programmes-là. Et, nous, on est impliqués directement là-dedans.

Comment on travaille essentiellement? Je vais laisser Réal — excuse-moi, Réal — expliquer les programmes comme tels. Mais comment on travaille généralement là-dedans? C'est qu'on a d'abord des tables... D'abord, on discute avec le ministère puis on travaille sur le programme de santé publique. Ça, c'est une chose qui est importante, vous avez tout à fait raison. Antérieurement, la plateforme de la Santé publique, elle n'est pas connue. Mais, avec la Loi sur la santé publique puis avec la diffusion assez large du programme de santé publique, maintenant les gens savent très bien c'est quoi, les problèmes sur lesquels on travaille, c'est quoi, les interventions qui sont proposées. Ils sont tous basés sur une revue scientifique et sur l'efficacité des interventions — tous. Donc, ça veut dire qu'ils ont tous été démontrés comme étant efficaces et valables. Maintenant, est-ce qu'on a les ressources pour le mettre? Ça, c'est la troisième chose qu'on veut faire. Donc, on a mis ça, et là maintenant les gens connaissent bien l'agenda, la série des problèmes et des interventions qui devraient être mises de l'avant.

• *(16 h 40)* •

Et on a démontré, chez les jeunes, que, si on intervenait, on pouvait avoir des succès qui étaient importants, on pouvait même réduire les coûts de façon importante. Il a été démontré, aux États-Unis, que, pour chaque dollar qu'on investissait dans des programmes similaires à ceux-là dans la petite enfance, on pouvait réduire jusqu'à 7 $. Donc, un revenu de sept pour un, ça n'existe pas beaucoup, ça, ailleurs. Mais, dans ce cas-là — c'étaient des cas spécifiques — on a montré qu'il pouvait y avoir des bénéfices très importants d'investir auprès des tout-petits comme ça, pour éviter les problèmes d'adaptation, violence, des enfants qui vont abandonner l'école, ou autres.

Donc, ça a un impact à très long terme, mais ça prend un investissement au début pour avoir cet impact-là. On travaille donc avec le ministère pour développer le programme de santé publique et le soutenir dans évaluer c'est quoi, les interventions qui sont efficaces.

On travaille avec les régions. On a ce qu'on appelle une table de concertation en santé publique, où est-ce qu'on s'assoit régulièrement — on en a une cette semaine, d'ailleurs — où est-ce que les 18 régions s'assoient ensemble avec le ministère, avec l'Institut de santé publique. Et on regarde les programmes qui sont soit en élaboration ou qui sont en fonctionnement pour voir qu'est-ce qu'on doit faire, comment est-ce qu'on peut adresser le mieux ces situations-là, qu'est-ce qu'on doit développer. Donc, il y a une instance de concertation formelle, efficace entre toutes les régions, le ministère et l'institut. Mais cette instance-là doit aller plus loin que ça; elle doit travailler avec les CLSC parce que les programmes dont vous parlez s'implantent au niveau des CLSC. Donc, nous, on doit aussi s'assurer que le matériel qu'on développe, les expertises, l'évaluation qu'on fait, on les fait avec les CLSC. Et ça arrive régulièrement que les CLSC nous demandent de développer des projets d'évaluation — on en discutait un cet après-midi justement, Réal et moi — ou les CLSC nous demandent de les aider à développer des projets d'évaluation pour eux pour être capables d'adapter mieux les interventions aux besoins de leurs clientèles. Et ça, c'est un des rôles qu'on joue auprès des CLSC. Et ça va même jusqu'aux organismes communautaires, puisqu'il faut être sûrs qu'aussi les organismes communautaires doivent être présents là-dedans.

Donc, on a des instances formelles de collaboration avec toutes les régions, y compris les CLSC, qui nous permettent d'adresser ce travail en réseau là pour être sûrs que ce qui est fait à Rouyn-Noranda ou ce qui est fait dans Pontiac va aussi être fait en l'adaptant, évidemment — il faut l'adapter un peu parce que les régions ont toutes leurs spécificités — en l'adaptant, mais il va être fait à Montréal puis il va être fait à Gaspé. Il va être fait partout, finalement. Et ça, c'est une offre de service commune. C'était un des efforts qu'on a faits dans les dernières années pour s'assurer qu'on avait cette offre de service commune là.

Une des choses qu'il reste à faire, c'est de s'assurer que l'intensité des interventions se retrouve, là, partout. Bon. Et là, au Québec, dans le programme Naître égaux-Grandir en santé, on se rend compte que ce n'est pas toutes les régions qui sont capables de couvrir tous les besoins de toutes les clientèles qui sont visées par le programme. On espère que ça va arriver. Le ministère nous a signifié son intention d'augmenter le financement pour permettre de couvrir ça. Mais vous voyez qu'on n'est pas capable de rejoindre nécessairement toutes les clientèles, bien qu'il y a un investissement progressif qui se fasse là-dessus. Peut-être, Dr Morin, si vous avez des compléments pour Naître égaux-Grandir en santé, Soutien aux jeunes parents.

M. Morin (Réal): Bien, c'était déjà pas mal complet. Mais effectivement, en deux mots, la conviction

scientifique et la conviction profonde de tout le réseau de la santé et services sociaux, c'est que les enfants, à leur entrée à l'école, s'ils ont développé les habiletés sociales, une préparation intellectuelle suffisante, en plus d'une robustesse — donc on fait référence à la personnalité, à la perception de soi-même — donc une robustesse par rapport à ses qualités personnelles suffisantes, ce sont des enfants qui ont beaucoup plus de chances de réussir leur trajectoire scolaire jusqu'à l'adolescence et même à leur vie adulte. Donc, les programmes intensifs qu'on met en oeuvre commencent à la grossesse et se rendent jusqu'à l'entrée à l'école.

C'est un suivi intensif qui est mené essentiellement à l'échelle locale, donc par les CLSC, avec l'appui de la communauté, parce qu'il y a des réseaux au niveau des échelles locales, des réseaux avec les organismes communautaires, qui sont fondamentaux. Et l'institut essentiellement, son rôle, c'est de fournir toute la matière scientifique aux prises des décisions quant au programme ministériel et à leur application dans les régions, donc fournir la connaissance scientifique et offrir concrètement des outils de travail, des façons de travailler et qui sont utiles et nécessaires, à l'échelle locale, pour assurer le suivi de la clientèle et faire une intervention suffisamment homogène à l'échelle du Québec, pour éviter ce qu'on a déjà connu: des disparités très grandes dans l'offre de service, dans la façon d'intervenir, et finalement s'apercevoir qu'on n'avait pas le rendement attendu parce qu'on n'avait pas assez de cohésion par rapport à la nature et à la façon d'intervenir auprès des personnes en question.

Donc, le rôle de l'institut n'est évidemment pas d'offrir directement ces types de services là mais de rendre possible une intervention par des outils adaptés, donc de la science, prise dans son sens général, jusqu'à la formulation pratique de façons d'agir.

Mme L'Écuyer: Une petite dernière.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, oui.

Mme L'Écuyer: Quand vous parlez du rôle de l'institut, c'est un rôle qui est dévolu au régional. À ce moment-là, vous nourrissez le régional qui, lui, va s'assurer du support dans les CLSC, ou si c'est un lien direct CLSC-organismes communautaires avec l'institut, parce que c'est un petit peu ce que j'avais cru comprendre, là?

M. Morin (Réal): En fait, ça se fait effectivement beaucoup avec la collégialité des régions. Dans les régions, il y a des répondants de ces programmes-là qui soutiennent eux-mêmes, ces répondants, des CLSC à l'échelle locale. Donc, on a effectivement plus de rapports avec... Les gens du ministère fonctionnent avec les régions, mais des fois aussi avec les CLSC. Ne serait-ce que, nous, dans notre travail de préparation des outils, on s'assure, avec la collaboration des régions, que, quand l'outil arrive dans les mains d'une infirmière, cet outil-là répond aux besoins, qu'il est utilisable. Et on fait les modifications qui sont requises. Et évidemment, pour les connaître, rien de mieux que demander aux intervenants des milieux de donner, de faire leurs commentaires. Et justement on canalise ces commentaires-là à travers les régions pour que nous puissions tenir compte des commentaires de l'ensemble des 18 régions du Québec.

Mme L'Écuyer: Merci.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Duplessis.

Mme Richard: Bonjour. Moi, ce qui m'intéressait beaucoup, c'est le programme que vous avez lancé, là, le programme de recherche que vous avez lancé en avril dernier, qui va examiner la question des difficultés d'accès des soins de santé en région. Et, dans le communiqué que vous aviez émis, vous vous questionnez aussi sur, bon, le questionnaire qu'on envoie aux bénéficiaires — ou si on peut les appeler les clients — qui répondent, bon: ils sont très satisfaits des soins en région. Puis vous vous étonnez que, bon... par rapport à la gamme de services.

Mais, je vous dirais — je vais échanger avec vous un petit peu là-dessus — moi, je viens d'une région et j'ai travaillé dans le milieu hospitalier. Je vous dirais que c'est sûr que, si, moi, j'ai à remplir un de ces formulaires, je vais vous dire qu'on est très, très bien en région, mais je le fais par rapport à ma gamme de services. Si, moi, je fais un infarctus, c'est sûr que je vais être évacuée assez rapidement, que je vais passer sur une liste prioritaire, exemple, bon, pour une chirurgie ou pour un pontage, peu importe.

Par rapport à la prévention, ça se fait bien. Puis je connais aussi le programme Naître égaux et en santé. Mais où est la difficulté, c'est la difficulté au niveau des ressources humaines, au niveau organisationnel. Même à travers notre région, on a comme une sous-région, si on veut, et là je vous dirais que c'est plus difficile. J'ai parlé avec des gens des CLSC, ceux qui oeuvrent aussi au domaine communautaire. Je vous dirais que, moi, j'ai des communautés où la prévention est presque inexistante, c'est difficilement organisable. Et, par rapport à l'accès aux services, tout dépendant du comment le questionnaire est fait, si vous demanderiez... Bon. Exemple, là, je vous dirais, vous demandez: Avez-vous accès... puis en prévention, mettons, bon... Avec un problème, je pourrais vous dire...

Bon. Au niveau d'un ophtalmologiste, au niveau d'un dermatologue, on n'en a pas en région. Donc, peut-être qu'il ne sera pas décelé à temps ou peut-être que, bon, il va dire: Je ne vais pas consulter. Il va se ramasser avec un cancer de la peau parce qu'on n'y va pas, là, le consulter. C'est extrêmement difficile. Et, moi, je voudrais savoir, bon: Si c'est une durée de trois ans, votre programme de recherche, je suis convaincue qu'il a un but précis.

Accès aux services et aux soins de santé

Comme je viens d'une région puis que je le sais que je ne pourrai pas amener de dermatologue chez moi — puis le chirurgien de la cataracte, puis etc. — puis que c'est difficile dans certaines communautés parce que des fois il y a peut-être 60 personnes — ça fait qu'on a une infirmière, puis, elle, elle en fait quatre, cinq — mais

je voudrais savoir: Vous aviez un but en lançant ce programme de recherche là. Qu'est-ce qu'il va améliorer? Parce qu'au niveau de la prévention, moi, je vous le dis, il y a certains problèmes dans des localités, mais ce n'est pas ça, là, ce n'est pas comme ça. On en fait beaucoup. Moi, je vous dirais que je l'ai vu même au-delà des 10 dernières années. Je travaillais en pédiatrie, puis on voyait que les enfants arrivaient avec une petite grippe. Puis c'est ça: les antibiotiques sont venus, la prévention chez les parents, à l'école, tout ça. Il n'est pas là, le problème, là, je pense, quant à moi.

