



Rapport annuel de gestion 2008-2009

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2008-2009

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Institut national
de santé publique

Québec 

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la *Loi sur le droit d'auteur*. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Photo de la page couverture : « Le saut d'Annie », Agathe Croteau, médecin conseil, Institut national de santé publique du Québec

Dépôt légal – 4^e trimestre 2009

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISSN : 1713-9848 (version imprimée)

ISSN : 1918-1477 (PDF)

ISBN : 978-2-550-56729-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-56730-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2009)

Table des matières

1	MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	1
2	DÉCLARATION ATTESTANT LA FIABILITÉ DES DONNÉES	3
3	PRÉSENTATION DE L'INSTITUT	5
4	FAITS SAILLANTS	11
5	RAPPEL DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE DE L'INSTITUT	15
6	SOMMAIRE DES RÉSULTATS	17
7	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	21
	ORIENTATION 1 – CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION	21
	Axe d'intervention 1 Soutien offert par l'Institut aux décideurs et aux acteurs en santé publique	21
	ORIENTATION 2 – DÉVELOPPER ET METTRE À PROFIT LES CONNAISSANCES EN SANTÉ PUBLIQUE	36
	Axe d'intervention 2 Consolidation de la recherche à l'Institut	36
	Axe d'intervention 3 Transfert et échange des connaissances	41
	ORIENTATION 3 – ASSURER LA QUALITÉ DES ACTIVITÉS ET DES SERVICES DE L'INSTITUT	47
	Axe d'intervention 4 Respect des besoins et des attentes des clients	47
	Axe d'intervention 5 Rigueur scientifique et qualité professionnelle	52
	Axe d'intervention 6 Coordination optimale des activités et des services	55
8	UTILISATION DES RESSOURCES	57
9	AUTRES EXIGENCES LÉGISLATIVES ET GOUVERNEMENTALES	61
10	ÉTATS FINANCIERS DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009	63
	ANNEXE 1 : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Institut national de santé publique du Québec	79

Mot du président-directeur général

C'est avec plaisir que je vous présente le rapport annuel de gestion 2008-2009 de l'Institut national de santé publique du Québec, organisation que j'ai le privilège de diriger depuis le 1^{er} décembre 2008. Les nombreuses réalisations accomplies au cours de la dernière année témoignent de l'engagement de l'Institut au regard de sa mission et de sa volonté de contribuer à l'amélioration de la santé de la population.

Le siège social de l'Institut à Québec

Le présent rapport annuel de gestion complète la reddition de compte de l'Institut en ce qui concerne la planification stratégique 2004-2008, dont l'application a pu être prolongée jusqu'au 31 mars 2009 à la suite d'une autorisation obtenue du ministre de la Santé et des Services sociaux. Dans l'ensemble, l'Institut a atteint les objectifs qu'il s'était fixé. Les résultats présentés dans ce rapport permettent de dresser un portrait global de ses réalisations et de l'utilisation de ses ressources au cours de l'année 2008-2009.



En plus des productions scientifiques qui ont retenu l'attention, d'importants changements ont aussi eu lieu au sein de l'organisation. L'année a en effet été marquée par le départ du Dr Richard Massé, qui a occupé le poste de président-directeur général de 2003 à 2008. Je tiens à cet égard à souligner la

remarquable contribution de mon prédécesseur au développement d'une expertise scientifique qui est aujourd'hui largement reconnue dans le domaine de la santé publique, tant sur la scène nationale qu'internationale. Je désire par la même occasion remercier le Dr Marc Dionne qui a assuré l'intérim à titre de président-directeur général à l'automne 2008. Le conseil d'administration de l'Institut a quant à lui accueilli cinq nouveaux membres en janvier 2009 et s'est doté d'un comité de gouvernance et d'éthique afin d'améliorer son fonctionnement et de faciliter son processus décisionnel.

Mon mandat s'amorce au moment où l'Institut souligne ses 10 ans d'existence. Au cours des dernières années, l'Institut a atteint une taille et une complexité qui l'ont amené à porter un regard critique sur ses activités et services. Une vaste démarche d'autoévaluation et un audit externe ont été réalisés pour améliorer la performance et

le fonctionnement de l'organisation. Les réflexions issues de ces exercices ont permis d'alimenter la troisième planification stratégique de l'Institut et de mettre en perspective un certain nombre d'enjeux pour l'organisation.

Au cours des cinq prochaines années, l'Institut entend réaffirmer son leadership scientifique en santé publique, mettre à profit des connaissances et des compétences adaptées aux publics cibles en plus de moderniser l'organisation dans une perspective d'excellence. Les orientations stratégiques retenues permettront de faire les choix nécessaires pour maintenir ce qui a jusqu'ici constitué sa plus grande force, l'expertise, et répondre adéquatement aux demandes de sa clientèle tout en élargissant la portée de ses travaux au sein du système de santé et de services sociaux. L'Institut devra d'ailleurs tenir compte de la présence d'autres acteurs importants dans son environnement externe, dont les différentes universités, l'École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM), les Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et le futur Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

Je soulignerais en terminant que la conclusion du présent exercice stratégique ouvre la voie à une plus vaste réflexion qui se poursuivra à l'interne et qui donnera lieu à un certain nombre d'autres actions qui permettront de consolider ou de revoir certaines de nos façons de faire dans une perspective d'amélioration continue de la performance.

Luc Boileau, M.D.
Président-directeur général

2

Déclaration attestant la fiabilité des données

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



Les bureaux de l'Institut à Montréal

L'information produite dans ce rapport :

- > décrit fidèlement la vision, la mission et les valeurs de l'organisme ainsi que le contexte dans lequel il évolue ;
- > présente les orientations stratégiques, les objectifs et les résultats atteints ;
- > rend compte de l'utilisation des ressources allouées à l'Institut ainsi que de ses obligations législatives et gouvernementales.

En conséquence, je déclare que les données contenues dans ce rapport ainsi que les contrôles afférents sont fiables et correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2009.

Luc Boileau, M.D.
Président-directeur général

Présentation de l'Institut

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



Le Laboratoire de santé publique du Québec

VISION

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

MISSION

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

Plus explicitement, cette mission consiste à :

- > développer la connaissance et contribuer à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population et de ses déterminants ;
- > développer de nouvelles connaissances et approches en promotion, en prévention et en protection de la santé ;
- > favoriser le développement de la recherche et l'innovation en santé publique ;
- > fournir des avis et des services-conseils ;
- > évaluer l'effet des politiques publiques sur la santé de la population ;
- > rendre accessible l'expertise en santé publique par des activités de formation continue ;
- > assurer des services :
 - de dépistage,
 - de laboratoire, notamment en microbiologie et en toxicologie,
 - de soutien au maintien de la qualité ;

- > favoriser l'échange et le transfert des connaissances ainsi que la collaboration internationale ;
- > contribuer à l'actualisation et au développement du Programme national de santé publique.

VALEURS

L'Institut inscrit ses activités dans une perspective générale d'équité et de recherche du bien commun. Il souhaite ainsi participer, dans les limites de ses responsabilités, à la réduction des inégalités en matière de santé et contribuer à l'atteinte d'un état de santé et de bien-être optimal au sein des groupes et des communautés.

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

CLIENTÈLE

L'Institut offre ses services aux clientèles prioritaires identifiées dans sa loi constitutive, c'est-à-dire le ministre de la Santé et des Services sociaux et son ministère, les agences de la santé et des services sociaux et les autorités régionales de santé publique, ainsi que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

D'autres clientèles importantes ont également recours aux services de l'Institut, notamment les autres ministères et organismes gouvernementaux, les milieux d'enseignement et de recherche, les organismes canadiens et internationaux de santé publique, les milieux autochtones, le secteur privé et le grand public.

CHAMPS D'EXPERTISE

Les interventions de l'Institut portent sur 10 grands champs d'expertise :

- > Développement, adaptation et intégration sociale
- > Habitudes de vie et maladies chroniques
- > Traumatismes intentionnels et non intentionnels
- > Santé au travail
- > Santé environnementale et toxicologie humaine
- > Maladies infectieuses et microbiologie
- > Impact sur la santé des systèmes de soins et de services
- > Impact des politiques publiques sur la santé
- > Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants
- > Santé des Autochtones

CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Institut est administré par un conseil d'administration composé du président-directeur général, le Dr Luc Boileau, et de 14 membres nommés par le gouvernement.

De ces membres, cinq personnes, dont deux directeurs de santé publique nommés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, proviennent du réseau de la santé et des services sociaux, quatre du secteur de l'éducation et quatre de différents secteurs socioéconomiques. Enfin, le conseil compte aussi pour membre le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux ou son représentant.

Les membres du conseil d'administration ont poursuivi leur réflexion sur leurs rôles et responsabilités en fonction des nouveaux principes, modes et règles de gouvernance. Ils ont mis en place un comité de gouvernance et d'éthique. Le mandat principal de ce comité consiste à élaborer des règles et des pratiques favorisant une saine culture de gouvernance afin d'améliorer le mode de fonctionnement du conseil et de faciliter un processus de prise de décision éclairé et efficace pour les questions de gouvernance et d'éthique. Le comité est composé de quatre membres du conseil, dont le président-directeur général et le vice-président du conseil. La présidence du comité est assumée par le vice-président. Le mandat ayant été entériné par le conseil le 25 février 2009, aucune rencontre n'a eu lieu en 2008-2009.

Le comité de vérification de l'Institut a tenu quatre réunions durant l'exercice financier 2008-2009. Ce comité est composé de trois membres du conseil d'administration. Le président-directeur général ainsi que le directeur et le directeur adjoint des ressources financières et matérielles de l'Institut sont invités de façon statutaire aux réunions de ce comité. Les représentants du Vérificateur général du Québec sont également invités dans le cadre de la planification et de la présentation des états financiers annuels. Les sujets principaux abordés, lors de ces réunions durant l'exercice se terminant le 31 mars 2009, ont été les suivants : la planification et les résultats de la vérification des états financiers par les représentants du Vérificateur général du Québec ; les états financiers par la direction des ressources financières et matérielles ; le processus budgétaire de l'Institut ; la gestion des liquidités ; la confirmation budgétaire du ministère de la Santé et des Services sociaux ; le suivi financier des projets spéciaux et des excédents ; les processus d'acquisition et de gestion des contrats ; les travaux de vérification relatifs à la gestion, à la conformité et à la reddition de comptes effectués par le Vérificateur général du Québec et le financement du dossier de l'équité salariale.