M. Massé (Richard): On pensait que c'était très important d'être capable d'adresser... On parlait tantôt des disparités de santé, d'adresser les disparités d'accès et d'état de santé. Et puis on a travaillé avec la régie régionale de Rimouski. Et on a une chercheuse qui s'appelle — puis je me demandais son nom, là — qui s'appelle Josée Gauthier, qui a un Ph.D. en évaluation, et puis Josée travaille avec la régie, la Direction de santé publique. Et elle travaille aussi avec la Gaspésie, avec la Côte-Nord puis, plus largement, l'ensemble des régions qu'on considère éloignées. Je pense qu'il y en a six ou sept. Je ne me souviens plus exactement, là, le nombre des régions qui sont considérées comme ça, là. On pourrait toujours classifier en disant: Il devrait y en avoir plus ou moins. Ce n'est pas ça, la question.

● *(16 h 50)* ●

Mais il y a un ensemble de régions qui sont considérées comme plus éloignées au niveau de l'accessibilité des soins puis des services, incluant les services de prévention, vous avez tout à fait raison. C'est toute la gamme de services. Et les gens nous ont dit: Ce qu'on constate, c'est que la façon d'offrir les soins puis les services est différente. Donc, la gamme de services est différente, mais la façon de les offrir est différente avec des fois certains avantages puis des fois des problèmes d'accès. Et puis l'évaluation préliminaire qui a été faite reflète probablement plus, vous avez tout à fait raison, la connaissance des gens de ce qui leur est accessible que, si on comparait — parce que la comparaison est difficile — par rapport à une norme québécoise. Il n'y en a pas, O.K. Donc, les gens parlent d'abord de ceux qu'eux autres connaissent. C'est probablement ça, le premier reflet.

Mais, nous, on veut aller bien au-delà de ça puis voir, dans l'offre de gamme de services et l'adaptation de cette gamme de services là qui est faite au niveau des régions éloignées, est-ce qu'il y a des expériences bénéfiques qui font qu'on peut améliorer l'état de santé en changeant la façon que ces services-là sont offerts — des fois en les mettant en commun, des fois en les adaptant — qui va permettre de voir s'il y a des déficiences puis combler ces déficiences-là, mais de voir s'il n'y a pas une adaptation. Et on pense qu'il y a une adaptation possible. Donc, de là ce programme de recherche là sur trois ans. Mais on va continuer. On pense que c'est un problème qu'il est important de documenter. Donc, on va s'impliquer. On s'implique déjà. On va s'impliquer à long terme pour être capable de trouver c'est quoi, les meilleures solutions. Et, à ce moment-là, on ne s'occupe pas seulement de la partie prévention mais beaucoup de la partie de l'organisation des soins puis des services parce que, dans les déterminants de la santé, il y a un volet qui est l'organisation des soins puis des services.

C'est difficile des fois de dire ça comme ça, là, mais on sait que ce n'est pas la majorité de l'état de santé qui est due à l'offre de soins puis de services. Vous le savez, là, on estime que c'est à peu près 25 % qui est dû à l'organisation des soins puis des services, même si les coûts ne sont pas nécessairement comme ça, là. Mais, bon, ça fait partie de la nature des choses. Ça coûte cher d'offrir des soins puis des services. Ceci dit, on veut le considérer comme un des déterminants importants. De là le travail que Josée fait. Elle le fait avec l'Université de Montréal, elle le fait avec les gens des régies concernées. Par exemple, on est invités à la table des D.G. des agences régionales qui ont des difficultés d'accès au niveau des services, notamment des médecins, pour être capable de travailler avec eux puis trouver des solutions.

Donc ça, c'est un des rôles de l'institut. Dans le fond, vous mettez en lumière un des rôles de l'institut. Puis l'objectif, c'est d'équiper les régions, de leur donner des outils, avec une experte, pour qu'ils soient capables de mieux offrir leurs soins puis leurs services. C'est ça, l'objectif.

Mme Richard: Merci.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Sur ce même sujet, là, d'accessibilité et de disparités d'accès, j'aimerais vous entendre sur la réalité des quartiers urbains défavorisés. J'ai en tête l'étude qui avait été réalisée sur les bébés de petit poids, il y a quelques années déjà, une quinzaine d'années de cela, et qui démontrait qu'un des facteurs d'éloignement des mères était cette image d'incompétence parentale que le réseau professionnel de la santé leur envoyait. Et donc cela les amenait à fuir souvent des services qui sont gratuits dans notre société.

Moi, je me suis toujours posé la question: Comment il se fait que ces services qui sont gratuits ne soient pas utilisés? J'avais eu une jeune prostituée à mon bureau de comté qui en était certainement à son huitième mois, qui n'avait pas encore vu un médecin et qui venait parce que le CLSC n'avait pas voulu lui donner un rendez-vous étant donné que, le rendez-vous précédent, elle avait fait défaut de s'y rendre. Alors, ça m'avait amenée à réfléchir sur le fait que les services sont offerts dans un contexte culturel qui est celui de personnes qui ont un agenda pour prendre à l'avance des rendez-vous, alors que beaucoup de gens marginalisés ou en situation d'exclusion dans notre société sont des gens qui vivent au jour le jour, sans avoir cette capacité de faire des prévisions.

Encore vendredi dernier, j'étais dans un HLM où se trouve un groupe qui anime les jeunes, très jeunes, et les adolescents, et les parents de ce HLM qui est en quartier très, très défavorisé. Et eux me disaient, par exemple, que les parents ne voient pas la nécessité de planifier à l'avance, par exemple planifier en inscrivant, dans les camps d'été, les jeunes enfants. Alors, ils font du porte-à-porte pour leur rappeler qu'il faut les inscrire ou les parents se disent: On a le temps parce que c'est aujourd'hui qui compte, et demain, c'est une éternité.

J'ai l'impression qu'il y a une disparité d'accès qui est culturelle ou qui réfère au plan social peut-être, même si c'est une expression qu'on entend de moins en moins. Et l'organisation des soins et des services de santé dans l'anonymat dans lequel se retrouve souvent la dispensation de ces services, surtout en milieu urbain — l'anonymat de la grande ville — et là encore, avec la réorganisation, ça va encore s'éloigner plus des gens, je le pense, dans mon quartier, puisque le CLSC Hochelaga-Maisonneuve, là, qui était perçu comme étant un produit du milieu — il y avait jusqu'à 23 candidats, aux dernières élections, d'usagers il y a un an — bien ce CLSC va se retrouver avec sept autres établissements pour former une instance locale qui va faire une population de 200 000 et qui va traverser un canyon qui s'appelle la rue Sherbrooke, parce que les gens ne montent pas en haut de la rue Ontario. La rue Sherbrooke, ça, c'est comme un fleuve.

Et dorénavant leur établissement va s'étendre sur un territoire sur lequel se retrouvent 200 000 de population, et cet établissement va maintenant avoir 2 300 employés. Moi, je me dis: Juste à gérer les ressources humaines dans un tel établissement, il va falloir énormément d'énergie et de temps. Je ne veux pas vous amener à vous prononcer sur cette réforme de structures, mais...

Le Président (M. Copeman): Excellente idée.

Mme Harel: ...je me dis cependant que l'institut, qui a ce rôle en matière d'organisation de soins et de services, en fait a dû avoir une opinion là-dessus. Je ne vous la demande pas, vous voyez? Mais j'imagine que vous en avez une, sinon ce ne serait pas possible d'envisager que des chercheurs et des experts comme vous n'en aient point.

Ceci dit, comment fait-on pour corriger justement cet éloignement des services, des soins — des services sociaux mais des services de santé aussi? Comment fait-on pour corriger cet éloignement de la culture des gens qui sont marginalisés et qui sont en situation d'exclusion dans notre société?

M. Massé (Richard): Je vais commencer, puis le Dr Morin va pouvoir continuer. Vous avez tout à fait raison, il y a différentes formes de limitations et puis il y en a une qu'on pourrait appeler économique. Mais le mot «économique», à ce moment-ci, devient «économique culturelle». Et je pense que vous savez très bien le lien qui existe entre le niveau économique, le niveau de formation que la personne a, mais le niveau de formation que les parents de cette personne-là ont. Donc, les grands déterminants de la santé sont liés les uns aux autres et, malheureusement, ils se cumulent, ces facteurs-là, ensemble pour donner les résultats avec les personnes qui sont vulnérables à toutes sortes de sujets.

Vous avez aussi tout à fait raison qu'il doit y avoir une adaptation des services de santé qui doivent rester très proches des citoyens et adaptés pour être capable de faire face à ces situations-là, que ce soit sur des clientèles qui sont marginalisées — vous avez parlé tantôt des travailleuses de rue — on pourrait parler des gens qui utilisent des drogues par voie injectable pour lesquelles il y a eu des services adaptés qui ont été donnés. On pourrait parler plus largement aussi des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, pour lesquels il y a eu longtemps un clivage et une difficulté d'intégration qui se traduisaient par des fois des comportements très à risque, des fois des gestes suicidaires.

Donc, il y a toute une série de clientèles, pour toutes sortes de raisons, qui sont exclues ou qui se sentent exclues, ou qui s'excluent elles-mêmes, pour lesquelles il faut offrir des services et adapter nos services.

Une des approches qui a été développée par la Santé publique — puis l'institut a contribué ou contribue à développer ça — c'est la notion de réduction des méfaits. Ça, ça s'applique plus dans le domaine des toxicomanies, où est-ce que, plutôt qu'on dise que tout le monde est prêt pour faire une cure de désintoxication, on dit: Oui, c'est nécessaire que les gens puissent avoir accès à des services de désintoxication s'ils sont toxicomanes, mais, s'ils ne sont pas prêts, on doit être capable de leur offrir des services pour être capable de les rejoindre où ils sont, quand ils en ont besoin, comme ils en ont besoin, de telle sorte qu'il y a un certain apprivoisement au réseau de santé, services sociaux, hein — on s'entend bien, évidemment santé et services sociaux — et qu'à ce moment-là, rendant accessibles les services très concrets au quotidien, parce que leurs préoccupations à ces clientèles vulnérables là, sont... La santé n'est pas toujours en premier.

● *(17 heures)* ●

La santé est souvent en quatrième, en cinquième, après la violence, après, bon, tous les autres problèmes qu'on peut imaginer. Et donc rendre accessibles ces services-là, qui fait qu'à un moment donné, quand ils seront prêts, ils vont pouvoir utiliser efficacement ces services-là. Donc, il y a un effort qui est fait.

Dans certains cas, les gens ont déjà eu cette transformation-là. Le CLSC des Faubourgs, le CLSC Hochelaga-Maisonneuve sont des CLSC, à Montréal, qui ont déjà fait cette transformation-là parce qu'ils sont en contact quotidien avec ces clientèles-là. Mais ça ne s'applique pas seulement à eux, vous en êtes bien consciente, ça s'adresse plus largement. Et, là-dessus, mon opinion — mais pas sur les regroupements locaux, là — mon opinion, c'est qu'on doit continuer d'adapter les services puis de les rendre accessibles très localement à ces clientèles-là qui ne se reconnaissent pas une appartenance très large, qui se reconnaissent une appartenance à un groupe de personnes vulnérables. C'est plus ça, leur milieu d'appartenance, un milieu assez restreint. Mais peut-être que le Dr Morin aurait un complément d'information.