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'INSTITUT AU 31 MARS 2009

Le président-directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec



Luc Boileau
Président-directeur général
Membre du comité de gouvernance et d'éthique

Les cinq membres du réseau de la santé et des services sociaux



Réal Lacombe
Directeur de santé publique
et directeur de la santé
et des affaires médicales,
Agence de la santé et
des services sociaux de
l'Abitibi-Témiscamingue



Jacques Laforest
Directeur général,
Centre jeunesse de Québec



Chantale Lapointe
Directrice générale,
Centre de santé et de services
sociaux Jeanne-Mance
*(A démissionné le
12 janvier 2009)*



Richard Lessard
Directeur de santé publique,
Agence de la santé et des
services sociaux de Montréal



Danielle McCann
Directrice générale,
Centre de santé et
de services sociaux
du Sud-Ouest-Verdun

Les quatre membres du secteur de l'éducation



Michèle Côté
Professeure titulaire,
Université du Québec
à Trois-Rivières
*Membre du comité de
gouvernance et d'éthique*



Sonia Daoust
Coordonnatrice à
l'administration des écoles,
Fédération des établissements
d'enseignement privé
*Membre du comité de
gouvernance et d'éthique*



Diane Morin
Doyenne, Faculté des
sciences infirmières,
Université Laval



Hélène Payette
Professeure titulaire,
Département des sciences
de la santé communautaire,
Faculté de médecine et
des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'INSTITUT AU 31 MARS 2009 (SUITE)

Les quatre membres du secteur socioéconomique



Pierre-André Bernier
Président du conseil
d'administration,
Centre de réadaptation
Ubald-Villeneuve
*Président du comité de
gouvernance et d'éthique*
*Membre du comité
de vérification*



Elisabeth Khabar-Dembil
Directrice générale,
Carrefour de liaison et
d'aide multi-ethnique
(CLAM)



W. Robert Laurier, FCA
Président du conseil, SAJE
Montréal Métro
Conseiller Fulcrum Intl.
(Montréal)
*Président du comité
de vérification*



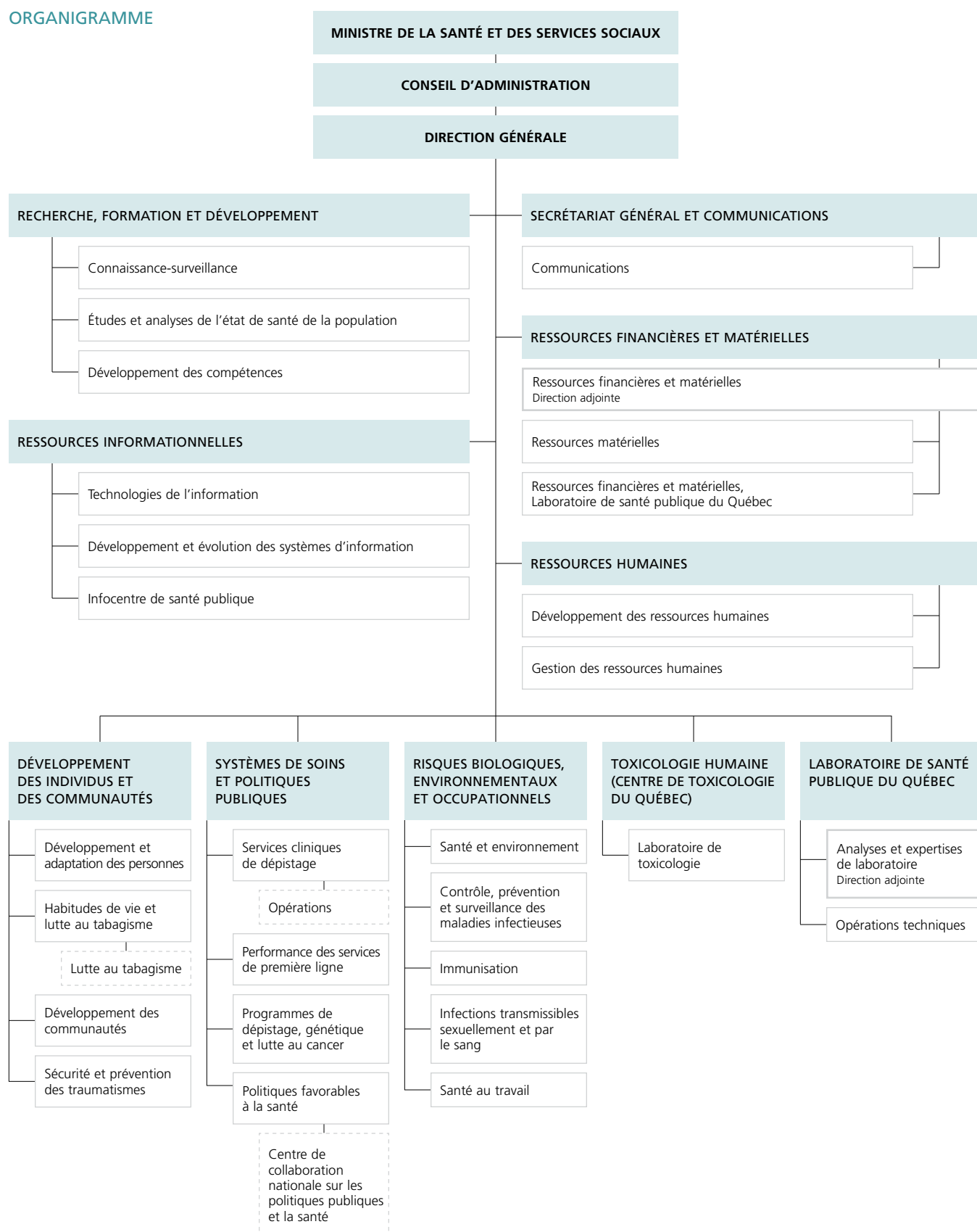
Jean Perras
Maire, municipalité
de Chelsea
*Membre du comité
de vérification*

La représentante du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux



Marie Rochette
Directrice de la promotion
de la santé et du bien-être,
Direction générale de la
santé publique, ministère
de la Santé et des Services
sociaux

ORGANIGRAMME



Faits saillants

Les activités et services offerts par l'Institut sont nombreux et couvrent de vastes champs d'expertise. Cette section illustre quelques-unes des réalisations marquantes de l'année 2008-2009.



DOMINIQUE ST-PIERRE

LISTÉRIOSE

Le Laboratoire de santé publique du Québec a participé activement aux investigations de santé publique associées aux éclosions de listériose qui ont touché le Québec, à la fin de l'été et à l'automne 2008. Les tests de laboratoire effectués avaient pour objectif d'établir un lien épidémiologique entre les bactéries isolées chez les personnes malades et celles isolées dans les aliments. Il a ainsi été possible d'identifier deux éclosions distinctes, dont l'une concernait la *Listeria monocytogenes* de pulsovar 93 associée à la consommation de fromage. Cette



DOMINIQUE ST-PIERRE

L'équipe « Identification bactérienne » du Laboratoire de santé publique du Québec

enquête a permis de dénombrier 38 cas de listériose dans huit régions sociosanitaires; 26 étaient des femmes parmi lesquelles 13 étaient enceintes. Au total, il y a eu trois décès périnataux et deux décès chez des personnes âgées. Il s'agit de la plus importante éclosion de listériose documentée au Québec. Quatre autres cas de listériose ont été liés à une éclosion distincte (pulsovar 136) associée à la contamination de produits composés de viandes provenant d'une usine de transformation alimentaire.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

La dernière année a vu les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) continuer leur progression parmi la population québécoise. Que ce soit les récentes épidémies de lymphogranulome vénérien et de syphilis infectieuse, l'augmentation de la transmission de la gonorrhée, la prévalence extrêmement élevée du virus de l'hépatite C (VHC) parmi les utilisateurs de drogue par injection ou encore la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) parmi les groupes vulnérables de la population, la situation préoccupe et fera l'objet du prochain rapport du directeur national de santé publique. Depuis janvier 2009, l'Institut participe d'ailleurs activement au comité de projet qui se charge de la préparation de ce rapport.

L'Institut a aussi poursuivi ses activités dans le domaine de la surveillance épidémiologique, de la formation, du contrôle des ITSS et du soutien à la mise en œuvre de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Plusieurs activités de surveillance sont en cours, dont celle du réseau SurvUDI, qui s'intéresse particulièrement à la transmission du VIH et du VHC parmi les utilisateurs de drogue par injection. Du côté de la formation, soulignons que depuis le 1^{er} janvier 2009, l'Institut assure le traitement et le suivi des demandes de formation dans le domaine des ITSS pour l'ensemble des régions du Québec, ce qui représente près d'une centaine de séances et plus de 3 000 participants par année. La création d'un consortium composé de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Institut permettra par ailleurs de mieux aider les cliniciens et de soutenir les directions de santé publique dans la promotion des ateliers de formation. Quant au contrôle des

ITSS, l'Institut a poursuivi ses travaux en sondant ses partenaires au sujet de la prévention et des soins associés au VIH afin d'optimiser son dépistage, de même que l'accès aux soins et au counseling.

Enfin, conformément au mandat confié par le Ministère en 2005, l'Institut a poursuivi ses activités afin de soutenir une démarche évaluative axée sur la mise en œuvre de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. En avril 2008, un séminaire méthodologique a été organisé sur le développement des capacités stratégiques des acteurs en prévention du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection. Des praticiens et des chercheurs œuvrant dans le domaine des ITSS, de la santé publique et dans le domaine social ont été conviés à ce séminaire pour explorer les approches et les processus pouvant faire en sorte que la recherche incite les acteurs sociaux à travailler ensemble et qu'elle contribue à développer leurs capacités stratégiques pour optimiser l'action préventive auprès des utilisateurs de drogue par injection. L'Institut a aussi offert son expertise pour accompagner le Ministère dans un exercice de réflexion sur l'implantation de la stratégie québécoise qui a donné lieu à un document de travail intitulé *Bilan de la mise en œuvre de la Stratégie ITSS : une analyse des points de vue du SLITSS*, en septembre 2008.

DÉPISTAGE DES CANCERS COLORECTAL ET DU COL UTÉRIN

L'intérêt du dépistage est fondé sur l'idée que la détection précoce de la maladie est généralement associée à une meilleure survie et à l'utilisation de traitements appropriés en temps opportun. Plusieurs rapports ont été publiés par l'Institut cette année.

Cancer colorectal

Quatre rapports ont été transmis au ministre de la Santé et des Services sociaux en 2009, soit une revue systématique des programmes de dépistage du cancer colorectal de la population à risque moyen, une revue systématique des études cliniques randomisées évaluant l'efficacité du dépistage populationnel du cancer colorectal de la population à risque moyen, une analyse de l'évolution de l'incidence et de la mortalité du cancer colorectal au Québec en comparaison avec le Canada hors Québec et les pays industrialisés, ainsi que les résultats d'une enquête sur les attitudes de la population québécoise envers le dépistage du cancer colorectal. Un avis sur la pertinence et la faisabilité du dépistage du cancer colorectal au Québec, produit par un comité scientifique constitué par l'Institut, a également été produit et transmis au ministre.



Cancer du col utérin

En janvier 2009, l'Institut a transmis un avis au ministre sur l'optimisation du dépistage du cancer du col utérin au Québec. Cet avis a sollicité la collaboration des représentants de toutes les disciplines en lien avec le dépistage, en plus de faire l'objet de présentations auprès de plusieurs organisations professionnelles. Le rapport comprend 13 recommandations portant sur les mesures structurantes, les paramètres du dépistage, les mesures pour améliorer la participation et les mesures de soutien pour améliorer la qualité et ajuster les interventions. Cet avis portait essentiellement sur le dépistage chez les femmes non vaccinées pour les virus du papillome humain (VPH). La détermination de la meilleure stratégie pour les femmes vaccinées devra faire l'objet de travaux ultérieurs. Cet enjeu illustre la nécessaire complémentarité entre le dépistage et la vaccination pour une vision intégrée de la prévention du cancer du col utérin.



TRAUMATISMES CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES

Depuis sa création en 1995, le Réseau francophone international en promotion de la sécurité et en prévention des traumatismes a permis le partage d'expertise et d'expérience chez les acteurs francophones œuvrant dans ce domaine par la tenue de plusieurs activités scientifiques, dont le séminaire francophone international qui en était à sa huitième édition cette année et avait pour titre : *Promouvoir la sécurité et prévenir les traumatismes des enfants et des jeunes âgés de 0 à 18 ans*. Fort de son leadership au sein du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes, l'Institut, de concert avec ses partenaires, a fait appel à la communauté francophone internationale pour organiser et contribuer à la tenue de cet événement à Montréal, les 20, 21 et 22 mai 2009. Ce séminaire était aussi l'occasion de promouvoir la version francophone du *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant* produit par l'OMS, ainsi que le *Rapport sur les traumatismes chez les enfants et les jeunes québécois âgés de 18 ans et moins* produit par l'Institut en complément au rapport de l'OMS. Ce dernier document décrit les principaux traumatismes chez les enfants et les jeunes québécois entre 2000 et 2005.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

La présence de l'Institut sur la scène francophone internationale a été importante cette année, particulièrement en ce qui a trait aux inégalités sociales de santé. L'Institut s'est en effet associé à des partenaires du Québec et de pays francophones pour organiser et coordonner la première rencontre francophone internationale en Amérique du Nord sur les inégalités sociales de santé tenue à Québec dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP). Plus de 850 personnes provenant de 21 pays, dont une soixantaine de boursiers et de boursières d'Afrique francophone, d'Afrique du Nord et d'Haïti, ont assisté à cette rencontre. L'Institut a d'ailleurs pu compter sur l'étroite collaboration de partenaires français, comme l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'Institut national de veille sanitaire (InVS). Cet événement, qui marque l'aboutissement d'une planification amorcée en 2006, a aussi été le déclencheur d'une série d'activités qui se poursuivront au cours des prochaines années sur la nécessaire réduction des inégalités sociales de santé dont l'OMS a fait sa priorité dans son document *Comblar le fossé en une génération*.