M. Morin (Réal): Oui, je vais vous proposer une réponse en trois volets. Le premier: si on se pose la question: Comment les CLSC réussissent-ils tout simplement à rejoindre les populations les plus vulnérables, alors que c'est au coeur de leur mandat dans les communautés? On a examiné, avec justement Robert Pampalon, la question en utilisant les indicateurs de défavorisation matérielle et sociale, ce qu'il en était. Et c'est très clair que les CLSC réussissent à pénétrer prioritairement les populations les plus démunies.

Quand on regarde le taux d'utilisation de services entre les plus favorisés et les moins favorisés, quand on prend l'ensemble des territoires des CLSC du Québec, il y a clairement une capacité à rejoindre les populations défavorisées. On l'a même mesurée, cette capacité-là, et tant en termes de pénétration que d'intensité de services, parce qu'en général, évidemment, pour plusieurs programmes, l'intensité, la quantité de services qu'on va offrir aux personnes rejointes doit effectivement être modulée en fonction de l'importance de leurs besoins sociosanitaires. Ça, nous avons des données là-dessus qu'on pourra vous transmettre.

Et, quand on regarde un des services préventifs intéressants au Québec, qui est celui du dépistage du cancer du sein, on s'est demandés si un programme comme le nôtre, comme celui au Québec, réussirait à rejoindre les femmes de toutes les classes sociales. Évidemment, comme disait le Dr Massé, on peut croire — et c'est malheureusement souvent le cas — que l'attention par rapport à sa santé, surtout en ce qui concerne la prévention, est modulée par le niveau socioéconomique. Mais vous savez qu'il y a des efforts importants qui sont faits pour permettre ou faire en sorte que toutes les classes sociales soient rejointes — on a même un service mobile — pour que, dans toutes les régions du Québec, les femmes puissent avoir accès.

Et encore là, quand on regarde l'effet classe sociale, on se rend compte finalement qu'il y a une dizaine de pour cent d'écart entre les plus favorisés et les moins favorisés sur le plan matériel et à peu près la même chose sur le plan social. Est-ce beaucoup ou pas? On peut croire que ce n'est pas si mal, compte tenu d'un programme qui n'est pas rendu à terme encore. Il y a encore des progrès à faire, mais on ne réussit pas si mal parce que, quand on discutait avec les Français encore récemment, les écarts en tout cas qu'ils anticipent sont beaucoup supérieurs à ça. Si on laisse volontairement les femmes venir, on sait que les écarts sont beaucoup importants. Donc, il y a une préoccupation concrète de réduire les écarts dans les programmes préventifs comme ceux que je vous mentionne. Ça, c'était le premier volet que je voulais traiter.

Le deuxième: par rapport aux interventions — qui était le début de votre question, Mme Harel — aux interventions aux femmes enceintes très démunies. Tout le sens même des interventions auxquelles je faisais référence, et même l'accès à des services intensifs en périnatalité, c'est réservé aux populations les plus vulnérables soit très jeunes avec un cumul de problèmes de toxicomanie, notamment toxicomanie et autres difficultés, soit à travers Naître égaux-Grandir en santé, qui s'adresse plus à l'ensemble des groupes d'âge mais en extrême pauvreté. Donc, que j'entende qu'effectivement des personnes qui rencontrent clairement ces critères-là n'aient pas reçu un service adapté, ça me désole parce qu'essentiellement on va au-devant, on fait des efforts de démarchage pour aller vers justement parce qu'on sait bien que, si le réseau ne fait qu'être en attente, la concession sera trop tardive. Ça nous indique qu'il y a encore des progrès à faire, mais, clairement, c'est là l'objectif. Et les gens sont formés, outillés, et ça fait partie de notre mandat de rendre possibles l'identification et le suivi intensif. Et d'ailleurs on a des outils précis sur les caractéristiques sociales ou comment la santé est interprétée même dans les populations défavorisées. Vous savez que les gens qui travaillent chez nous ont des écarts même sociaux par rapport aux gens qu'ils veulent bien desservir. Il y a donc un effort d'adaptation, de compréhension sur des bases scientifiques mais aussi sur des bases pratiques, des écarts de perception par rapport à la santé qui sont pris en compte dans les travaux qu'on mène. C'était le deuxième volet.

Le troisième, c'est qu'on conduit aussi, à l'institut et dans l'ensemble du réseau, des mesures qu'on va qualifier de promotion du développement social. On ne trouvera pas de solution de santé individuelle pour toutes les situations de défavorisation ou de problèmes sociaux, comme ceux de toxicomanie par exemple, sans réfléchir en termes de développement des communautés, de soutien des organismes communautaires, de mobilisation en faveur de la santé. On sait que des personnes, notamment des femmes, qui ne seraient pas rejointes dans un appel, entre guillemets, individuel pourraient l'être à travers une cuisine collective. C'est un des messages qu'on passe, par exemple. Si on a de la difficulté à rejoindre des femmes pour se présenter à un dépistage du cancer du sein, peut-être qu'à travers un réseau d'aide féminin, par exemple les cuisines collectives, les échanges, et tout ça, il y aura une appropriation de l'idée d'intervenir pour prendre soin de sa santé. Et ça, c'est très important.

À l'institut, de différentes façons, à travers le Réseau des Villes et Villages en santé qu'on soutient, à travers la publication *Développement social* que nous soutenons aussi et un ensemble d'interventions qu'on mène avec d'autres ministères, aussi avec des régions, on soutient le développement social du mieux qu'on peut, avec relativement peu de ressources. Mais c'est une dimension fondamentale du développement de la santé. C'était le troisième volet.

Interventions de l'INSPQ quant aux communautés culturelles

Mme Harel: On se passait la remarque que c'est vraiment intéressant. Mon collègue de Joliette enseignait la sociologie de la santé, alors c'est un domaine qui l'intéresse et qui nous intéresse tous, j'en suis convaincue.

Peut-être juste sur l'aspect des communautés culturelles. On sait qu'il y a des dimensions très spécifiques. Je pense, par exemple, à l'anémie falciforme, là, qui est une maladie qui est associée génétiquement, je crois, aux personnes d'origine africaine ou arabe également. Est-ce qu'il y a une approche qui est modulée en fonction, là, des spécificités? Par exemple, le jeu pathologique pour les communautés asiatiques, là; je rencontrais encore, lundi, cette semaine, là, les représentants de la communauté chinoise de Montréal, qui sont extrêmement préoccupés par l'ampleur de la problématique du jeu pathologique dans leur communauté. Est-ce qu'il y a aussi des études qui se mènent et des approches, des interventions qui s'élaborent sur ces questions?

M. Massé (Richard): Je vais commencer, puis Pierre Joubert va pouvoir continuer pour vous parler du

jeu pathologique, parce qu'on a toute une série d'études, de projets, d'évaluations qui nous ont été demandés par le ministère de la Santé, par le ministère des Finances et Loto-Québec... qu'ils soient faits par l'institut pour mieux connaître les services qui sont offerts au niveau du jeu pathologique ainsi que les clientèles qui sont vulnérables. Vous avez tout à fait raison, il y a des clientèles du sud-est asiatique qui sont particulièrement touchées par ce problème-là.

Mais, avant qu'on arrive là, il y a effectivement un besoin d'adaptation par rapport aux communautés culturelles. C'est vrai dans l'ensemble des activités de promotion, de prévention. Puis là Marc Dionne est avec moi ici, donc Dr. Dionne pourrait parler pour ce qui est, par exemple, de la vaccination. On sait très bien que, quand les gens sont des immigrants récents, ils n'ont pas nécessairement un carnet de vaccination bien rempli, il y a souvent une appréhension par rapport aux services de santé qui sont identifiés à peut-être une contrainte répressive auprès d'eux ou à une menace, entre guillemets, et n'ont pas une facilité d'aller consulter, donc d'avoir une vaccination complète. Donc, on doit faire des efforts particuliers pour adapter les outils d'intervention, les rejoindre. Et une des interventions de l'institut, c'est de développer un système de surveillance de la vaccination — ce qu'on est en train de faire — qui va nous permettre de connaître les endroits où est-ce que la vaccination est moins faite et d'aider à la relance de ces gens-là. Et, faisant ça, on sait qu'à Montréal particulièrement, mais pas uniquement à Montréal, les gens qui viennent des communautés culturelles pourraient être favorisés par un genre d'outil comme celui-là qui nous permettrait d'aller les rejoindre plus efficacement.

Mais évidemment la vraie adaptation aux réalités culturelles se fait localement, se fait par les établissements, se fait par les praticiens. Nous, on peut aider en développant des outils qui vont les aider à le faire, mais la vraie adaptation est locale. Avant que je passe la parole, pour le jeu pathologique, à Pierre Joubert, peut-être que le Dr Dionne... Est-ce qu'il y a quelque chose à rajouter là-dessus? Non? Rien de spécial, mais il y en aurait beaucoup, d'exemples, qu'on pourrait donner où est-ce que, là, il serait tout à fait nécessaire d'en tenir compte.

● *(17 h 10)* ●

Pour ce qui est du jeu pathologique, Pierre Joubert va vous parler un petit peu de quel genre de travail est-ce qu'on a été amené à faire au cours des dernières années et les études qu'on a faites. On a fait plusieurs études qu'on a rendues publiques, qui sont accessibles sur le site Web de l'institut, pour être capable de mieux comprendre cette situation-là, les clientèles vulnérables. Puis surtout il y a un programme qui a été mis de l'avant pour aider les gens qui ont un problème de jeu pathologique, donc pour évaluer ce programme-là puis essayer de l'adapter de façon plus efficace. Pierre.

M. Joubert (Pierre): Oui. Bien, je vais revenir un petit peu sur la question de l'adaptabilité culturelle. Parce que, comme Dr Massé l'a mentionné, au point de départ, dans nos travaux de recherche, on essaie d'établir des collaborations avec les milieux académiques, particulièrement les universités, et entre autres avec ce qu'on appelle, dans le réseau de la santé et des services sociaux, des centres affiliés universitaires. On a des collaborations notamment qui commencent à s'établir avec deux équipes: une qui est au CLSC Côte-des-Neiges, qui travaille justement sur les capacités d'adaptation de notre système et des interventions qu'on mène auprès des communautés culturelles, et une autre équipe qui se trouve au Montréal Children's, autour de Mme Cécile Rousseau, qui travaille exactement sur ces questions de relations culture et santé.

Et là on est en train de bâtir progressivement, avec les chercheurs de ces deux milieux-là, des capacités pour pouvoir prendre en considération des questions comme celles que vous soulevez. Parce que, même si, comme le disait le Dr Morin, on est très préoccupé par ces questions-là, il reste qu'il y a encore des couches ou des secteurs d'activité, des minorités linguistiques qui sont plus ou moins en mesure d'avoir accès facilement au système de santé, aux services de toutes sortes de toute façon, pas seulement la santé, d'ailleurs. Donc ça, c'est quelque chose qu'on est en train de regarder.

En ce qui concerne le jeu, nous nous sommes surtout intéressés, à l'institut, au programme expérimental mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2001-2002. On nous a confié le mandat d'évaluer ce programme-là et on l'évalue sur toutes sortes d'aspects: on l'évalue sous l'angle du point de vue des intervenants, du point de vue des usagers; on regarde comment on utilise les lignes téléphoniques dédiées aux gens qui ont des problèmes de jeu; on fait des recensions d'écrits sur les interventions qui paraissent les plus efficaces, partout dans le monde, à l'égard de la prévention et du traitement du jeu excessif; on a aussi des travaux comparatifs avec les autres provinces canadiennes et d'autres pays qui ont des programmes un peu comparables à ce que fait le Québec. Tous ces travaux-là sont déjà disponibles; vous allez tous les retrouver dans notre site Web. Et, plus récemment, on a mené une étude sur la prévalence du jeu en collaboration avec le centre d'excellence du Dr Ladouceur, à l'Université Laval. On a publié aussi, ce printemps, des travaux là-dessus.

Mais, en ce qui concerne particulièrement la communauté asiatique, il y a un programme de recherche aussi qui a été mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui est géré par les fonds subventionnaires du Québec, qui a versé des subventions à deux équipes, une à McGill et une à l'Institut national de la recherche scientifique. Et, au sein de ces équipes, il y a un de nos chercheurs qui est présent pour justement regarder comment on peut mieux comprendre la situation des clientèles asiatiques, en particulier. Les travaux viennent de débuter, là. On devrait avoir des résultats dans le courant de l'année, mais je peux vous dire que cette question-là est particulièrement ciblée par les deux projets de recherche auxquels je me réfère, là, donc l'équipe de McGill et l'équipe de l'INRS. Mais il y a un chercheur de l'institut qui travaille avec ces gens-là. Donc, on devrait, l'an prochain, à pareille date, si on vous revoit, pouvoir vous donner de l'information plus précise là-dessus.

Le Président (M. Copeman): On se donne rendez-vous. M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

Interventions de l'INSPQ quant aux communautés autochtones

M. Bernard: Merci, M. le Président. Bonjour, M. Massé. Bonjour, tous ceux qui vous accompagnent. C'était une question secondaire, mais, étant donné que vous parlez de communautés culturelles, j'aimerais aborder le sujet des communautés autochtones.

Quelle est votre relation, entre autres, avec ces communautés-là, soit via l'Assemblée des premières nations, au niveau de la santé publique? Parce qu'on sait qu'ils ont des problèmes très particuliers en termes d'isolement, diabète, etc. Sont-ils assez sensibilisés? Est-ce qu'ils font recours à vos services?

M. Massé (Richard): D'abord, je dois dire qu'il y a deux régions... Il faut comprendre qu'au niveau des autochtones il y a deux régions particulièrement concernées: la région qu'on appelle crie, les terres cries de la Baie-James — je pense que c'est comme ça que ça s'appelle — tout autour de la Baie James et puis la région du Nunavik, qui est au nord. La problématique des autochtones n'est pas limitée à ces deux régions-là, puisqu'on a des communautés autochtones un peu partout à travers le Québec. Ceci dit, un peu partout à travers le Québec, c'est les directions de santé publique de toutes les régions qui travaillent auprès de ces communautés-là et qui nous demandent de les supporter quand il y a des problèmes particuliers, soit des risques de contamination au niveau environnemental, ou quand il y a un problème de santé très particulier.

Par rapport aux deux régions nordiques pour lesquelles il y a déjà des directions de santé publique — bon, pour la partie des Cris, on n'appelle pas ça nécessairement une direction de santé publique parce que c'est l'ancienne loi qui s'applique encore dans le territoire cri, cependant c'est à peu près la même structure — et on a travaillé étroitement avec eux autres pour suivre le problème de diabète. Ils ont déjà un registre sur le diabète. Et, nous, on travaille, l'institut, pour développer un système de surveillance pour le diabète, et donc on travaille avec eux très étroitement pour intégrer leur registre de surveillance du diabète à notre système de surveillance, les supporter dans le développement des outils, notamment pour la surveillance, là, de cette problématique-là chez eux. Donc, on travaille étroitement avec eux quand ils nous font des demandes.

Il y a d'autres demandes qui nous sont venues de la région crie, notamment pour les aider à organiser des services en situation d'urgence d'éclosion. Et il y a une étude qu'on a faite — et puis le Dr Dionne pourrait en parler — dans la région d'Oujé-Bougoumou, où est-ce qu'il y avait une contamination environnementale avec des métaux lourds qui préoccupait non seulement les Cris mais qui préoccupait aussi la région Centre-du-Québec, la région 10, pour laquelle il y avait à la fois des autochtones mais des non-autochtones qui vivaient dans ces communautés-là. Donc, on a eu un projet de recherche, dont Marc Dionne pourra parler un peu, où est-ce qu'on a été amené à développer une évaluation du risque pour rassurer les gens puis prendre les interventions nécessaires là-dessus.

Je ne veux pas aller trop loin pour laisser le Dr Dionne en parler. Je vais plutôt aller du côté du Nunavik, pour vous dire que, du côté du Nunavik, on a des liens très étroits avec le directeur de la santé publique et les gens là-bas. On les a visités d'ailleurs, récemment, avec le ministre — et chez les Cris et chez les gens du Nunavik — et actuellement on a développé une étude pour l'évaluation de l'état de santé. Cet été, il y a une vaste étude pour l'évaluation de l'état de santé de la population du Nunavik qui va être faite en même temps qu'on va faire un programme de recherche par rapport aux intoxications ou possibilités d'intoxication aux métaux lourds, en même temps qu'on va offrir des services de dépistage à l'ensemble des communautés.

En fait, compte tenu de la problématique d'éloignement de ces communautés-là, c'est plus facile d'arriver avec un plateau de services. Et ce plateau-là va être offert avec le concours d'un brise-glace sur lequel on va déménager tous les équipements, les équipes de recherche. On va faire venir les gens, vu que ce sont des communautés qui sont riveraines, de la mer donc... Plutôt qu'amener les communautés qui sont riveraines là, emmener le bateau avec les chercheurs, avec les intervenants, avec les appareillages et que les gens aient accès, chez eux, à tous ces services-là en même temps, pour favoriser une participation optimale des gens, alors qu'on sait que, si on veut les déplacer, ça va avoir des coûts énormes puis la participation va être très, très faible.

Donc, vous voyez qu'on est impliqués très, très directement auprès de ces communautés-là. Ceci dit, il y a tellement de problèmes au niveau des Cris, au niveau des Inuits que c'est important que l'institut continue, même augmente sa capacité de support de ces régions-là qui ont beaucoup, beaucoup de besoins parce que l'état de santé souvent est problématique dans les communautés.

Je vais laisser le Dr Dionne parler d'Oujé-Bougoumou où peut-être plus et pour lequel il y a eu beaucoup de choses qui ont été faites.

M. Dionne (Marc): Je vais profiter de l'exemple d'Oujé-Bougoumou pour parler de ce qu'on voudrait faire en développement d'une équipe de recherche en santé des autochtones. On a fait des études très spécialisées comme celle de la contamination de l'environnement dans la population d'Oujé-Bougoumou et on fait une étude beaucoup plus large, là, celle dont le Dr Massé parle, où on intervient pour évaluer l'ensemble des problèmes de santé d'une communauté mais pour une étude particulière. Et on se rend compte qu'on a développé, à l'institut, et des compétences et, je dirais, de la crédibilité dans ce milieu-là. Puis on pense qu'il y a actuellement une belle opportunité pour l'institut de constituer un groupe de recherche dans le domaine de la santé des autochtones, où on aurait à la fois les volets plus épidémiologique, environnemental, maladies infectieuses, les volets plus habitudes de vie, maladies chroniques.

Et aussi, dans notre équipe, on a beaucoup de collaboration au niveau international. On a des

chercheurs qui font partie d'un réseau arctique où on évalue justement la contamination dans l'Arctique, là, de contaminants environnementaux qui s'accumulent. Et les autochtones, les Inuits qui consomment la viande d'animaux marins sont beaucoup exposés à ce genre de contaminants. Et on observe un peu la même chose qu'on soit au Canada, au Groenland, en Finlande, et ça, ça nous amène aussi à développer une expertise.

● *(17 h 20)* ●

Donc, je pense que ces projets qu'on a faits, très spécialisés, nous ont amenés à avoir des contacts avec les autochtones, qui nous permettent maintenant de faire des projets où on voit actuellement les Cris et les Inuits partager des outils, travailler avec nous. Et probablement qu'il y aura, là, des découlants de ces travaux-là qui seront intéressants pour l'institut et pour les communautés aussi.

M. Bernard: Bien, je suis content de vous entendre parce que c'était le sujet principal que je voulais vous parler, entre autres c'était au niveau de l'environnement puis l'environnement naturel. Puis le sujet d'Oujé-Bougoumou, je le connais parce que, le chef de bande, M. Sam Bosum, je le connais bien puis il m'avait parlé de la problématique, à l'époque. Puis, quand il m'en avait parlé, les tests, c'était de savoir est-ce que c'était une contamination naturelle ou reliée aux anciennes exploitations minières.

Puis je ne sais pas si vous êtes arrivés à une conclusion à cet égard-là. Parce que, quand je prends justement, dans votre orientation 1, le point 4, quand vous dites: d'ici le 31 mars 2008, vous parlez, entre autres, d'évaluer les risques que représente la transmission d'agents infectieux et les facteurs environnementaux défavorables à la santé. Puis, moi, je demeure à Rouyn-Noranda. J'ai travaillé dans l'industrie minière, puis je regarde: dans tout l'environnement aussi très rural, les gens ont tendance à sous-estimer l'environnement naturel comme cause. Souvent, on va toujours relier des problématiques à des industries, etc., ou autour. Puis Oujé-Bougoumou est un bel exemple mais également Rouyn-Noranda. L'axe Rouyn à Val-d'Or, il longe une fameuse faille géologique, la faille de Cadillac, où les roches contiennent beaucoup d'arsénopyrite, c'est-à-dire un métal qui contient de l'arsenic. Et, toute cette bande-là, l'eau potable... Parce que les gens ont des puits, des puits de surface, dans bien des cas, ou bien même des puits artésiens — ils ne sont pas reliés sur l'aqueduc — donc il y a une contamination à l'arsenic. Et les gens ont souvent tendance à oublier ça.

Puis une des problématiques qu'on a justement en région — je parlais avec les gens de l'agence en région — actuellement les gens ne font pas l'analyse de leur eau de puits, O.K.? Ils ne rejoignent même pas 10 % de la population dans les milieux ruraux. Même s'ils diffusent l'information, les gens ne font pas leurs analyses. Puis on sait que l'eau, c'est pratiquement un des facteurs de transmission les plus faciles dans bien des cas.

Collaboration avec les ministères

Alors, une des questions que je me demandais: Est-ce que vous travaillez, par exemple, avec les autres ministères, que ce soit Environnement, Ressources naturelles, pour essayer justement de dire: Écoutez, vous avez peut-être des environnements propices à certains types de contamination et que les gens n'en sont pas conscients? Ils pourraient vous seconder dans ces travaux-là.

M. Massé (Richard): Je vais laisser le Dr Dionne répondre, là.

M. Dionne (Marc): On travaille beaucoup avec le ministère de l'Environnement parce que, nous, comme le Dr Massé disait, on a des laboratoires spécialisés en environnement mais qui font des analyses chez les humains. Pour ce qui est des analyses dans les sols, dans l'eau, ce sont les laboratoires du ministère de l'Environnement qui font les analyses. Si on parle d'aliments, ce sont les laboratoires du ministère de l'Agriculture. Donc, il doit nécessairement y avoir une collaboration entre les scientifiques de l'institut et de ces deux ministères.