Rappel de la planification stratégique de l'Institut

Le rapport annuel de gestion constitue la pièce maîtresse de la reddition de compte de l'Institut et fait état des résultats obtenus en lien avec sa planification stratégique.

» Plan stratégique 2004-2008

La section «Présentation des résultats» du rapport annuel de gestion décrit l'atteinte des objectifs fixés pour chacune des trois orientations stratégiques de l'Institut :

- > Contribuer à l'amélioration de la santé de la population ;
- > Développer et mettre à profit les connaissances en santé publique ;
- > Assurer la qualité des activités et des services de l'Institut.

Puisqu'il avait obtenu l'autorisation du ministre de la Santé et des Services sociaux de reporter d'une année le dépôt à l'Assemblée nationale de son prochain plan stratégique, l'Institut a prolongé la période d'application de son *Plan stratégique 2004-2008* jusqu'au 31 mars 2009 et rend donc compte sur les mêmes objectifs pour une cinquième et dernière année.



6

Sommaire des résultats

Les résultats sont regroupés selon les trois orientations de la planification stratégique. Ces orientations sont constituées d'un ou de plusieurs axes d'intervention qui se traduisent en objectifs et en indicateurs. Le sommaire des résultats permet de voir le degré d'atteinte des objectifs pour chaque année de la planification stratégique.

ORIENTATION 1

CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

AXE D'INTERVENTION 1

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

OBJECTIFS	RÉSULTATS				
	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
1 D'ici le 31 mars 2008, assurer une veille sanitaire en produisant des études épidémiologiques et des portraits sur l'état de santé de la population et ses déterminants [PAGE 21]	●	●	●	●	●
2 D'ici le 31 mars 2008, réaliser des études concernant l'impact des politiques publiques sur la santé de la population [PAGE 24]	●	●	●	●	●
3 D'ici le 31 mars 2008, développer et soutenir la mise en place de mesures de promotion des habitudes de vie saines et sécuritaires en vue de prévenir les problèmes sociaux et de santé [PAGE 25]	●	●	●	●	●
4 D'ici le 31 mars 2008, évaluer les risques que représentent la transmission d'agents infectieux et les facteurs environnementaux défavorables à la santé [PAGE 27]	●	●	●	●	●
5 D'ici le 31 mars 2008, développer des programmes de contrôle de la qualité pour les services diagnostiques des laboratoires privés et publics en biologie médicale (biochimie, hématologie, microbiologie, pathologie), en imagerie médicale, en génétique humaine et en toxicologie [PAGE 33]	●	●	●	●	●

● ATTEINT ● PARTIELLEMENT ATTEINT ✕ NON ATTEINT ● EN COURS ○ À VENIR

ORIENTATION 2

DÉVELOPPER ET METTRE À PROFIT LES CONNAISSANCES EN SANTÉ PUBLIQUE

AXE D'INTERVENTION 2

CONSOLIDATION DE LA RECHERCHE À L'INSTITUT

OBJECTIFS	RÉSULTATS				
	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
6 D'ici le 30 juin 2005, produire un plan triennal (2005-2008) qui définit les créneaux et les priorités de recherche en santé publique de l'Institut [PAGE 36]	⊙	⊙	⊙	●	●
7 D'ici le 31 mars 2008, obtenir une reconnaissance comme milieu de formation et de recherche universitaire [PAGE 37]	●	●	●	●	●
8 D'ici le 31 mars 2008, contribuer à la définition des orientations et des priorités de recherche en santé publique avec les instances concernées [PAGE 39]	⊙	●	●	●	●

AXE D'INTERVENTION 3

TRANSFERT ET ÉCHANGE DES CONNAISSANCES

9 D'ici le 31 mars 2008, augmenter annuellement de 5 % le nombre d'activités de transfert et d'échange de connaissances entre les producteurs et les utilisateurs pour mettre à profit l'expertise en santé publique [PAGE 41]	○	⊙	●	●	●
10 D'ici le 31 mars 2008, contribuer au développement et au rayonnement de l'expertise québécoise en santé publique [PAGE 43]	●	●	●	●	●

● ATTEINT ○ PARTIELLEMENT ATTEINT ✕ NON ATTEINT ⊙ EN COURS ○ À VENIR

ORIENTATION 3

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

AXE D'INTERVENTION 4

RESPECT DES BESOINS ET DES ATTENTES DES CLIENTS

OBJECTIFS	RÉSULTATS				
	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
11 D'ici le 31 mars 2005, avoir mis en œuvre des mécanismes d'analyse et de rétroaction afin de connaître les besoins et les attentes des clients [PAGE 47]	⊙	●	●	●	●
12 D'ici le 31 mars 2006, accueillir, analyser, prioriser et traiter toutes les demandes conformément aux processus établis [PAGE 48]	○	⊙	◐	◐	●
13 D'ici le 31 mars 2007, évaluer la satisfaction des clients quant à la qualité des productions et les processus de réponse [PAGE 50]	○	⊙	◐	●	●

AXE D'INTERVENTION 5

RIGUEUR SCIENTIFIQUE ET QUALITÉ PROFESSIONNELLE

14 D'ici le 31 mars 2006, soumettre les activités et services de l'Institut à des processus d'assurance de la qualité [PAGE 52]	⊙	●	●	●	●
15 Assurer annuellement le perfectionnement et la formation continue d'au moins 90 % des ressources humaines de l'Institut [PAGE 54]	×	×	×	×	×

AXE D'INTERVENTION 6

COORDINATION OPTIMALE DES ACTIVITÉS ET DES SERVICES

16 D'ici le 31 décembre 2004, produire une programmation triennale (2005-2008) des activités et services de l'Institut afin de mobiliser les ressources internes et externes autour d'objectifs communs [PAGE 55]	●	●	●	●	●
---	---	---	---	---	---

● ATTEINT ◐ PARTIELLEMENT ATTEINT × NON ATTEINT ⊙ EN COURS ○ À VENIR



7

Présentation des résultats

Cette section présente le détail des résultats atteints au cours de la dernière année en fonction des objectifs fixés dans la planification stratégique de l'Institut.

ORIENTATION 1

CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

L'Institut joue un rôle important dans la définition et la compréhension des problèmes sociaux et de santé, ainsi que dans le cas des situations émergentes qui peuvent avoir des conséquences sur la santé de la population. De plus, il contribue à définir des interventions efficaces pour lutter contre ces problèmes. Il peut ainsi informer la population, les décideurs et les différents acteurs afin de les sensibiliser aux grands enjeux de santé publique et les inciter à promouvoir des actions préventives ou de promotion de la santé.

AXE D'INTERVENTION 1

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

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

OBJECTIF 1 D'ici le 31 mars 2008, assurer une veille sanitaire en produisant des études épidémiologiques et des portraits sur l'état de santé de la population et ses déterminants.

INDICATEUR 1.1 Études épidémiologiques et portraits de santé réalisés.

RÉSULTATS En 2008-2009, l'Institut a contribué au soutien de la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population grâce à l'Infocentre de santé publique du Québec, au site Web Santéscope et à Éco-santé Québec 2008. Il a aussi contribué à la réalisation d'un certain nombre d'études épidémiologiques dans le domaine de la couverture vaccinale, des habitudes de vie, de la santé et de la sécurité du travail et de la mortalité.

INFOCENTRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

L'Infocentre de santé publique du Québec est une infrastructure de services collectifs dont s'est doté le réseau de la santé publique pour soutenir les grandes fonctions définies dans la Loi sur la santé publique. Il s'agit d'un portail de services informationnels communs qui soutient la mise en œuvre de la fonction de surveillance de l'état de santé de la population, notamment le Plan commun de surveillance et les maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique. L'accès facile à des informations stratégiques normalisées et comparables permet de soutenir la production des plans régionaux et locaux de surveillance de même que les intervenants du réseau de la santé dans la planification de leurs activités.

Les produits de l'Infocentre sont le fruit d'une étroite collaboration entre les statisticiens et les épidémiologistes de l'Infocentre ainsi que les différents experts de l'Institut, des agences de la santé et des services sociaux, du ministère de la Santé et des Services

sociaux et de l'Institut de la statistique du Québec. Au cours de l'année 2008-2009, près de 40 nouveaux indicateurs ont été rendus disponibles sur le portail de l'Infocentre dans le cadre du Plan commun de surveillance. On y trouve entre autres renseignements des indicateurs issus du Fichier des décès, du Fichier Med-Écho, du Fichier des naissances vivantes, du Fichier des mortinaissances, du Fichier des lésions professionnelles, ainsi que des indicateurs environnementaux. De nouvelles fonctionnalités ont aussi été ajoutées pour les indicateurs de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 3.1) et les données de recensement. L'Infocentre contribue par ailleurs à des activités de formation et de développement des compétences en santé publique, notamment par la coordination des travaux d'élaboration du cadre méthodologique du Plan commun de surveillance. L'Infocentre s'est également vu confier deux nouveaux mandats de mise en œuvre d'indicateurs, l'un lié à l'évaluation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), l'autre à la surveillance et à la vigie de l'influenza.

SANTÉSCOPE

Le site Web SantéScope fournit des données générales sur l'état de santé et de bien-être de la population du Québec sous différents volets. Depuis le mois de juin 2008, trois nouveaux volets ont été ajoutés.

Le premier volet, intitulé *Comparaisons régionales*, présente des indicateurs de santé pour les 18 régions socio-sanitaires du Québec. Il permet notamment d'observer certaines disparités de santé entre les régions. Les données sont tirées

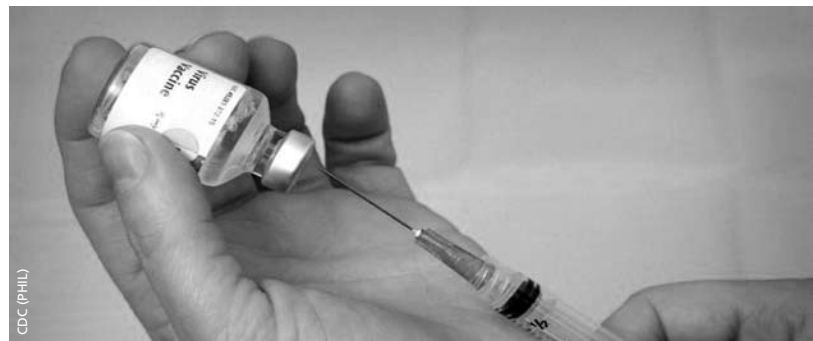


principalement d'Éco-Santé Québec. Le second volet, intitulé *Défavorisation*, permet de comparer des indicateurs en fonction de différents niveaux de défavorisation, tant pour sa dimension matérielle que sociale. Enfin, un dernier volet intitulé *Mortalité saisonnière* a été ajouté. Celui-ci présente des données à l'échelle du Québec sur une base annuelle, mensuelle, hebdomadaire et saisonnière à partir de compilations spéciales des données du Fichier des décès. Une ventilation est par ailleurs effectuée selon trois groupes d'âge (0-14 ans, 15-64 ans et 65 ans et plus), ainsi qu'en fonction de certaines causes de décès (maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire, ensemble des tumeurs malignes, traumatismes non intentionnels et autres). La période étudiée s'étend de 2003 à 2007.

Le site Web SantéScope a été plus visible dans les médias au cours de la dernière année. En plus d'être utilisé par les médias comme source d'information relative à la santé des Québécois et pour des comparaisons canadiennes et internationales, SantéScope a fait l'objet de reportages dans la presse écrite et radiophonique. Il constitue par ailleurs l'une des sections les plus consultées du site Web de l'Institut, avec plus de 2 000 visiteurs par mois.

ÉCO-SANTÉ QUÉBEC 2008

Éco-Santé Québec 2008 présente des statistiques détaillées sur la santé de la population québécoise et le système de santé à l'échelle des différentes régions sociosanitaires. Cette base de données interactive, qui en est à sa septième édition, permet d'extraire des données, de construire des tableaux, des graphiques et d'obtenir une présentation cartographique des indicateurs, et ce, directement sur Internet. Elle est également dotée d'un guide d'utilisation et d'une documentation sur les indicateurs présentés. Pour l'édition 2008, la moitié des 150 séries d'indicateurs a été mise à jour.