Donc, c'est vrai ce que vous dites, c'est qu'il y a des contaminants dans l'environnement naturel qui peuvent menacer la santé. On connaît le radon; vous parlez de l'arsenic dans votre région. Le soleil est un élément de l'environnement qui peut créer des problèmes. Et effectivement, si on regarde l'étude qu'on vient de faire avec le ministère de l'Environnement et le ministère de l'Agriculture pour évaluer un peu l'impact de la production agricole sur la contamination de l'eau et éventuellement sur des problèmes de santé des populations qui vivent dans des zones où il y a une forte densité de production agricole, bien on a fait ça en complémentarité. Le ministère de l'Environnement faisait les analyses d'eau, identifiait les puits où on est allé justement tester l'eau et, après ça, vérifiait est-ce que ces gens-là chez qui on avait testé la qualité de l'eau des puits avaient consulté davantage pour des gastro-entérites. Bien, c'est ce genre d'étude là qui doit se faire nécessairement avec la collaboration du ministère de l'Environnement.

La même chose à Oujé-Bougoumou. Ce qu'on a fait, nous, on a mesuré des indicateurs de santé chez les populations humaines. On avait besoin de connaître les taux de contaminants dans le poisson. Donc ça, ça a été fait par les gens de l'Agriculture. Et on avait besoin de connaître aussi les contaminants dans les sols ou dans l'eau, et ça, ça se faisait par le ministère de l'Environnement. On met les données ensemble et là on évalue quel est le niveau d'exposition, quel est le niveau d'impact sur la santé des humains. Et on peut tirer des conclusions et faire des recommandations aux populations, qui vont nous amener à leur recommander de modifier peut-être certaines habitudes de vie ou certaines habitudes alimentaires.

Mais on est souvent confronté au fait, particulièrement avec les populations autochtones, que leurs habitudes de vie traditionnelles, en particulier manger du poisson, ont aussi des effets bénéfiques sur la santé. Donc, c'est de doser jusqu'à quel point on peut continuer à avoir un mode de vie traditionnel dans un environnement qui se contamine. Parce que souvent ils sont au bout de la chaîne alimentaire, donc on accumule, dans la chair des mammifères marins ou dans la chair de ces

animaux-là, des produits qui se dégradent beaucoup plus lentement. Et c'est un peu pour ça que ce sont les populations autochtones qui consomment des produits naturels qui, dans certains cas, sont les plus exposées à ces contaminations environnementales.

M. Bernard: Je rappelle souvent aux personnes que, surtout dans le Nord, toutes les premières mines qui ont été trouvées au Canada puis partout sur le monde ont été trouvées, là, par des prospecteurs en canot. Les indices de surface de métaux de cuivre, de zinc, de plomb, etc., sont en surface dans l'environnement. Puis il y a eu des exemples, entre autres dans l'Ouest américain, où que les rivières étaient fortement contaminées en métaux de surface de façon naturelle. Puis souvent les gens, après ça, mettaient la faute sur l'industrie qui s'était installée. Mais en réalité c'était là. Les gens me contaient: Dans l'Ouest américain, entre autres, concernant les mines d'uranium, O.K., l'uranium naturel dans le sol, puis, quand l'échantillon d'eau qui était pris là, les échantillons de sol étaient déjà supérieurs aux normes d'exposition... Donc, il y a des choses naturelles qui sont importantes, puis on a tendance à oublier.

Volet santé et sécurité au travail

Le dernier sujet que j'aimerais aborder avec vous: À quel point êtes-vous impliqués au niveau industriel puis les maladies industrielles? Est-ce que vous travaillez avec les entreprises à ces égards-là pour les supporter au niveau du travail? Je prends, par exemple, l'exemple de la fonderie Horne à Rouyn-Noranda, où qu'il s'est déclaré des cas de bérylliose. Et il y en a plusieurs d'autres dans différents environnements. Est-ce qu'il y a des échanges à ces niveaux-là ou les entreprises travaillent de façon plus isolée, en silo, pour souvent question de, je dirais, publiciser des problématiques puis qu'ils aiment mieux garder à l'interne et qu'ils ne travaillent pas avec vous autres — puis il y a des échanges? Comment ça fonctionne à cet égard-là?

M. Massé (Richard): Je vais commencer de façon générale, puis le Dr Dionne va continuer de façon plus spécifique, parce qu'on a une partie de nos activités qui porte sur ce qu'on appelle la santé au travail. Donc, on a une équipe particulière qui traite cette question-là.

Mais d'abord pour dire qu'il y a déjà une entente — entre la CSST, qui relève du ministère du Travail, et le ministère de la Santé — sur la santé et sécurité au travail, d'avoir des équipes de prévention qui sont dans chacune des régions et dans les CLSC, des CLSC qui sont désignés pour offrir ces services-là. C'est à travers les CLSC et les régions que ces services-là aux entreprises sont d'abord offerts avec... Bon. Il y a un groupe prioritaire, un comité identifié par la CSST. Et, initialement, les gens travaillaient d'abord sur les groupes qui étaient retenus comme prioritaires, dont le secteur mines et forêts, qui était retenu comme un de ces domaines-là. Et actuellement on tend à élargir pour rejoindre d'autres groupes prioritaires. C'était un problème de ressources, entre autres, pour être capable de rejoindre tous les groupes, mais mines et forêts sont déjà bien instruits là-dedans.

Nous, on vient en seconde ligne, comme institut de santé publique, pour supporter les gens, pour développer des connaissances, des compétences sur les choses qui sont particulières. On peut penser à tout ce qui concerne le programme d'évaluation pour les risques reliés aux femmes enceintes en milieu de travail, donc l'institut est impliqué très directement là-dedans. On peut penser à des problématiques comme celle du béryllium pour laquelle on a demandé à l'institut de faire une recension de la littérature, des connaissances les plus récentes, compte tenu que ce problème-là est un problème qui n'est pas, entre guillemets, nouveau mais qui est identifié comme problématique nouvelle pour laquelle le potentiel est actuellement mieux connu mais pour laquelle on n'avait pas d'intervention. Et il y avait un test qui était et qui reste d'ailleurs problématique, dans le sens qu'il détermine les gens qui ont été exposés et qui sont sensibilisés. Mais on ne peut pas savoir jusqu'à quel point les gens qui ont été sensibilisés au béryllium vont ou ne vont pas développer les problèmes de bérylliose. Donc, ça nous pose des problèmes d'interprétation.

Et, là-dessus, on a été amenés à travailler avec les entreprises, avec les experts qui sont dans le milieu de travail — le milieu de travail, ils ont des experts aussi en santé qui connaissent très bien ces questions-là — et discuter avec eux autres pour savoir qu'est-ce qu'on devrait offrir, et comment est-ce qu'on devra offrir, et l'interprétation qu'on a faite. Donc, on est impliqués directement. Je vais laisser le Dr Dionne continuer parce que, là-dessus, on a une équipe qui travaille pour supporter les régions, les CLSC et, indirectement, les entreprises.

M. Dionne (Marc): En fait, on a cinq champs d'expertise autour desquels on essaie d'organiser, là, cinq groupes scientifiques pour développer les connaissances et assister les directions de santé publique.

Donc, on a un créneau sur la surdité professionnelle. On a un créneau sur grossesse-travail, donc tous les problèmes, là, des dangers ou des risques que vivent les femmes en milieu de travail. On a un groupe sur les risques biologiques en milieu de travail. Donc, vous savez, particulièrement dans le milieu hospitalier, qu'on peut être exposé... On parlait des infections nosocomiales, mais le personnel est exposé aussi à ça: les piqûres, toute la transmission en milieu hospitalier de l'hépatite C ou de l'hépatite B. On va probablement être impliqué aussi dans le domaine des travailleurs de la santé qui sont porteurs d'une maladie infectieuse qu'ils peuvent transmettre. On a un groupe qui s'intéresse à ce qu'on appelle les LMS, les lésions musculosquelettiques, tous les problèmes de lombalgie ou de dorsalgie amenés par le travail difficile. Et on a un groupe qui s'intéresse aux maladies respiratoires en milieu de travail, donc qui va toucher l'amiante, la silicose et la bérylliose.

● *(17 h 30)* ●

Donc, c'est réellement ce groupe-là qui a développé une expertise particulière pour mesurer comment on peut mesurer une atteinte précoce du travailleur parce que c'est important de les dépister rapidement. C'est sûr qu'on va toujours préconiser la prévention à la source. Quand on connaît l'exposition, on va travailler

d'abord à éliminer la source. Mais, dans certains cas, particulièrement avec le béryllium, on s'en est rendu compte, on ne croyait pas que les niveaux de béryllium étaient suffisamment élevés au Québec. On le savait aux États-Unis. Comme il n'y avait pas eu de mine de béryllium au Québec puis qu'il n'y avait pas d'entreprise qui utilisait beaucoup de béryllium, on n'aurait pas pensé que les entreprises de récupération récupéraient assez de béryllium pour exposer des travailleurs et créer ce qu'on a appelé cette sensibilisation qui nous a amenés à travailler beaucoup avec la CSST, avec les grandes compagnies comme les grandes fonderies et à mettre en place un programme, je dirais, d'information des travailleurs, des entreprises, sur les risques que présentait le béryllium.

Et on a fait une vaste intervention avec les directions régionales de la Santé publique pour aller mesurer, dans des milieux où on pensait qu'on pourrait trouver du béryllium, les taux de béryllium qu'on pouvait trouver et offrir après aux travailleurs la possibilité de passer un test sans réellement connaître c'est quoi, les conséquences de ce test-là.

Et ça, c'est une décision qui a été difficile pour nous, difficile pour les travailleurs, difficile pour la CSST: Est-ce qu'on rend accessible ou non un test dont on ne connaît pas trop les conséquences? On sait que le travailleur est malade; on risque peut-être d'handicaper, pour le futur, sa capacité à travailler dans ces milieux-là. Et on a eu beaucoup, là, d'explications à fournir aux travailleurs, à la CSST. Pourquoi d'emblée l'institut ne recommandait pas la généralisation d'un test de dépistage? Parce qu'on considérait qu'il ne rencontrait pas tous les critères d'un test de dépistage. Mais on a convenu que c'était un test qu'on devait rendre disponible et que c'était aux travailleurs, individuellement, à décider s'ils passaient le test et non pas à nous de l'imposer.

M. Bernard: Merci beaucoup.

M. Massé (Richard): À cet effet-là, j'ai un complément d'information. À cet effet-là, on a fait un programme de formation. On a offert un programme de formation dans toutes les régions du Québec, sur le test qui s'appelle BeLPt, et on l'a rendu accessible au réseau. Donc, quand on disait qu'on va de l'évaluation jusqu'à la formation, dans ce cas-là, on a eu un programme de formation particulier.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Étude sur le niobium et sur le radon

Mme Harel: Oui. Alors, M. le Président, je me demandais si l'institut avait été concerné par la problématique, là, de la mine de niobium à Oka, là où les citoyens se sont mobilisés, où les médias, notamment le journal *Le Soleil*, le journal *La Presse*, ont fait encore récemment — *La Presse*, c'est en date du 23 mai — une série de reportages, là, sur les risques qui concernent la population, les citoyens de Pointe-Calumet, de Saint-Joseph et d'Oka quant à la contamination éventuelle, là, d'une nappe phréatique par le fonctionnement d'une nouvelle mine de niobium? Non? Cela n'a pas été porté à votre attention?

M. Dionne (Marc): Sur la mine de niobium, non. Sur la question du radon, oui. Ça fait plusieurs années qu'on travaille sur ça, là, puis on a un groupe en évaluation du risque environnemental. Et c'est un dossier, là, qu'on suit depuis plusieurs années, en essayant de comprendre quelle est la signification des changements de normes fréquents qu'on observe là.

M. Massé (Richard): On a été demandés, pour ce qui est du radon, d'aider à faire l'évaluation des sites qui étaient plus à risque, des mesures de mitigation pour limiter ces risques-là et d'essayer de mieux évaluer les gens qui devaient être relocalisés, pour ce qui concerne le radon, dans la même région, là. C'est exactement la même faille géologique, là.

Mme Harel: C'est complété, cette étude sur le radon?

M. Massé (Richard): Cette étude-là a été faite, et il y a des gens qui ont été relocalisés avec une compensation.

Mme Harel: Mais elle est complète, l'étude sur le radon. C'est bien ça?

Une voix: Il y a un suivi.

M. Dionne (Marc): Oui, c'est ça, parce ça change, les données scientifiques changent. Donc, on ne peut pas considérer actuellement que le dossier du radon est un dossier clos. Il faut le revoir à la lumière des nouvelles données scientifiques, des nouvelles évaluations. On estimait, il y a quelques années, qu'un niveau d'exposition x n'entraînerait probablement pas d'impact sur la santé, et là on est en train de réévaluer ça, de voir est-ce qu'il n'y a pas des conditions d'exposition qui feraient que certains niveaux d'exposition pourraient quand même être dommageables pour la santé ou des facteurs complémentaires qui aggraveraient un risque qu'on jugeait relativement peu important, là, sauf dans les cas de dépassement très important des normes.

M. Massé (Richard): Par contre, vous touchez quelque chose qui nous concerne puis explique un peu notre fonctionnement. C'est qu'on n'est pas les intervenants de premier niveau. Ceux qui sont concernés par les demandes des entreprises, c'est d'abord les régions qui offrent les services de santé et sécurité au travail. Et, quand ils ne sont pas capables, parce qu'il y a une problématique plus large ou parce qu'il y a des connaissances à développer, là ils demandent à l'institut de venir les aider dans soit l'évaluation des risques, ou des outils d'intervention, ou développer les connaissances. Donc, on travaille vraiment en seconde ligne ou même en troisième ligne dans cette situation-là.

Mme Harel: Oui. Je comprends que vous n'avez pas encore été alertés par la possible ouverture d'une mine de niobium par la compagnie Niocan, là, dans la région d'Oka.

M. Dionne (Marc): Il faudrait que ce soit la région qui nous le demande, parce que, nous, on n'interviendrait pas directement.

Impact de la production agricole sur la santé des résidents de zones à haute densité de production agricole

Mme Harel: Dites-moi, dans un domaine qui est connexe, là, toujours en matière de l'environnement, vous avez procédé à une étude épidémiologique importante sur la production porcine, alors cette étude est-elle complétée, est-elle disponible?

M. Massé (Richard): Bon. Il y a plusieurs volets d'étude qui ont été faits. Tantôt, le Dr Dionne y faisait allusion, puis je vais le laisser compléter l'information là-dessus, là. Mais c'est une étude conjointe qui a été faite avec le ministère de l'Environnement, le ministère de l'Agriculture et le ministère de la Santé qui nous a demandé à nous d'intervenir comme groupe de chercheurs associés. Et on a été amenés à évaluer les risques à la santé des personnes qui vivaient dans les sept bassins versants concernés particulièrement par la production animale — il y en a beaucoup plus que ça, des bassins versants qui sont concernés — mais les sept principaux qu'on jugeait qu'ils étaient les plus à risque potentiel.

Ces données-là ont été finalisées et transmises au ministère de l'Environnement au cours des derniers mois, et il y a eu des discussions avec le ministère de l'Environnement parce qu'il fallait être capable d'intégrer à la fois les données environnementales, les données de santé puis les données animales. Donc, c'est ça qui s'est fait comme effort au cours des derniers mois. Et puis il fallait voir aussi, découlant de ça, c'est quoi, les interventions qui devaient être faites, interventions qu'on a vues dans les découlants qui sont actuellement en question, est-ce qu'on devrait modifier la décision d'avoir un moratoire sur la production animale et quel genre de critères devraient être retenus?

Ça fait que je vais laisser le Dr Dionne parler plus des résultats de cette étude-là. Le responsable, c'est le Dr Patrick Levallois, chez nous, qui, depuis le début, est impliqué dans l'évaluation. Mais, comme il n'a pas travaillé tout seul, le Dr Levallois, il l'a fait comme on le fait souvent, dans une équipe de recherche.

M. Dionne (Marc): En fait, ça a été un programme de recherche qui a été mené conjointement par le ministère de l'Environnement, nous, à l'institut, et un peu le ministère de l'Agriculture pour évaluer l'impact de la production agricole, dans des zones à haute densité de production agricole — donc c'était plus large que production porcine — sur la contamination de l'eau potable qui pourrait avoir des impacts sur la santé de la population, donc réellement production agricole à travers l'eau potable, donc pas l'ensemble de l'environnement.

Et, nous, le volet santé, il y avait cinq aspects, cinq études en fait différentes. On a étudié la consommation de l'eau potable dans la population adulte de ces régions-là en comparaison avec des régions, là, qui étaient considérées comme à moins forte densité de production agricole. Donc, est-ce qu'on consommait moins d'eau dans ces régions-là, en estimant qu'il y avait un risque de contamination? Première étude.

On a fait une étude aussi de la consommation d'eau chez les nourrissons particulièrement en relation avec une contamination possible des nitrates, parce que les premiers qui seraient touchés s'il y avait trop de nitrates dans l'eau potable... Ce sont les nutritions qui seraient particulièrement vulnérables. Donc, on a étudié ça. On a aussi étudié l'incidence des maladies entériques. Ce que le ministère de l'Environnement a fait, il a choisi un échantillon de puits. Il est allé mesurer la contamination bactériologique dans ces puits-là, et, nous, simultanément, on a mené une étude épidémiologique chez les propriétaires — de ces gens-là — pour être en mesure de voir est-ce que les puits avaient une contamination bactérienne et est-ce que les gens étaient plus hospitalisés ou avaient plus eu de gastroentérites en relation avec cette pollution bactérienne. Et on a fait... aussi pour les nitrates. On l'a fait pour la population en général. On ne s'attendait pas de trouver grand-chose. Et on a fait les hospitalisations donc où on a pris l'ensemble de la population de ce qu'on appelait, là, ces sept bassins versants à haute densité de production agricole; on a comparé les hospitalisations pour maladies entériques en général avec des populations dans des zones de production moindre. Et les études, avec les limites qu'on a, là — qu'on a fait ça pendant une courte période de temps, dans quelques bassins — mais ne semblent pas démontrer, à ce moment-ci, un impact significatif sur la santé des humains.

● *(17 h 40)* ●

La seule étude qui a démontré quelque chose, c'est celle sur les hospitalisations, où il y a un taux un peu plus élevé d'hospitalisations pour maladies infectieuses, gastroentérites dans les régions à forte production. Mais, quand on analysait au niveau des puits, les diarrhées en relation avec les puits, il ne semblait pas y avoir d'impact. Les nitrates chez les enfants et dans la population en général, il ne semblait pas y avoir d'impact non plus.

Mais ce qui n'apparaît pas actuellement dans ce qui a sorti puis ce qu'on vous dit aujourd'hui, puis qu'on est un petit peu prudents à amener, ce sont les recommandations. Il y avait quand même un certain nombre de recommandations que l'équipe du Dr Levallois a faites qui vont être rendues disponibles au moment où les études seront déposées.

Mme Harel: Si je comprends bien, c'est une photo de la situation telle qu'elle se présentait au moment où il y avait un moratoire. Est-ce que vous pouvez, scientifiquement, prévoir que la situation va demeurer la même — comment est-ce qu'on dit ça, là? — mutatis mutandis, avec la levée du moratoire s'il y a un épandage, si vous voulez, accru?

M. Dionne (Marc): Comme je le disais, l'étude portait sur l'impact de la production en général sur l'eau. Donc, ce qu'on pense en relation avec la production porcine, c'est qu'il pourrait y avoir d'autres types d'exposition, entre autres à travers l'air donc possiblement. Et on pourrait aussi penser que, dans des zones plus localisées, parce que ce qu'on appelait... C'étaient

des études écologiques donc qui portaient quand même sur des grandes zones, des populations où on n'était pas capable de mettre nécessairement... Sauf l'étude sur les puits, pour les hospitalisations, on ne pouvait pas réellement évaluer est-ce que les gens avaient été exposés ou non. Mais, pour la production porcine, c'est sûr que, si on crée des grands centres de production avec une forte contamination dans un environnement restreint... Donc, la méthodologie des études qu'on avait ici ne nous permet pas de conclure que, dans certaines circonstances, il n'y aurait pas de problème. Et on a vu ce qui s'est pas à Walkerton; il a suffi d'un ensemble de circonstances pour amener un impact assez significatif sur la santé humaine.

Donc, nous, ce qu'on recommande, c'est qu'il y ait quand même un suivi assez attentif de la contamination environnementale qui va résulter de l'accroissement de la production porcine, qu'on développe peut-être de nouveaux indicateurs plus sensibles pour mesurer l'impact chez la santé humaine et qu'on permette aux populations qui vont être concernées par ces productions agricoles d'avoir leur mot à dire, parce que c'est un des éléments qu'on amène: en matière de gestion du risque, il faut que les citoyens concernés aient voix au chapitre. Donc, pour nous, la gestion du risque — et la production agricole, la production porcine, c'est un risque — la gestion du risque, elle doit impliquer les citoyens. Elle doit les impliquer au niveau de leurs municipalités, mais elle doit les impliquer aussi au niveau des représentations qu'ils pourront faire au ministère de l'Environnement, dans l'établissement des normes.

Parce que ce qu'on comprend avec la loi n° 54, c'est qu'on va habiliter les municipalités pour certaines mesures au niveau de la construction des sites, mais ce sera le ministère de l'Environnement qui restera responsable des normes. Et il faudra s'assurer que les normes qu'on établit au Québec en matière d'exposition à la pollution agricole vont être des normes, là, qui seront optimales au point de vue de préservation de la santé.

Le Président (M. Copeman): Ça va, Mme la députée?

Mme Harel: Il y a peut-être Dr Massé qui a autre chose?

Le Président (M. Copeman): Oui.

M. Massé (Richard): Je voulais vous soulever la prudence des propos du Dr Dionne puis la prudence des propos de l'Institut de santé publique pour dire que c'est quelque chose qu'il va falloir continuer de suivre. Parce qu'à chaque fois qu'on a un dépassement de la production de produits présentant des risques et puis un dépassement de la capacité des sols de les absorber, il peut y avoir accumulation et conséquences dans les milieux qui sont vulnérables.