COUVERTURE VACCINALE

L'immunisation est reconnue comme l'une des mesures les plus efficaces pour prévenir la mortalité, la morbidité et les complications associées aux maladies infectieuses chez les enfants. La couverture vaccinale est, dans ces circonstances, un indicateur important de la santé des populations et reflète bien le degré de susceptibilité à l'égard des maladies évitables par la vaccination. En 2008, le ministère de la Santé et de Services sociaux a confié à l'Institut le mandat de réaliser, pour une deuxième année, une enquête provinciale afin de mesurer la couverture vaccinale des enfants âgés de 1 an et de 2 ans. L'échantillon des enfants de l'enquête, 1 000 dans chaque groupe d'âge, provient du Fichier d'inscription des personnes assurées de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les informations recueillies à ce jour, sur la couverture vaccinale des jeunes enfants et les facteurs ayant un impact sur

leur statut vaccinal, font de cette enquête québécoise une référence incontournable pour les prestataires de services de vaccination et les autorités de santé publique que ce soit à l'échelle locale, régionale ou provinciale.

HABITUDES DE VIE

Le tabagisme chez les jeunes est un problème de santé publique important. Il est d'ailleurs reconnu que la grande majorité des fumeurs développe cette habitude néfaste avant l'âge de 18 ans. Une enquête canadienne menée en 2005 a permis de tracer un portrait détaillé du tabagisme chez les jeunes. L'Institut a été responsable de l'enquête au Québec en collaboration avec le Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM). Le rapport fournit des données inédites sur le tabagisme des jeunes Québécois et offre diverses comparaisons avec les autres Canadiens.

En collaboration avec une dizaine de chercheurs et d'intervenants, l'Institut a également réalisé un état de la situation sur la problématique de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes et ses conséquences possibles sur leur développement et leur épanouissement. La recension des données d'enquêtes réalisée depuis l'année 2000 a permis de tracer le portrait de l'usage de ces différentes substances chez les jeunes de 10 à 24 ans. Un deuxième volet de l'étude, portant sur les conséquences de cette consommation et les facteurs qui y sont associés ainsi que sur les interventions probantes en matière de prévention, sera présenté dans un rapport subséquent.

L'Institut a aussi produit un rapport sur les problèmes de jeu chez les Premières nations et les communautés inuites du Québec. Ce rapport présente des données issues de la recherche internationale sur le jeu et les populations autochtones. Il fournit un portrait de l'offre de jeu destinée aux Premières nations et aux communautés inuites du Québec, ainsi que des données de prévalence. La convergence des données québécoises, canadiennes et internationales montre que les problèmes de jeu sont significativement plus répandus parmi les populations autochtones et autochtones. Les problèmes associés au jeu nuisent considérablement à la qualité de vie des personnes et des communautés. Des pistes de solution en matière de prévention sont proposées et plusieurs sujets précis de recherche supplémentaires sont déterminés.



SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

L'Enquête québécoise des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité au travail (EQCOTESST), menée conjointement avec l'Institut Robert-Sauvé en santé et sécurité de travail (IRSST) et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), recueille des données auprès d'un échantillon de 5 000 travailleurs québécois. Elle a pour objectif de dresser un portrait des conditions de travail et de santé et sécurité du travail, de cibler certaines conditions de travail à risque et de caractériser les conséquences de la santé et de la sécurité du travail en terme d'incapacité de travail, de limitation d'activité et d'utilisation des services de santé. Les résultats de cette enquête serviront d'outils de veille stratégique pour soutenir les orientations de recherche et d'intervention en santé et sécurité du travail.

MORTALITÉ

L'Institut a réalisé un certain nombre de travaux sur la mortalité, notamment une *Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement 1991 à 2001*, une étude sur les *Scénarios prospectifs et exemple de projections de la mortalité au Québec* et une dernière intitulée *Est-ce que l'évolution récente de la mortalité canadienne suit le modèle de la transition épidémiologique?*

OBJECTIF 2 D'ici le 31 mars 2008, réaliser des études concernant l'impact des politiques publiques sur la santé de la population.

INDICATEUR 2.1 Études et avis scientifiques émis.

RÉSULTATS En 2008-2009, l'Institut a réalisé des études et des avis scientifiques dans le but d'encourager l'adoption de politiques, de lois et de règlements favorables à la santé. Ces études et avis scientifiques portaient notamment sur des thèmes liés à la problématique du poids, à la consommation d'alcool au Québec, à l'organisation des services de santé et aux pesticides.

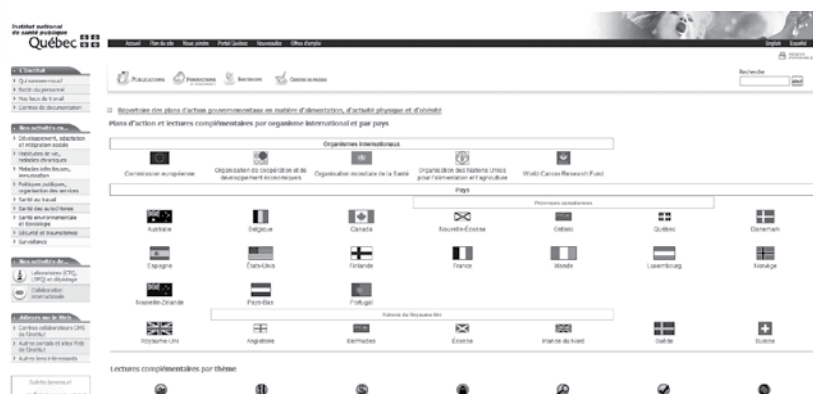
En lien avec sa mission d'information en matière de politiques publiques favorables à la santé, et pour soutenir le ministère de la Santé et des Services sociaux dans la mise en œuvre de l'article 54 de la Loi sur la santé publique, l'Institut réalise chaque année un ensemble de rapports sur les liens existants entre les politiques publiques et la santé de la population québécoise. Fondés sur des connaissances scientifiques, les avis, portraits analytiques et synthèses de connaissances réalisés visent à éclairer les décideurs, et donc à encourager l'adoption de politiques publiques favorables à la santé et au bien-être. Ces productions empruntent différentes voies d'influence : des avis sont transmis directement au ministre de la Santé et des Services sociaux, des mémoires sont présentés dans le cadre de consultations publiques et de commissions parlementaires, des analyses et des commentaires sur différents projets de loi et règlements sont acheminés au Ministère.

PROBLÉMATIQUE DU POIDS

En matière de prévention des problèmes liés au poids, l'Institut a publié un avis scientifique analysant l'impact de l'environnement bâti sur la nutrition, l'activité physique et le poids. Celui-ci fait le point sur les connaissances scientifiques actuelles sur cette thématique et propose diverses modalités permettant d'orienter le développement de l'environnement bâti au Québec, de manière à ce qu'il contribue davantage à l'amélioration des habitudes de vie et de la santé.

L'Institut a également produit une analyse juridique dans le but de documenter les barrières légales à la mise en place d'une politique d'achat local pour les services alimentaires des organismes publics québécois, une mesure en lien avec une action proposée dans le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids 2006-2012.

La présentation du cadre légal et politique encadrant d'éventuelles politiques d'achat local a permis de préciser les principales règles des marchés publics auxquelles doivent se conformer les écoles, les commissions scolaires et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Cette analyse se révèle un outil essentiel pour les organisations désirant explorer ce type d'intervention comme un moyen d'améliorer l'offre alimentaire, notamment la consommation de fruits et de légumes frais.



Répertoire des plans d'action gouvernementaux en matière d'alimentation, d'activité physique et d'obésité (www.inspq.qc.ca/pag).

En novembre 2008, un portail hébergeant un répertoire des plans d'action gouvernementaux en matière d'alimentation, d'activité physique et d'obésité a été créé par l'Institut et mis en ligne sur son site Web. Cet outil de recherche, qui contient des informations provenant de 17 pays et de sept États ou provinces, a pour objectif d'informer et de mieux outiller les directions de santé publique dans la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Depuis sa mise en service, ce répertoire est abondamment consulté et bénéficie d'un rayonnement international.

CONSOMMATION D'ALCOOL AU QUÉBEC

Dans le cadre de l'article 54 de la Loi sur la santé publique, l'Institut a réalisé un portrait analytique complet de la problématique de la consommation d'alcool au Québec. Le rapport fait état de l'évolution de la consommation d'alcool au Québec et examine les impacts sociaux et de santé qui y sont associés. Il présente également une description des lois et des règlements en vigueur au Canada et au Québec portant sur l'importation, la fabrication et la vente de produits alcooliques.

L'Institut a également émis un avis dans le cadre de la consultation menée par le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE), concernant la commercialisation des boissons à base de malt vendues dans les dépanneurs et les magasins d'alimentation. Le nouveau règlement permettra de combler un vide réglementaire à l'égard de ces boissons en proposant une limite de concentration d'alcool et en spécifiant la composition de ces boissons alcooliques, les conditions de fabrication, les inscriptions sur les contenants, l'attestation de la conformité au présent règlement et certaines autres dispositions.

ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Au-delà des rapports produits par l'Institut sur le dépistage du cancer colorectal, tel que rapportés dans la section «Faits saillants», l'Institut a poursuivi la mise à profit des résultats de la vaste recherche sur l'accessibilité et la continuité des services de santé dans les régions de Montréal et de la Montérégie avec la publication d'un rapport sur les modèles d'organisation des services de première ligne et l'expérience de soins de la population. D'autres travaux sur l'impact de la transformation des services de première ligne ont permis la publication d'une étude sur le suivi des personnes souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique. Toujours concernant les services de première ligne, mais spécifiquement en santé mentale, une analyse préliminaire des contextes d'implantation du Plan d'action en santé mentale sur le territoire de 15 centres de santé et de services sociaux (CSSS) a fait l'objet de présentations et de publications. De même, deux études sur le contexte organisationnel ont été produites pour les régions de l'Iiyiyiu Aschii et du Nunavik. Une analyse du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), en lien avec les mandats prévus pour l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), a également été réalisée à l'intention du comité d'implantation de ce nouvel organisme québécois. Enfin, l'Institut a transmis plusieurs rapports aux autorités du Ministère en lien avec l'évaluation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PODCS). Ces rapports portent entre autres choses sur l'évaluation de la mortalité par cancer du sein depuis l'implantation du programme et sur la performance des unités itinérantes utilisées dans le cadre du PODCS.

PESTICIDES

Un comité composé de représentants du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) et de l'Union des producteurs agricoles (UPA), auquel participe aussi l'Institut, a entrepris de revoir le positionnement de la stratégie phytosanitaire québécoise, et ce, pour les 10 prochaines années. Cette stratégie, qui vise une rationalisation de l'utilisation des pesticides en agriculture, comporte désormais trois enjeux dont un concerne spécifiquement la protection de la santé humaine.

OBJECTIF 3 D'ici le 31 mars 2008, développer et soutenir la mise en place de mesures de promotion des habitudes de vie saines et sécuritaires en vue de prévenir les problèmes sociaux et de santé.

INDICATEUR 3.1 Études et avis scientifiques émis, notamment sur la saine alimentation, la pratique de l'activité physique, les comportements sexuels sécuritaires, la consommation de drogues, d'alcool et de tabac.

RÉSULTATS En 2008-2009, l'Institut a réalisé des études et des avis sur la santé des aînés, la problématique du poids, la sécurité à bicyclette et la grossesse, en plus de poursuivre l'implantation du Bureau de soutien à la communication en santé publique.

SANTÉ DES AÎNÉS

L'Institut a collaboré à la réalisation de deux publications au sujet de la santé des aînés. La première, intitulée *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*, a été réalisée en partenariat avec la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale. La seconde contribution de l'Institut est la réalisation du document *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Ce deuxième document a été réalisé grâce à la collaboration de trois autres organismes partenaires, à savoir la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval.



PROBLÉMATIQUE DU POIDS

L'Institut a réalisé une analyse géographique de l'accessibilité aux restaurants-minute et aux dépanneurs autour des écoles publiques québécoises. Les résultats de cette étude montrent que 37 % et 62 % des écoles publiques du Québec ont, respectivement, au moins un établissement de restauration rapide et un dépanneur à moins de 15 minutes de marche. Ces proportions sont semblables dans les diverses régions sociosanitaires. Les écoles secondaires sont par ailleurs plus susceptibles d'être situées près d'un restaurant-minute et d'un dépanneur que les écoles primaires. Les écoles ayant un niveau élevé de défavorisation et localisées en milieu urbain ont pour leur part significativement plus de chances d'avoir un restaurant-minute à proximité. Cette forte proximité des restaurants-minute et des dépanneurs autour des écoles pourrait avoir des effets négatifs sur les efforts déployés relativement à la mise en œuvre d'une politique alimentaire saine à l'intérieur de celles-ci.

Pour la première fois au Québec, un échantillon des plans de zonage municipaux a été étudié par l'Institut afin de déterminer leur contribution potentielle au façonnement d'un environnement bâti favorable à l'adoption de saines habitudes de vie. Cette étude a permis de constater qu'actuellement, les règlements de zonage des municipalités québécoises ne sont pas utilisés comme des outils visant l'amélioration de l'environnement alimentaire québécois. Elle révèle aussi que certaines municipalités ont utilisé des mesures de contingentement afin de limiter le nombre de restaurants sur leur territoire. Les objectifs et les mécanismes d'application de ces mesures de contingentement n'étant pas précisés dans les documents fournis par les municipalités, il est présentement difficile d'estimer leur potentiel d'utilisation à grande échelle afin d'améliorer l'environnement alimentaire des municipalités.

SÉCURITÉ À BICYCLETTE

L'accroissement de l'utilisation du casque de vélo et le développement d'infrastructures cyclables sécuritaires sont deux objectifs prioritaires du Programme national de santé publique 2003-2012. Ces objectifs visent à prévenir les blessures chez les cyclistes et à promouvoir la pratique sécuritaire du vélo comme loisir ou comme moyen de transport. Pour favoriser une plus grande sécurité des cyclistes, l'Institut et ses collaborateurs ont procédé à l'élaboration d'un cadre d'analyse intégré des facteurs pouvant avoir un impact sur la sécurité des aménagements cyclables. L'objectif de ce cadre est de faciliter l'analyse des schémas d'aménagement des municipalités régionales de comté, d'habiliter les parties impliquées à juger de la sécurité des aménagements cyclables et de sensibiliser les promoteurs et les planificateurs du domaine routier et cyclable.



GROSSESSE

Le Groupe de référence grossesse-travail (GRGT), qui relève de l'Institut, a émis un avis sur l'association entre le travail en ambiance chaude et les issues défavorables de grossesse chez les travailleuses exposées à cette contrainte. Les études épidémiologiques disponibles actuellement ne permettent pas de conclure à un effet du travail en ambiance chaude sur les issues défavorables de grossesse, bien que les études sur l'effet de la fièvre maternelle présentent une évidence suffisante du potentiel



tératogène, c'est-à-dire le risque de développer des malformations congénitales, associé à cette exposition. Par ailleurs, en consultant les publications des organismes réglementaires ou officiels, aucun seuil limite de température ambiante devant s'appliquer aux travailleuses enceintes, explicitement appuyé sur des principes physiologiques, n'a été déterminé. Des mesures générales de prévention existent pour la prévention du coup de chaleur pour l'ensemble des travailleurs. Elles représentent un minimum à appliquer pour éviter le coup de chaleur chez les travailleuses enceintes.

Deux autres études ont été produites en lien avec les issues de naissances. L'une avait pour objectif d'examiner le lien entre le sentiment perçu de sécurité du voisinage et les issues de naissances à Montréal. Il en ressort que la probabilité de donner naissance à un bébé de faible poids est plus importante dans les quartiers où le sentiment de sécurité est plus faible. La seconde étude avait pour objectif de vérifier l'existence d'une relation entre le fait de vivre à proximité d'une autoroute et les issues de naissances à Montréal. L'exposition à l'air pollué, plus importante à proximité des autoroutes, ayant souvent été associée, dans la littérature, à des issues de naissances défavorables.

BUREAU DE SOUTIEN À LA COMMUNICATION EN SANTÉ PUBLIQUE

Le Bureau de soutien à la communication en santé publique réunit l'ensemble des partenaires de la santé publique qui estiment que la communication est une stratégie importante de la promotion de la

santé et qu'elle mérite qu'on s'y attarde davantage. En ce sens, des représentants de l'Institut, du ministère de la Santé et des Services sociaux, des directions de santé publique, des centres de santé et de services sociaux et de la Fondation Lucie et

André Chagnon ont travaillé à définir les orientations du Bureau de soutien à la communication en santé publique et son offre de service. Le Bureau offrira un espace entièrement voué à la communication en santé publique par le truchement d'un site Web et de formations.

bureau de
■ soutien
à la **communication**
en santé publique

OBJECTIF 4 D'ici le 31 mars 2008, évaluer les risques que représentent la transmission d'agents infectieux et les facteurs environnementaux défavorables à la santé.

INDICATEUR 4.1 Études et avis scientifiques émis.

RÉSULTATS En 2008-2009, l'Institut a réalisé des programmes de surveillance, des études ou encore des avis dans les secteurs des maladies infectieuses, de l'immunisation, des infections transmissibles sexuellement et par le sang, ainsi qu'en santé environnementale.

MALADIES INFECTIEUSES

Infections nosocomiales

Les infections acquises en milieux de soins sont une importante cause de morbidité et mortalité évitables qui nécessite l'application de mesures adéquates de surveillance, de prévention et de contrôle recommandées. L'Institut a poursuivi ses activités en surveillance des infections nosocomiales au cours de la dernière année.



Surveillance des bactériémies nosocomiales panhospitalières

La surveillance des bactériémies nosocomiales panhospitalières a été ciblée par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) comme une priorité du système de surveillance national des infections nosocomiales. Le programme de surveillance mis en place en avril 2007, sur le portail Internet de l'Institut, a pour objectif de suivre les taux d'incidence de bactériémies d'origine nosocomiale déclarées dans les hôpitaux de soins de courte durée et les unités de dialyse du Québec. Ce programme permet d'identifier les microorganismes associés à ces infections et d'en établir les causes, les facteurs de risque et les complications. Il permet par ailleurs aux hôpitaux de comparer leurs taux d'infection avec ceux des autres centres hospitaliers québécois.

En 2008-2009, 56 des 89 centres hospitaliers sollicités ont participé de façon volontaire à cette surveillance, ce qui représente une augmentation de 12 % par rapport au taux de participation de l'année précédente.

Surveillance des bactériémies primaires associées à l'hémodialyse chronique

Les bactériémies primaires associées à l'hémodialyse chronique ont été définies comme une complication importante associée à ce traitement. C'est pourquoi les unités d'hémodialyse ont été intégrées au programme de surveillance des bactériémies panhospitalières. Plus de la moitié des unités d'hémodialyse du Québec (21 sur 40) ont participé à la première année de surveillance, ce qui représente un suivi systématique de près des deux tiers des patients en hémodialyse. Les analyses ont fait ressortir un risque plus élevé de bactériémies nosocomiales chez la clientèle dialysée par accès veineux autre qu'une fistule artérioveineuse. Or, la proportion des patients québécois bénéficiant d'une fistule artérioveineuse est significativement moindre qu'aux États-Unis et varie également selon les différentes unités de dialyse. Ce constat a fait l'objet d'un signalement du Cinq dans le but de sensibiliser les centres hospitaliers participants afin de prévenir les bactériémies associées aux accès veineux dans les unités d'hémodialyse du Québec.

Surveillance des bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs

La surveillance des bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs a pour objectifs de suivre les taux d'incidence de bactériémies par jours-patients-cathéters trouvés dans les unités de soins intensifs de divers hôpitaux du Québec et de permettre aux hôpitaux de comparer leur taux d'infection à ceux d'autres centres hospitaliers québécois. De plus, elle permet d'identifier les microorganismes associés et d'établir les principales causes, les facteurs de risque et les complications qui leur sont associés. Ce programme, mis en place en octobre 2003 par le Cinq, se poursuit dans les centres hospitaliers participants à partir du portail Internet de l'Institut. Depuis janvier 2007, la participation des centres hospitaliers ayant des unités de soins intensifs de 10 lits ou plus est devenue obligatoire dans le cadre du Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009 établi par le ministère de la Santé et de Services sociaux.

En 2007-2008, 42 installations regroupant 55 unités de soins intensifs ont pris part à la surveillance. Le maintien de la surveillance permettra de suivre l'évolution des taux d'infection dans le temps. La comparaison des taux de bactériémie montre que les unités de soins intensifs ayant participé au programme de surveillance depuis 2003 ont un taux d'incidence de bactériémies plus bas que les unités de soins intensifs qui se sont jointes au programme en 2007.

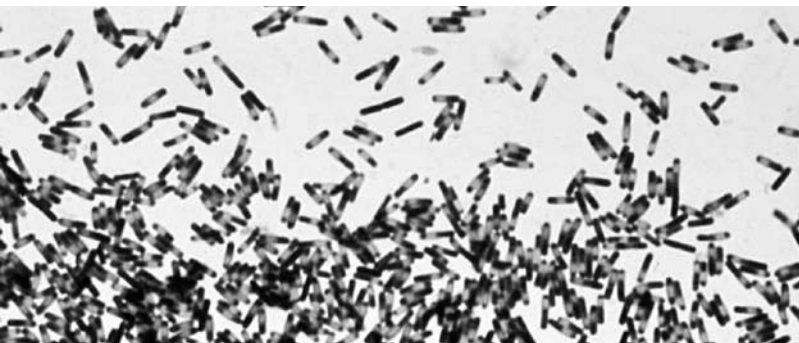
Surveillance des bactériémies à *Staphylococcus aureus*

Initialement assurée par des laboratoires hospitaliers, la surveillance des bactériémies à *Staphylococcus aureus* a été transférée depuis 2003 aux équipes de prévention et de contrôle des infections des centres hospitaliers et les données sont disponibles sur le portail Internet de l'Institut depuis janvier 2006. Tout comme les autres programmes de surveillance provinciale, celui-ci est devenu obligatoire en janvier 2007 dans le cadre du Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009 établi par le Ministère. L'origine de l'acquisition des bactériémies à *S. aureus* et le foyer primaire d'infection à l'origine des bactériémies nosocomiales sont documentés. L'origine présumée de l'acquisition d'une souche résistante à la méthicilline (SARM) d'origine non nosocomiale est précisée depuis janvier 2007.

Les résultats de la troisième année de surveillance montrent que le nombre total de bactériémies à *S. aureus* est demeuré relativement stable par rapport à 2007, tandis que la proportion des souches résistantes à la méthicilline (SARM) a progressivement diminué de façon importante pour atteindre 21 % en 2008 comparativement à 32 % pour les années 2003-2004 agrégées. Cette diminution est notable en 2008 dans les centres universitaires et les centres de plus de 250 lits, de même que dans les régions de Montréal et des Laurentides. Une proportion non négligeable (29 %) de bactériémies à SARM non nosocomiales serait toutefois des souches SARM acquises en communauté (SARM-AC). La diminution marquée des bactériémies à SARM et l'émergence du SARM-AC démontrent la nécessité de poursuivre cette surveillance.

Surveillance des nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine

Un programme visant à établir l'incidence des nouveaux cas d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) a été mis en place en septembre 2006 à la demande du CINQ. La surveillance de l'émergence de la résistance bactérienne étant considérée comme une priorité de santé publique dans le cadre du Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009, il était devenu essentiel d'établir un réseau de surveillance actif, prospectif et continu de l'incidence de l'ERV dans tous les centres hospitaliers de soins aigus du Québec. Cette surveillance obligatoire s'effectue avec la collaboration de 81 laboratoires des centres hospitaliers ayant plus de 1 000 admissions par année. Pour la deuxième année de surveillance (septembre 2007 à août 2008), 577 nouveaux cas d'ERV ont été rapportés comparativement à 834 en 2006-2007, ce qui constitue une baisse de 31 % malgré la hausse du nombre d'éclosions déclarées.