Donc, il y a des endroits où est-ce qu'il peut y avoir des situations qui vont rendre les gens plus vulnérables — pour porosité des sols — pour x, y, z raisons. Et on est très prudents de ne pas dire que c'est quelque chose qui est comme: Bon, bien, c'est fini, merci beaucoup.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme Harel: Oui, merci, M. le Président.

Volet prévention et lutte contre le tabagisme

Le Président (M. Copeman): J'avais trois choses à aborder avec vous, Dr Massé. On va tenter de le faire rapidement. La lutte au tabagisme. Je sais que vous avez mis à jour, je pense, votre monographie sur l'évolution du tabagisme au Québec qui couvrait les années, quoi, 1994 à 2001, c'est bien ça?

Est-ce qu'il y a d'autres études par la suite de ça? Avez-vous pu conseiller le ministère de la Santé et des Services sociaux en ce qui concerne la lutte au tabagisme, et en particulier chez les jeunes? Je pense qu'«anecdotallement» on a tous certaines tendances à croire qu'en particulier chez les jeunes filles il y a une augmentation qui, je crois, est très inquiétante, que le taux de tabagisme en général est en décroissance. Mais, chez certains sous-groupes, c'est soit en progression ou stable, ce qui est très inquiétant. Alors ça, c'est la première question. Mais on va les prendre une à une pour ne pas mêler le monde.

M. Massé (Richard): Bon. D'accord. Merci beaucoup. Je vais commencer, puis probablement que le Dr Morin pourra rajouter des choses. Je vais essayer de lui laisser des choses... pour qu'il me dise que j'ai tout dit, comme tantôt.

D'abord, la question du tabagisme nous préoccupe particulièrement. Vous savez que le Québec avait un bilan plutôt lourd et qui avait un impact sur les taux de mortalité par cancer et par maladie cardiovasculaire qui étaient plus élevés au Québec qu'ailleurs au Canada. Et essentiellement c'était dû au fait qu'il y avait plus de fumeurs — puis des fumeurs jeunes — plus de fumeurs au Québec qu'au Canada.

Je dois dire cependant qu'en matière de tabagisme le Québec a pris les bouchées doubles au cours des dernières années, notamment avec l'introduction de la Loi sur le tabac pour laquelle on a, après tout, eu une série d'interventions qui nous ont permis de réduire considérablement les taux de tabagisme et chez les adultes et chez les jeunes. On a eu une augmentation du tabagisme chez les jeunes durant la période où est-ce qu'on a abaissé les taxes sur le tabac. Et ça a été très, très bien démontré, la corrélation entre l'abaissement des taxes et l'augmentation du tabagisme, notamment chez les jeunes. Mais par la suite on a augmenté les niveaux de taxes, et aussi il y a eu toute une série d'interventions qui font que maintenant on baisse le taux de tabagisme chez les jeunes. Mais, vous l'avez mentionné, le tabagisme chez les jeunes filles reste un phénomène qui est préoccupant. Donc ça, c'est quelque chose qu'on ne perd pas de vue.

Le ministère de la Santé nous a demandé de développer une équipe support scientifique recherche, mais recherche aussi très axée sur les interventions terrains. Ce n'est pas de la recherche trop dans les airs, c'est très, très concret par rapport aux besoins d'intervention. Et on est en train de mettre en place cette équipe-là. Il y a déjà certaines personnes qui ont été

engagées. On est en train de le faire et on pense que ça, ça va être un facteur important.

Il y a deux études importantes — il y en a plus que deux — mais deux études qu'on a faites. Et là je vais ouvrir les études puis je vais laisser Réal en parler. La première, c'est sur la dénormalisation dans la lutte au tabac. Pendant trop longtemps, on a considéré, au Québec — mais on a considéré partout dans le monde — que c'était normal de fumer et c'était normal que ce produit-là puisse être accessible sans aucune limite. Maintenant, les gens comprennent bien que le tabagisme passif est une chose qui est problématique pour tout le monde et qu'on doit montrer jusqu'à quel point il y a une certaine perversité, entre guillemets, c'est taxer un produit qui tue les gens qui l'utilisent, littéralement. Ce n'est pas tellement compliqué. C'est assez évident, c'est très, très bien démontré.

Et donc on a fait cette étude-là pour voir comment est-ce qu'on pourrait faire pour changer l'image, la perception — c'est beaucoup une question de culture — changer cette image-là de telle sorte que les gens comprennent que la norme, c'est de ne pas fumer. Et puis ceux qui fument, ils ont le droit de fumer, mais ils ont droit à de l'aide et puis ils doivent éviter de transmettre le risque aux autres. Et ça, cette norme sociale là est en train d'évoluer au Québec. Et l'étude porte essentiellement là-dessus. Je vais laisser Dr Morin en parler plus, de cette étude-là. On pense que, ça, il y a une avenue importante.

La deuxième, c'est un avis scientifique sur la prévention du tabagisme chez les jeunes. On a fait une revue assez exhaustive des interventions publiques auprès des jeunes qui pourraient avoir un impact, pour dire: Comment est-ce qu'on devrait travailler avec les jeunes? C'est quoi, les choses qui sont efficaces? Justement, comment aborder les différences culturelles — on en parlait tantôt — les différences reliées au sexe — il y en a — et adapter nos outils d'intervention? Ça aussi, on pense que c'est le genre d'avis qui est utile à tout le monde pour faire évoluer nos interventions.

Enfin, on a été amenés à faire des projets d'évaluation, comme un projet qui s'appelle Mission TNT.06, donc qui sont des projets d'intervention auprès des jeunes de sixième année pour lesquels on est amenés à évaluer des interventions pour voir à ce que ces interventions-là rejoignent les bonnes personnes. Est-ce que ces interventions-là ont toute l'efficacité qu'ils doivent avoir? Est-ce qu'ils ont des effets secondaires, ces interventions-là? Donc, j'ouvre la porte au Dr Morin pour qu'il puisse parler de ces activités-là, qui sont, pour nous, très, très importantes.

● *(17 h 50)* ●

M. Morin (Réal): Je compléterai de la façon suivante. D'abord, on a un programme robuste de lutte contre le tabagisme au Québec. Vous savez qu'on révise la loi l'année prochaine. Ça va nous donner l'occasion de vérifier les forces et les faiblesses encore existantes et de renforcer la lutte contre le tabagisme.

Quand on examine la situation des jeunes en particulier qui vous préoccupe, à raison, évidemment, et qu'on a fait comme récemment un inventaire des interventions efficaces, on a toujours dans l'esprit d'essayer d'agir directement auprès des jeunes en les informant, ou en les éduquant, ou en faisant en sorte finalement qu'ils adoptent le comportement souhaité évidemment de ne pas fumer. On se rend compte, malheureusement, qu'on n'a pas trouvé, malgré tous les efforts qui sont menés internationalement, de bonnes façons de réussir à faire en sorte que nos jeunes traversent l'adolescence sans être tentés, malheureusement, encore de façons trop nombreuses, aujourd'hui, à essayer et, malheureusement, à faire en sorte qu'un certain nombre d'entre eux développent la dépendance de laquelle ils devront s'asservir plus tard.

On a même constaté que des programmes d'éducation chez les jeunes, en prévention du tabagisme, bien faits, axés sur les jeunes de fin primaire, avant le passage au secondaire, parce qu'on sait, là, que c'est une transition douloureuse, difficile pour les jeunes, en tout cas très tentante pour ce qui est de l'usage du tabac... que les groupes exposés à une intervention de prévention bien faite fumaient plus que le groupe non exposé. La recherche nous a démontré finalement qu'on les avait fait plus fumer qu'autre chose. Ce qui nous a amenés à une extrême prudence par la suite et à passer le message sur le tabac, et même plus largement, que, quand on pense qu'on fait bien auprès des jeunes en leur donnant de l'information, on ne fait pas toujours bien et ce n'est pas suffisant d'avoir une bonne idée puis d'avoir un beau message à passer pour que ça donne les résultats escomptés.

Le Président (M. Copeman): Je le constate quotidiennement comme père de deux ados.

M. Morin (Réal): Oui. Et la science va de ce côté-là aussi, ce qui fait qu'on reconnaît encore aujourd'hui que la taxation et les mesures environnementales, donc les environnements sans fumée, restent encore les armes les plus intéressantes pour lutter contre l'usage du tabac, y compris chez les jeunes.

Il y a quand même des choses intéressantes, et je fais référence aux dimensions de dénormalisation. Vous avez probablement vu et entendu le message De Facto. C'est un groupe, en fait c'est parrainé par l'Association du sport étudiant, et où l'approche, c'est d'impliquer les jeunes et de faire des jeunes des militants d'une certaine façon, militants évidemment en prévention du tabagisme mais des militants anticompagnies de tabac à la limite, c'est-à-dire qu'ils démontrent clairement ou qu'ils agissent et qu'ils passent le message que: Ce n'est pas vrai, nous autres, jeunes, qu'on va se faire avoir par des compagnies de tabac qui vont nous faire fumer. Donc, une réaction d'opposition à ce que tout le monde sait encore aujourd'hui: des façons pour les compagnies de tabac d'attirer les jeunes, il en existe encore.

Évidemment, ça fait sursauter les compagnies de tabac qui disaient bien évidemment: Il y a exagération, etc. Mais on sait que, d'un strict point de vue d'analyse évidemment non politique de la chose et strictement d'un point de vue scientifique, quand on examine les expériences, en Floride notamment, sur cette façon-là d'aborder les jeunes, donc non pas en les éduquant: Voici ce qu'il faut faire, mais en développant chez eux des aptitudes de militantisme, ça donne des résultats intéressants. Et c'est une façon d'aborder la question de la dénormalisation. On transforme les normes vers une norme non-fumeurs, et les militants jeunes peuvent

avoir beaucoup d'influence auprès d'autres. Et c'est une façon originale, intéressante sur déjà les choses sur lesquelles on se penche.

Comme institut, nous avons des responsabilités directes, au cours des prochaines années, d'outiller le ministère ou le gouvernement par rapport à des décisions sur les meilleures mesures à prendre. Nous sommes à constituer une équipe. Nous avons du financement pour ça. Nous faisons du recrutement actuellement. Et toutes ces dimensions-là seront traitées — de la surveillance jusqu'à l'évaluation des mesures — y compris un ensemble de mesures dites sociopolitiques pour agir sur le problème.

Le Président (M. Copeman): Parce qu'il y a des forces importantes qui jouent là-dedans, hein? Mon épouse et moi, nous sommes des cinéphiles, et on a remarqué récemment une tendance importante, dans les films, surtout de Hollywood, de montrer des gens qui fument presque constamment. On a vu un film récemment, là; quelqu'un allumait une cigarette aux 15 minutes. Je pense que c'est un changement parce que, pendant des années, les producteurs de films avaient, je pense, une attitude de ne pas démontrer des gens qui fumaient. Mais là on glisse beaucoup, je crois. C'est purement «anecdotal», là, mais ça m'a frappé à quel point de plus en plus on voit, quand on regarde des films, des gens qui fument.

M. Morin (Réal): Il y a des recherches qui se font là-dessus. On sait que les compagnies utilisent évidemment l'«exposure» des films et des personnages, et évidemment c'est une aberration. On pourrait en convenir, qu'il pourrait tout à fait y avoir des films sans que les comédiens utilisent la cigarette, ça, c'est très clair.