Surveillance du *Clostridium difficile*

Pour une quatrième année consécutive, l'Institut a poursuivi ses activités dans le cadre du programme de surveillance ponctuelle en laboratoire des souches de *Clostridium difficile*. Le but de la surveillance était de continuer à étudier l'épidémiologie moléculaire des diarrhées associées au *C. difficile* au Québec. Le clone NAP1 associé à une virulence élevée demeure prédominant au Québec et est observé au-delà de la région de Montréal et de ses environs. La prévalence du clone NAP1 est demeurée stable, alors que celle du clone NAP2 a diminué.

L'Institut a aussi poursuivi ses activités dans le cadre de la surveillance provinciale obligatoire des diarrhées associées à *C. difficile* (DACD) pour une cinquième année. Des changements ont été apportés aux méthodes utilisées afin d'homogénéiser la déclaration des cas et des décès, et de permettre aux établissements participants de mieux se comparer entre eux. Le programme de surveillance comptait 95 hôpitaux

participants cette année, comparativement à 88 lors de sa création en 2004. Les résultats de ces années de surveillance montrent que pendant la quatrième année, les taux d'incidence des DACD à l'échelle provinciale ont atteint le niveau le plus bas jamais observé depuis le début de la surveillance en août 2004. Une diminution des taux a été constatée dans toutes les régions sociosanitaires. En effet, plus de la moitié des hôpitaux présentaient une incidence moins élevée que celle observée au cours des années antérieures, et un tiers présentaient les taux les plus bas répertoriés depuis le début de la surveillance. Cette tendance à la baisse se maintient pendant les premières périodes de la cinquième année de surveillance. Malgré une diminution marquée des taux d'incidence à l'échelle provinciale, une hétérogénéité importante entre les hôpitaux et des augmentations localisées de l'incidence des DACD sont encore observées, ce qui rend nécessaire le maintien d'une surveillance continue.

Bactéries résistantes aux antibiotiques

Le Laboratoire de santé publique du Québec a entrepris le développement d'outils moléculaires pour détecter et caractériser les bactéries résistantes aux antibiotiques, notamment des souches de bacilles à Gram négatif producteurs de bêta-lactamases à spectre élargi (BLSE). L'introduction récente au Canada de souches d'*Acinetobacter baumannii* BLSE, importées des hôpitaux militaires situés en Afghanistan, en Irak et en Allemagne, a remis en évidence l'importance de la surveillance de la résistance aux antibiotiques, un problème médical important puisque ces souches sont résistantes à la majorité des antibiotiques disponibles sur le marché.

Influenza

À l'automne 2006, un réseau sentinelle de surveillance de l'influenza a été instauré par des chercheurs de la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale et de l'Institut auprès de quatre groupes de médecine familiale (GMF) du Québec. Ce réseau, qui en est à sa troisième année d'existence, regroupe maintenant neuf GMF. Son objectif consiste principalement à évaluer le fardeau de l'influenza dans la communauté.

Depuis l'automne 2008, le réseau effectue sa surveillance 12 mois par année. Les analyses de laboratoire sont réalisées par le Laboratoire de santé publique du Québec qui utilise une nouvelle génération de tests permettant d'identifier simultanément, à l'aide d'un seul prélèvement nasal, près de 18 virus respiratoires, y compris les virus de l'influenza. L'algorithme d'analyse a ainsi permis de

préciser une étiologie virale chez près de 76 % des patients consultant un médecin pour une infection respiratoire et fourni l'occasion de parfaire les protocoles pour le diagnostic de l'influenza dans le contexte d'une pandémie appréhendée. Puisqu'elles proviennent d'une population connue, les données issues des GMF permettent d'obtenir des estimations de l'incidence relative de l'influenza et des autres virus respiratoires qui circulent annuellement dans la population québécoise. Elles permettent aussi d'évaluer l'efficacité du vaccin influenza à prévenir la maladie.

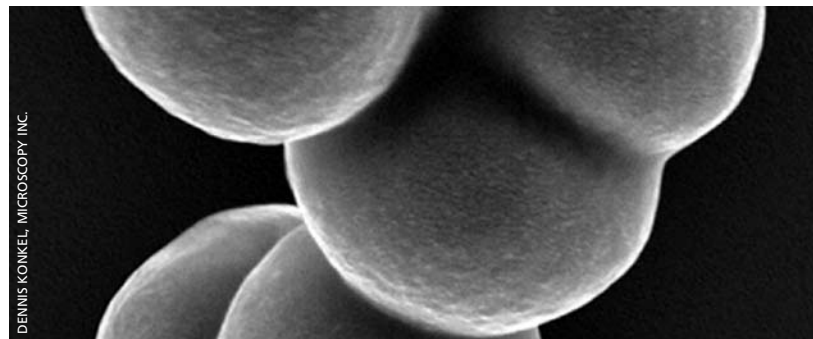
Une partie des résultats obtenus par ce programme de surveillance est également utilisée pour une étude pancanadienne ayant pour but d'établir l'efficacité du vaccin saisonnier contre l'influenza. Pour la saison grippale 2008-2009, il a été établi que les souches circulantes H1N1 étaient résistantes à l'oseltamivir et sensibles à l'amantadine, tandis les souches H3N2 étaient sensibles à l'oseltamivir mais résistantes à l'amantadine. Dans ces circonstances particulières, le fait de connaître le sous-type du virus de l'influenza permettait de prédire sa résistance aux médicaments. À la demande de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, à partir du mois de février 2009, le Laboratoire de santé publique a offert des épreuves de sous-typage d'isolats du virus de l'influenza A dans des contextes d'éclosions en centre d'hébergement et de soins de longue durée, à des fins de choix de traitement ou de prophylaxie.

Maladies entériques

Outre le soutien fourni par le Laboratoire de santé publique du Québec en lien avec les éclosions de listériose qui ont touché le Québec à la fin de l'été et à l'automne 2008, l'Institut a poursuivi ses travaux de surveillance des maladies entériques. Une augmentation substantielle du nombre d'éclosions de gastroentérites virales a ainsi été observée au cours de la saison hivernale 2008-2009 par rapport à l'hiver précédent. Des norovirus ont été mis en cause dans la très grande majorité des éclosions étudiées. Le profil d'incidence bisannuel des infections à norovirus dans la province semble se confirmer.

Investigation d'éclosions

Le Laboratoire de santé publique du Québec offre son expertise aux centres hospitaliers ainsi qu'aux directions de santé publique afin de les aider à gérer certaines éclosions (ex. : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), entérocoque résistant à la vancomycine) ou des problématiques précises, telle la caractérisation de souches de SARM



acquises dans la communauté. À titre d'exemple, 2 880 souches appartenant à 15 genres bactériens ont été caractérisées en 2008-2009, ce qui représente une augmentation de 41 % des analyses par rapport à l'année précédente.

Le Laboratoire de santé publique contribue aussi à identifier des souches de champignons d'origine environnementale. Le plus souvent, ces analyses sont demandées par les directions régionales de santé publique dans le cadre d'enquêtes menées sur la salubrité d'édifices ou de résidences lorsque les occupants présentent des problèmes de santé potentiellement associés à la présence de champignons. L'industrie pharmaceutique fait aussi parvenir des souches prélevées lors de contrôles sanitaires.

IMMUNISATION

Rage de la chauve-souris

À l'hiver 2007, l'Institut a mené une enquête téléphonique auprès de 14 453 ménages québécois afin d'estimer la fréquence des contacts physiques, ou autres types d'exposition, avec les chauves-souris. Cette enquête a permis de montrer que pour l'ensemble de la population du Québec, on estime à moins de 0,01 % la proportion de personnes ayant eu un contact physique avec une chauve-souris, alors que 0,2 % de la population aurait eu une exposition sans contact physique à l'intérieur de l'habitation.

Dans un contexte de pénurie de vaccins antirabiques, et devant la disponibilité de nouvelles données scientifiques, un groupe de travail du Comité sur l'immunisation au Québec (CIQ) a été constitué afin de revoir les évidences scientifiques qui soutiennent le programme de prévention de la rage humaine liée à la chauve-souris. Les travaux réalisés avaient pour objectif de réviser les recommandations concernant l'utilisation de la prophylaxie post-exposition (PPE) contre la rage à la suite d'une exposition à une chauve-souris survenue à l'intérieur de l'habitation. Selon l'état actuel des connaissances scientifiques,

le CIQ a conclu que la PPE devait uniquement être offerte aux personnes ayant eu un contact physique avec une chauve-souris et pour lesquelles on ne peut exclure la possibilité de morsure. L'utilisation de la PPE n'est donc plus indiquée en l'absence de contact physique. Cette recommandation modifie ainsi celle en vigueur depuis 2004.

Surveillance des infections évitables par la vaccination et surveillance de la résistance aux antibiotiques

De son côté, le Laboratoire de santé publique du Québec a poursuivi ses travaux de surveillance des infections évitables par la vaccination, telles que les infections invasives à méningocoque, pneumocoque et *Haemophilus influenzae*, ainsi que ses travaux de surveillance de la résistance aux antibiotiques des agents étiologiques de la gonorrhée et de la tuberculose. Le Laboratoire de santé publique participe, par exemple, à une étude de surveillance des infections invasives à *Streptococcus pneumoniae* chez les enfants de moins de cinq ans dans le but d'évaluer l'impact du programme de vaccination contre le pneumocoque chez cette population. En 2008, 47,9 % (58 sur 121) de toutes les souches isolées chez les enfants de moins de cinq ans (hôpitaux sentinelles et non sentinelles) appartenaient au sérotype 19A comparativement à 26 % (28 sur 109) en 2007. L'émergence de ce sérotype non inclus dans le vaccin a aussi été observée aux États-Unis.

ZOONOSES

L'Institut a poursuivi ses travaux dans le cadre d'une étude épidémiologique sur les zoonoses transmises par les tiques sous la coordination de la Direction de santé publique de la Montérégie. Les données du programme de surveillance de la maladie de Lyme disponibles à ce jour indiquent que le risque d'infection, quoique faible, existe néanmoins au Québec. En 2008, le Laboratoire de santé publique du Québec a détecté et rapporté les premiers cas sérologiquement documentés de maladie de Lyme acquis au Québec. Ce programme de surveillance est unique au Québec et il est le plus élaboré des programmes de surveillance au Canada. Il permet notamment de suivre l'évolution de l'établissement progressif des tiques vectrices de l'infection et de l'incidence du pathogène (*Borrelia burgdorferi*) dans les tiques retrouvées.

L'Institut a poursuivi ses activités liées au diagnostic des infections virales transmises par les arthropodes. Quarante et un sérums ont été analysés pour le diagnostic de l'encéphalite équine de l'Est. Ce nombre, relativement important par rapport aux années

antérieures, est en lien avec l'éclosion qui a affecté les animaux en Estrie à la fin de l'été 2008. Aucun cas d'infection chez l'humain n'a été détecté. En revanche, deux cas d'infection au virus Powassan ont été recensés au cours de l'année, un nombre identique au virus du Nil occidental.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

L'Institut a poursuivi ses activités de surveillance dans le domaine des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). En septembre 2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place un programme de vaccination contre les virus du papillome humain (VPH) dont les composantes avaient trouvé leurs assises dans les recommandations formulées par l'Institut en octobre 2007. Dans le cadre de ce programme de vaccination, l'Institut s'est vu confier, par le Ministère, le mandat de développer un avis sur l'optimisation du dépistage du cancer du col utérin, dont il a déjà été question précédemment dans la section «Faits saillants», ainsi qu'un devis d'évaluation du programme de vaccination contre les VPH. Pour réaliser ce dernier mandat, un comité scientifique multidisciplinaire regroupant une trentaine d'experts québécois concernés et intéressés par l'évaluation du programme de vaccination contre les VPH, les impacts de la vaccination sur le fardeau des maladies associées aux VPH et les activités de dépistage proprement dites a été mis sur pied. Le devis a fait l'objet de nombreuses consultations avant d'être acheminé au Ministère en mai 2008. La majorité des projets d'évaluation jugés prioritaires dans le plan d'évaluation ont été accueillis favorablement par le Ministère et la plupart d'entre eux ont été confiés à l'Institut, particulièrement ceux visant à évaluer l'immunogénicité, l'efficacité et la sécurité du vaccin VPH, ainsi que le niveau d'implantation du programme et son acceptabilité par la population.