Interventions pour contrer le virus du Nil occidental et le suicide

Le Président (M. Copeman): Oui. Deux autres questions, brièvement, parce qu'il nous reste à peine cinq minutes: l'implication de l'institut dans le virus du Nil occidental — le dépistage et les préventions m'intéressent beaucoup — et également la question de suicide chez les jeunes que vous avez identifiée, dans plusieurs de vos documents, comme priorité 2002-2003.

Alors, dans les deux cas, est-ce qu'on pourrait avoir des informations supplémentaires en ce qui concerne le dénouement de certains travaux dans ces deux dossiers-là?

M. Massé (Richard): Oui. Je vais y aller, parce que, si, dans cinq minutes, on veut répondre aux deux, je vais ramasser, bien que mes confrères pourraient en parler très longuement. Pour ce qui est du virus du Nil occidental, on a été impliqués, dès le début, avec le ministère de la Santé d'abord pour développer un système intégré de surveillance tant au niveau des animaux, par exemple les oiseaux concernés, les vecteurs qui sont des moustiques mais de plusieurs natures — il y a plusieurs types de moustiques qui peuvent transporter le virus — et du côté des humains. Il faut intégrer ces différentes sources d'information là pour savoir les zones où est-ce qu'on a un risque qui existe pour la population et, à ce moment-là, voir, décider est-ce qu'on doit ou non intervenir.

Et là on a développé, l'année passée — l'année d'avant mais surtout l'année passé — un système intégré de surveillance. Cette année, ce système-là est réactivé et est efficace. Et ça inclut des liens avec le MAPAQ, ça inclut des liens avec les gens qui sont responsables de la santé animale et au niveau de l'environnement.

Les autres choses qu'on a faites pour le virus du Nil occidental, c'est de faire des évaluations par rapport aux différents produits qui pourraient être utilisés s'il devenait nécessaire de réduire les risques dans les régions. Il y a plusieurs types de produits. Il y a, par exemple, ce qu'on appelle le Bti, le Bacillus thuringiensis, qui est un insecticide bactériologique, alors qu'on a d'autres produits, comme le malathion, qui sont des pesticides de nature chimique. Et, au Québec, au cours des deux dernières années, on a été amenés à intervenir avec le Bti, mais on n'a pas utilisé de malathion comme ça a été utilisé largement aux États-Unis justement, puisqu'on voulait intervenir en prévention. Le ministère nous a demandé de définir des critères qui nous permettraient de choisir où, quand, comment on devrait intervenir, sur quels territoires puis d'être capables de faire face à des situations au fur et à mesure que l'épidémiologie évolue au cours de l'année, être capables de savoir: Est-ce qu'on doit changer notre plan d'intervention? Est-ce qu'on doit le faire évoluer? Est-ce qu'on doit intervenir dans telle région ou pas? Et ça, on le fait évidemment avec le ministère de la Santé et avec les régions concernées parce que les régions, eux autres, ont des efforts de prévention à faire. Je ne vais pas parler de ce que les régions font, mais ils font des efforts de prévention puis de suivi, donc ils sont responsables aussi. Donc, on travaille avec eux autres.

L'autre chose qu'on a faite, ça a été d'offrir des tests pour le VNO. Donc, le Laboratoire de santé publique du Québec a développé une capacité de faire les tests. Dans les premières années, ces tests-là étaient faits à Winnipeg. Et on s'est retrouvé avec des anomalies parce qu'ils n'étaient pas capables de répondre à la demande pancanadienne. Et on s'est retrouvé avec des anomalies comme connaître, au mois de mars, des gens qui avaient été potentiellement contaminés à l'été d'avant. Donc, vous voyez qu'au niveau de l'intervention ce n'était pas optimal. Je ne veux pas dire qu'ils ne nous offraient rien du tout, mais, bon, il y avait une limite, alors que maintenant on est capables d'offrir, en dedans de 48, 72 heures ou le plus large délai, c'est une semaine — je ne me trompe pas, Jean; 48, 72 heures...

Une voix: C'est plus court que ça.

M. Massé (Richard): Plus court; ils sont très bons, au Laboratoire de santé publique. Donc, c'est plus court que 48 heures. Et puis là on est capable d'offrir très rapidement les résultats, ce qui nous permet d'intervenir au moment où la contamination est présente. Donc ça, ça nous donne, je pense, une capacité de laboratoire qui était essentielle pour être capable de prendre des décisions.

Enfin, on supporte Héma-Québec pour faire des tests pour toutes les unités sanguines. On connaît

maintenant la possibilité de transmission sanguine du virus. Donc, on supporte Héma-Québec en faisant des tests pour eux et être capable donc d'offrir ce service-là. Peut-être que Jean a un complément d'information.

M. Joly (Jean): Pour les tests pour les moustiques, le délai de réponse est de moins de 24 heures dans 95 % des cas. Pour chez les humains, les délais sont de moins de 24 à 48 heures après le prélèvement du dernier échantillon chez le malade, mais souvent on doit attendre une semaine, deux semaines et même trois semaines avant le prélèvement du dernier échantillon. Mais, à partir du moment où on a les deux échantillons en laboratoire, les délais de réponse sont très courts.

Le Président (M. Copeman): Je ne veux pas prolonger indûment la séance, mais selon vous est-ce que les médecins sont assez bien informés? Parce que ça, c'est l'autre élément: c'est bien beau d'avoir ces tests-là... En tout cas, ça s'adonne que je connais quelqu'un de mon comté qui a attrapé le virus du Nil occidental à Montréal — c'est rare, mais ça arrive — et les médecins, à l'hôpital, ont été très lents à vouloir même envoyer cette personne-là pour un test de dépistage.

• *(18 heures)* •

M. Massé (Richard): Bien, écoutez, c'est sûr que c'est un nouveau problème canadien. Ce n'est pas un nouveau problème au niveau international. Les gens, en Europe, sont habitués à faire face au virus du Nil occidental — tout le pourtour méditerranéen pour lequel il y a eu des éclosions successives. Mais, pour nous, on a un apprentissage qui doit être fait à tous les niveaux. Et les gens n'y pensent pas automatiquement, puisque les symptômes initiaux sont des symptômes qui sont non spécifiques. Ça fait qu'à moins que la personne se présente avec une encéphalite, là, à ce moment-là, généralement le neurologue va penser, dans son diagnostic différentiel, qu'il y a possiblement un virus du Nil occidental. Et essentiellement un des protocoles qu'on a faits, c'est que tous les gens qui ont des symptômes neurologiques sévères qui pourraient être compatibles avec le virus du Nil sont testés puis référés dans notre système de surveillance.

Donc, on a élargi notre système de surveillance pour être sûrs qu'on n'en manquait pas. Mais, si le médecin n'y pense pas puis qu'il y a des symptômes non spécifiques, comme on a au début de la maladie, effectivement c'est une chose qui arrive.

Il y a des efforts qui ont été faits pour informer la population, informer les médecins. Il y a des programmes de formation qui ont été faits. À chaque année, l'institut est responsable d'offrir des programmes de formation. Il y en a eu un cette année où est-ce qu'on a eu 350 personnes, quelque chose comme ça, à peu près. Et puis donc il y en a eu. Il y en a eu du côté des laboratoires aussi, où est-ce que vous avez été impliqués à donner des programmes de formation au niveau de tous les laboratoires du Québec. Donc, on est impliqués dans ces programmes-là. Il y a un site Web sur lequel on a fait l'information. Ceci dit, comme c'est un nouveau problème, ça prend des années avant que l'information se diffuse correctement puis que les gens aient le réflexe d'y penser quand ça arrive. Donc, il ne faut pas lâcher ces efforts-là tant au niveau de la population qu'au niveau des intervenants de santé. Ça fait que, là-dessus, comptez sur nous, on va jouer notre rôle.

Pour ce qui est du suicide, un problème majeur — vous allez me permettre de prendre deux minutes en excès du temps? — problème de santé majeur pour lequel on est très préoccupés, pour lequel le ministre de la Santé est aussi très préoccupé. Le Québec a des taux de suicide qui sont préoccupants — je pense qu'on peut se le dire — mais pas seulement chez les jeunes. Parce qu'on a tendance à dire: Les taux de suicide chez les jeunes. Oui, les taux de suicide sont très préoccupants chez les jeunes, mais on en retrouve surtout dans la population des jeunes adultes — et c'est là qu'on retrouve le maximum — mais aussi chez les personnes âgées. Vraiment, au Québec, on en a partout. Et ça a augmenté chez les jeunes, chez les jeunes adultes, au cours des 20 dernières années.

Deux choses qu'on a fournies très récemment au ministère de la Santé: une évaluation épidémiologique de l'évolution du suicide chez les jeunes avec les facteurs qui y étaient associés, qui ont été rendus disponibles — je ne sais pas si c'est sur le site Web...

Une voix: Oui, c'est sur le site Web.

M. Massé (Richard): C'est sur le site Web. Donc, on a donné l'information au ministère, au ministre et on l'a mise sur le site Web.

Une deuxième, qui est une revue des interventions efficaces pour la prévention sur le suicide. Il y a un groupe de travail qui a été mis de l'avant par le ministère de la Santé pour justement accroître notre capacité d'intervention auprès du suicide, ce qui inclut les interventions cliniques. On sait qu'il y a plusieurs facteurs de risque pour le suicide, notamment les gens qui ont des problèmes de dépression, des problèmes psychologiques et les gens qui ont des problèmes de toxicomanie, d'utilisation d'alcool, et autres. Il y en a beaucoup, mais ces deux-là sont des facteurs très, très importants. Et on sait qu'il y a des gens pour lesquels... ils auraient pu bénéficier de traitements, et les gens n'ont pas toujours pensé que le suicide pourrait être une conséquence immédiate.

Donc, il y a une question d'intervention auprès des intervenants de santé. Ça, c'est un bout. Mais, nous, on intervient beaucoup plus en amont que ça. On a fait une revue de la littérature qu'on a faite avec le ministère de la Santé, qu'on a remise au ministre et qui est... — je ne sais pas si elle est sur le site Web déjà, celle-là...

Une voix: ...sur les jeunes? Oui.

M. Massé (Richard): Non.

Une voix: Ah, l'épidémiologie? Oui.

M. Massé (Richard): Les deux.

Une voix: Les deux sont disponibles.

M. Massé (Richard): Bon. Bien, les deux sont sur le site Web. C'est parce que c'est très récent. Donc, là, nous, on a toujours un délai pour le mettre sur le site Web, là — la question qu'on vous a dite tantôt. Donc, ils

sont déjà rendus accessibles, ces études-là. Et on va continuer de suivre cette question-là et d'être impliqués directement mais comme experts. On n'est pas impliqués directement sur le terrain, mais, comme experts, on est impliqués directement.

Le Président (M. Copeman): Dr Massé, merci beaucoup de cet échange, à vous et votre équipe, évidemment. Ça valait la peine, je crois, de déplacer les experts qui sont avec vous. En tout cas, pour ma part et, je pense, pour la part des parlementaires, on a eu trois heures très, très, très fructueuses. Vous avez pu répondre à toutes nos questions sans hésitation. Vous nous avez donné beaucoup, beaucoup d'informations. C'est fort apprécié par les parlementaires dans cet exercice de contrôle parlementaire. Je vous remercie encore une fois.

Et, sur ce, j'ajourne les travaux de la commission jusqu'à 13 heures, demain, afin d'exécuter un autre mandat. Merci.

(Fin de la séance à 18 h 4)