En ce qui concerne la confirmation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le changement majeur d'algorithme amorcé l'an dernier par le Laboratoire de santé publique du Québec s'est concrétisé au cours de l'année 2008-2009. À la fin du mois d'avril 2008, tous les laboratoires du Programme provincial de diagnostic de laboratoire de l'infection à VIH utilisaient une trousse de quatrième génération permettant de détecter à la fois les anticorps et l'antigène p24 du VIH. Malgré l'intérêt croissant que cette nouvelle technologie suscite tant au Canada qu'aux États-Unis, le Québec est la seule province à utiliser une trousse de quatrième génération pour le diagnostic de l'infection. Le Laboratoire

de santé publique dispose ainsi d'un algorithme optimal pour la détection des personnes récemment infectées qui n'auraient pas encore développé d'anticorps, mais qui seraient virémiques. Ces patients ont été reconnus comme étant à risque de transmettre secondairement l'infection.

Depuis le début du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, soit d'avril 2002 jusqu'à la fin de 2008, 12 175 spécimens confirmés positifs au Laboratoire de santé publique ont été signalés. Parmi ceux-ci, 5 210 spécimens confirmés positifs ont fait l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques résultant dans la déclaration des cas, 4 855 provenaient de personnes ayant déjà fait l'objet d'une déclaration antérieure (doublons) et 2 847 spécimens provenaient d'un nombre indéterminé de personnes n'ayant pu faire l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques. Parmi ces derniers, 1 590 (56 %) ne possédaient pas de numéro d'assurance maladie (NAM), condition initiale pour faire l'objet d'une déclaration au programme québécois. La majorité des spécimens sans NAM proviennent de demandeurs de résidence au Canada et c'est en 2008 que le nombre le plus élevé a été enregistré. En 2007, l'Institut a mis sur pied un groupe de travail sur le développement de la surveillance du VIH et du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) au Québec afin de proposer au Ministère différents moyens pour améliorer la surveillance de cette infection et, entre autres choses, d'étudier le cas des personnes infectées par le VIH, mais ne détenant pas de NAM afin de dresser le portrait le plus juste possible de la situation de cette infection au Québec.

Le Laboratoire de santé publique du Québec a par ailleurs maintenu la vigie entreprise l'année dernière concernant l'émergence de *Shigella sonnei* chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Une nouvelle souche a été identifiée en 2008. En lien avec la recrudescence de la syphilis au Québec et les changements technologiques opérés dans plusieurs laboratoires hospitaliers, le Laboratoire de santé publique a aussi introduit des modifications à son algorithme de confirmation qui permettront une meilleure interprétation des résultats dans l'avenir.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Changements climatiques

Pour répondre au mandat confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux en novembre 2007, l'Institut a travaillé à la constitution d'une équipe vouée au volet santé du Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques du gouvernement du Québec. Des études de faisabilité ont été amorcées pour la mise sur pied de systèmes de surveillance des problèmes de santé liés aux événements climatiques extrêmes et pour l'implantation d'un système de veille-avertissement de chaleur intense en temps réel. Plusieurs ententes sont ainsi intervenues avec différents partenaires pour soutenir l'Institut dans son mandat, notamment avec la Corporation d'hébergement du Québec afin d'évaluer l'impact des changements climatiques sur l'environnement bâti du réseau de la santé et des services sociaux. Un groupe de recherche en santé publique dans le secteur de l'épidémiologie des zoonoses, des maladies vectorielles et des changements climatiques a aussi été mis en place avec l'Université de Montréal (GREZOSP).



Riche des données et des connaissances acquises grâce aux travaux du programme de recherche *Santé d'Ouranos* (2006-2009) qu'il a coordonné, l'Institut a aussi collaboré en 2008 à la rédaction de deux ouvrages nationaux portant sur les vulnérabilités et les effets des changements climatiques sur la santé pour le Québec. Dans ses efforts de diffusion et de transfert des connaissances, l'Institut a produit six fiches synthèses résumant les résultats de certains projets de recherche. Une quinzaine de projets ont été proposés pour le renouvellement du programme *Santé d'Ouranos* (2009-2014).

Pollution atmosphérique

Une estimation des impacts sanitaires de la pollution de l'air sur la santé de la population québécoise a été réalisée à l'aide du modèle de simulation *Air Quality Benefits Assessment Tool* (AQBAT). L'estimation conservatrice, issue de la mise en relation de concentrations de contaminants dans l'air, d'indicateurs sanitaires et de données démographiques pour l'année 2002, a révélé une association entre l'exposition aux particules fines (pm_{2,5}), à l'ozone et au dioxyde d'azote et des décès prématurés, des visites à l'urgence pour problèmes cardiaques et respiratoires, ainsi que des journées avec présence de symptômes d'asthme.

Soutien aux directions de santé publique sur des problématiques locales

L'Institut assiste régulièrement les directions de santé publique dans l'évaluation et l'examen des impacts sur l'environnement de projets importants et souvent complexes. L'année 2008-2009 n'y fait pas exception. Dans le cadre du projet de train de banlieue de l'Est (un lien ferroviaire entre les villes de Mascouche, de Terrebonne, de Repentigny et de Montréal), l'Institut s'est prononcé, à la demande de la Direction de santé publique de Lanaudière, sur l'évaluation d'un risque industriel potentiel mis en lumière à l'étape de recevabilité de l'étude d'impact sur l'environnement. La Direction de santé publique de la Côte-Nord a pour sa part reçu le soutien de l'Institut relativement au projet d'aménagement d'un complexe hydroélectrique sur la rivière Romaine. Une assistance scientifique a ainsi été apportée dans la production d'un mémoire mettant en évidence l'ampleur des problématiques sociales et psychologiques potentiellement associées à un tel projet. L'Institut a également assisté les directions de santé publique de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches dans le cadre du projet Rabaska prévoyant l'implantation d'un terminal méthanier à Lévis. Ce soutien s'est notamment traduit par un accompagnement des directions régionales dans leur participation au comité interministériel de suivi des impacts psychosociaux, comité mis en place à la suite de la recommandation du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE). Enfin, l'Institut a piloté un groupe de travail responsable de produire des outils visant à aider les directions de santé publique à répondre de façon harmonisée aux demandes relatives aux projets de parcs éoliens qui sont également, pour la plupart, soumis à la procédure d'évaluation et d'examen des impacts sur l'environnement.

Outre les projets soumis à la procédure d'évaluation et d'examen des impacts sur l'environnement, l'expertise de l'Institut a également été mise au profit des régions dans divers autres projets. À titre d'exemple, l'Institut a été appelé à déterminer les perceptions et les préoccupations de santé et de bien-être des citoyens au regard de la problématique de l'érosion des berges. L'exercice a permis aux autorités de santé publique de la Côte-Nord de préparer un message et des recommandations de santé publique adaptés aux besoins de la population. À la demande de la Direction de santé publique de Laval, une évaluation du risque toxicologique a également été réalisée relativement à la contamination d'un terrain résidentiel par le molybdène.

OBJECTIF 5 D'ici le 31 mars 2008, développer des programmes de contrôle de la qualité pour les services diagnostiques des laboratoires privés et publics en biologie médicale (biochimie, hématologie, microbiologie, pathologie), en imagerie médicale, en génétique humaine et en toxicologie.

INDICATEUR 5.1 Programmes développés.

RÉSULTATS En 2008-2009, l'Institut a maintenu et développé des programmes de contrôle de la qualité pour les services diagnostiques des laboratoires privés et publics en biologie médicale (biochimie, microbiologie), en imagerie médicale et en toxicologie.

Les programmes de contrôle externe de la qualité font partie des services offerts par le Laboratoire de santé publique du Québec et le Centre de toxicologie du Québec. En examinant les composantes préanalytiques, analytiques et postanalytiques des processus de l'ensemble des laboratoires québécois, le Laboratoire de santé publique et le Centre de toxicologie permettent à ces derniers de comparer leur performance entre eux et d'apporter les correctifs nécessaires lorsque des écarts aux résultats attendus sont constatés. Comme par le passé, une amélioration de la performance générale de ces programmes de contrôle externe de la qualité a été observée au cours de la dernière année.

BIOLOGIE MÉDICALE

La majorité des laboratoires publics et privés québécois de biologie médicale participent aux programmes de contrôle externe de la qualité offerts par le Laboratoire de santé publique du Québec. Au total, en 2008-2009, 154 laboratoires ont manifesté leur intérêt pour participer aux programmes en biochimie et 118 en microbiologie.

En biochimie, comme l'année précédente, trois envois d'échantillons ont permis de contrôler les analyses de laboratoire effectuées sur 126 constituants analytiques urinaires ou sanguins. Le programme de contrôle externe de la qualité a développé un nouveau type de rapport qui présente la révision de statistiques de groupe par système analytique dans le but d'aider les laboratoires à améliorer la qualité de leurs analyses. Une politique d'intervention du comité d'assurance qualité en cas de problématique majeure dans un laboratoire participant ou encore pour justifier une non-participation au programme a d'ailleurs été développée et approuvée en 2008. Cette politique vise à assurer un suivi auprès des laboratoires déviants afin d'attester la qualité des analyses pour la sécurité du public.

Pour la microbiologie, neuf envois d'échantillons ont été effectués et les correctifs appropriés ont été suggérés aux quelques laboratoires ayant montré des difficultés dans le contrôle de certaines analyses. Un premier contrôle sérologique regroupant les différents marqueurs des hépatites virales A, B et C a été réalisé en 2008. La performance des laboratoires était supérieure à 95 %. Un autre contrôle externe de la qualité a été développé pour évaluer la performance des 83 laboratoires du Québec offrant au moins un test pour l'influenza à détecter les virus de l'influenza A et B dans les spécimens respiratoires. Ce contrôle s'avérait particulièrement nécessaire dans le cadre de la surveillance rehaussée en préparation à la pandémie appréhendée d'influenza. Des résultats ont été fournis par 82 des 83 installations inscrites. La majorité des laboratoires a obtenu des résultats conformes à ceux attendus. Ce contrôle a permis de dresser l'inventaire des épreuves disponibles au Québec et de constater l'usage répandu des trousseaux rapides dans le réseau québécois. Des outils informatiques ont par ailleurs été développés afin d'augmenter l'efficacité des programmes d'assurance qualité.

Le Laboratoire de santé publique n'a pas été en mesure d'offrir des activités de contrôle externe de la qualité en hématologie puisque le comité d'assurance qualité n'est pas constitué faute de disponibilité des experts dans ce domaine. Du côté de la pathologie, le Laboratoire de santé publique a préparé une proposition de programme de contrôle externe de la qualité et a invité l'Association des pathologistes du Québec à nommer des représentants pour agir au sein du comité d'assurance qualité en pathologie.

Par ailleurs, le Laboratoire de santé publique a poursuivi ses activités d'inspection des laboratoires privés de biologie médicale en traitant leur demande annuelle d'émission ou de renouvellement de permis d'exploitation pour en recommander ou non la délivrance au ministère de la Santé et des Services sociaux. Des permis sont requis pour quatre domaines d'opérations : l'anatomopathologie, la biochimie, l'hématologie et la microbiologie. Les installations de sept laboratoires ont été visitées dans le cadre d'inspections planifiées annuellement. Au total, 50 demandes de permis d'opération de laboratoires privés de biologie médicale soumises par 27 laboratoires ont été traitées. Toutes ont fait l'objet d'une recommandation favorable.

IMAGERIE MÉDICALE

En imagerie médicale, le Laboratoire de santé publique du Québec a poursuivi son mandat de suivi de la qualité et de la conformité des installations privées utilisant des appareils à rayons X sur les humains (cliniques d'imagerie médicale, cliniques dentaires, cliniques de chiropractie, etc.). En 2008-2009, il a procédé à l'analyse de 1 578 rapports de vérification des installations radiologiques effectués par les physiciens des cliniques privées et a émis 310 avis de non-conformité. Il s'agit d'une diminution de 50 % de ce type d'avis par rapport à l'année 2007-2008, ce qui semble témoigner d'un rehaussement des installations et de l'amélioration de la qualité et de la conformité. De plus, le Laboratoire de santé publique a étudié 2 852 demandes de permis pour l'année 2009 et a recommandé l'émission de 2 715 permis. Dans 112 cas, les laboratoires ne se sont pas conformés aux exigences légales et réglementaires (41 cas concernent des laboratoires d'imagerie médicale et 71 cas concernent des cliniques dentaires et de chiropractie).

Le Laboratoire de santé publique a aussi effectué le suivi des 48 dossiers déferés au ministère de la Santé et des Services sociaux en 2008. De ceux-ci, 41 laboratoires ont satisfait aux exigences prescrites et ont obtenu un permis ou ont cessé leurs activités de radiologie. L'augmentation importante du nombre de cas à déferer au Ministère est principalement due aux modifications apportées à la Loi sur les laboratoires médicaux en juin 2008. Ces modifications législatives ont eu un impact important sur le processus de renouvellement et d'octroi des permis aux cliniques d'imagerie médicale en 2009. Les principaux changements sont l'obligation pour les cliniques de résonance magnétique d'obtenir un permis d'opération de laboratoire d'imagerie médicale (LIM), l'obligation que les LIM soient détenus majoritairement par des radiologistes, l'obligation que les LIM participent à un nouveau processus d'agrément et la désignation d'un directeur médical responsable de la qualité.

Dans ce contexte de transition législative, le renouvellement des permis de LIM en 2009 a été piloté directement par le Ministère, en étroite collaboration avec le Laboratoire de santé publique. Près de 25 nouvelles demandes de permis ont été étudiées, dont 12 visaient des cliniques de résonance magnétique. Une quarantaine de permis n'ont pas encore été renouvelés, car des correctifs sont attendus de la part des centres. Cette collaboration se poursuivra en 2009-2010. Une réévaluation du processus et de la documentation utilisée sera effectuée afin d'optimiser le processus en 2010.

Le Laboratoire de santé publique a aussi le mandat de certifier les installations de mammographie satisfaisant les critères de qualité du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et de s'assurer que ces standards de qualité sont maintenus en cours de certification. En 2008-2009, le Laboratoire de santé publique a certifié 130 unités de mammographie dans 104 centres. Il a aussi procédé à l'annulation de la certification de cinq installations de mammographie qui ne rencontraient plus certains des critères de certification. Deux de ces installations ont corrigé la situation et ont obtenu une nouvelle certification.

EAU D'HÉMODIALYSE

La qualité de l'eau étant considérée comme l'un des éléments importants dans la réussite du traitement de l'insuffisance rénale par hémodialyse, le Laboratoire de santé publique du Québec offre, depuis de nombreuses années, un programme de surveillance de la qualité de l'eau purifiée. La participation des différents centres d'hémodialyse à ce programme assure un contrôle régulier des systèmes d'eau et permet d'en vérifier l'état et l'entretien. Les centres qui utilisent ces services sont au nombre de 47 au Québec, de 4 au Nouveau-Brunswick et de 1 en Ontario. La conformité de la qualité de l'eau à la norme CSA Z364.2.2-03 a été, en 2008, de 99 % pour les paramètres chimiques, de 90 % pour le dénombrement bactérien et de 93 % pour les endotoxines bactériennes. En collaboration avec la Société québécoise de néphrologie et à sa demande, le Laboratoire de santé publique a implanté une nouvelle méthode plus sensible de dénombrement bactérien par gélose incorporée après l'avoir évaluée sur plus de 1 000 échantillons d'eau.

TOXICOLOGIE

De son côté, le Centre de toxicologie du Québec gère quatre programmes d'assurance qualité externes qui contribuent à maintenir la qualité des prestations analytiques d'environ 250 laboratoires québécois, canadiens et étrangers. Ces programmes sont les suivants :

- > Programmes de comparaisons interlaboratoires pour les métaux en milieu biologiques PCI (*Interlaboratory Comparison Program for Metals in Biological Matrices*) : ce programme s'adresse aux laboratoires qui font l'analyse de métaux traces dans les milieux biologiques.
- > Programme d'assurance qualité externe multi-élément QMEQAS (*Québec Multielement External Quality Assessment Scheme*) : ce programme permet aux laboratoires qui utilisent des appareils

de dosage multiélément de comparer leurs résultats. Il aide les laboratoires à améliorer leur performance analytique par l'analyse de métaux et d'éléments essentiels dans des milieux biologiques.



- > Programme de comparaison PMOAS (*Priority Metal Quality Assessment Scheme*) : créé en 2002 à la demande des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) du gouvernement américain, ce programme s'adresse aux laboratoires des États américains dans le cadre de la lutte au chimioterrorisme. Celui-ci vérifie la compétence des laboratoires à mesurer 16 métaux en situation d'urgence.
- > Programme de comparaisons interlaboratoires AMAP pour les polluants organiques persistants dans le sérum humain (*Artic Monitoring and Assessment Program*) : ce programme s'adresse aux laboratoires prenant part à l'évaluation de la contamination des populations arctiques. Celui-ci vérifie que les résultats produits par ces laboratoires sont comparables par l'analyse de polluants organiques persistants dans le sérum humain.

Le tableau suivant montre le nombre de participants à chacun de ces programmes pour les années de 2005 à 2009. En ce qui concerne la dernière année, une légère augmentation du nombre de participants a été observée pour le programme QMEQAS, alors que le nombre de participants est demeuré relativement stable dans les trois autres programmes d'assurance qualité externes en toxicologie.

TABEAU 1
NOMBRE DE PARTICIPANTS SELON LE PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITÉ EXTERNE, DE 2005 À 2009

PROGRAMME	2005	2006	2007	2008	2009
PCI	155	141	145	133	134
QMEQAS	42	46	47	46	50
PMQAS	36	48	49	51	51
AMAP	25	26	27	28	28

ORIENTATION 2

DÉVELOPPER ET METTRE À PROFIT LES CONNAISSANCES EN SANTÉ PUBLIQUE

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

AXE D'INTERVENTION 2

CONSOLIDATION DE LA RECHERCHE À L'INSTITUT

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

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

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

RÉSULTATS Publication des *Perspectives de développement de la recherche à l'Institut national de santé publique du Québec* en 2008 et analyse des capacités de développement de la recherche à l'Institut.

Au printemps 2008, le conseil d'administration de l'Institut entérinait les *Perspectives de développement de la recherche à l'Institut national de santé publique du Québec*. Ce cadre de référence ciblait 10 axes autour desquels l'Institut entend consolider

ou développer des activités de recherche au cours des prochaines années, en concertation avec divers partenaires des milieux gouvernementaux, universitaires et organismes subventionnaires.

Afin de soutenir la planification et le suivi des activités de développement de la recherche à l'Institut, un comité de la recherche a été mis sur pied en janvier 2009. Celui-ci joue essentiellement un rôle consultatif

et sa composition reflète la représentation des axes de recherche, ses membres étant rattachés aux diverses directions scientifiques. Le comité de la recherche a pour mandat de formuler des recommandations relatives au développement de la recherche. À court terme, ses objectifs spécifiques sont :

- > d'analyser les besoins et les capacités de développement de la recherche de l'Institut en lien avec les axes de développement déterminés et les partenariats de recherche existants ;
- > de suggérer des pistes d'action pour les axes de développement de la recherche ;
- > de proposer des moyens permettant d'actualiser les principes directeurs énoncés pour soutenir le développement et la consolidation de la recherche à l'Institut, et les intégrer aux activités courantes des chercheurs de l'Institut.

À ce jour, les activités du comité ont porté principalement sur l'analyse des capacités de développement de la recherche de l'Institut. Les résultats de l'analyse ont mis en évidence plusieurs enjeux dont, notamment, la reconnaissance de la recherche produite, les conditions de réussite des collaborations et des partenariats de recherche, l'infrastructure pour soutenir les activités de recherche et assurer leur durabilité, la formation et le développement professionnel du personnel de recherche de l'Institut.

D'ici décembre 2009, le comité de la recherche proposera des recommandations touchant non seulement le développement des capacités de recherche, mais aussi les thématiques à prioriser.



OBJECTIF 7 D'ici le 31 mars 2008, obtenir une reconnaissance comme milieu de formation et de recherche universitaire.

INDICATEUR 7.1 Nombre d'ententes ou de contrats de service en matière d'enseignement conclus avec les universités.

RÉSULTATS Une nouvelle entente conclue et une entente renouvelée.

Le Groupe d'épidémiologie de terrain (GÉPITER) a été mandaté par l'Institut pour élaborer et offrir une formation dans le but de développer les capacités et les habiletés multidimensionnelles (savoir, savoir-faire, savoir-être) des intervenants œuvrant en investigation d'éclotions d'étiologie infectieuse présentes dans la communauté et les milieux de soins. La formation intitulée *Investigation d'éclotions dans la communauté et les milieux de soins* répond ainsi aux besoins déterminés par deux études réalisées au Québec. Son programme rend explicites plusieurs aspects relatifs à l'épidémiologie. L'élaboration de la structure et du contenu de la formation, de même que son accréditation par l'Université de Montréal, sont le résultat d'une démarche participative mettant à contribution plusieurs acteurs du milieu de la santé. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a d'ailleurs octroyé un soutien financier à cette initiative.

D'un autre côté, l'entente intervenue entre l'Institut et le Centre de développement professionnel continu de la Faculté de médecine de l'Université Laval, concernant la gestion d'un programme d'assurance qualité relatif aux activités de formation continue, a été renouvelée pour une période de trois ans. Soulignons par ailleurs que les deux ententes tripartites signées l'année dernière – l'une entre l'Université de Montréal, l'Université du Québec à Montréal et l'Institut, l'autre entre l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke et l'Institut – se poursuivent.

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

RÉSULTATS 89 stagiaires de niveau universitaire.

En 2008-2009, l'Institut a accueilli 89 stagiaires de niveau universitaire, étudiants ou résidents, dont neuf étaient des étudiants étrangers provenant principalement de la France. Il s'agit d'une augmentation de 37 % par rapport à l'année précédente. L'augmentation a été particulièrement marquée du côté des résidents comparativement à 2007-2008. Soulignons par ailleurs que le nombre total de stagiaires québécois accueillis à l'Institut a doublé depuis 2005-2006, passant de 42 à 80 stagiaires accueillis en 2008-2009.

TABEAU 2
NOMBRE DE STAGIAIRES UNIVERSITAIRES QUÉBÉCOIS (ÉTUDIANTS OU RÉSIDENTS) ACCUEILLIS À L'INSTITUT EN FONCTION DU CYCLE D'ÉTUDES, DE 2005 À 2009

CYCLE D'ÉTUDES	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
1 ^{er} cycle	3	1	6	5
2 ^e cycle	21	10	17	19
Doctorat	6	3	12	20
Résidence	12	14	15	36
Total	42	28	50	80

Au total, en 2008-2009, les stagiaires universitaires québécois ont séjourné près de 4 983 jours à l'Institut. De plus, la plupart des stagiaires accueillis provenaient de l'Université de Montréal (55 %), de l'Université Laval (25 %) et de l'Université de Sherbrooke (11 %). La majorité des stagiaires (80 %) étaient issus des facultés de médecine et des sciences de la santé.

TABEAU 3
PROVENANCE DES STAGIAIRES UNIVERSITAIRES QUÉBÉCOIS (ÉTUDIANTS OU RÉSIDENTS) SELON L'UNIVERSITÉ, 2008-2009

ÉTABLISSEMENT	NOMBRE	PROPORTION (%)
Université de Montréal	44	55
Université Laval	20	25
Université de Sherbrooke	9	11
Université McGill	3	4
Université du Québec à Montréal	2	3
Université Concordia	1	1
Université du Québec à Trois-Rivières	1	1
Total	80	100

Le tableau 4 permet de constater que le Laboratoire de santé publique du Québec a reçu 39 % des stagiaires universitaires accueillis à l’Institut, alors que la direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels, la direction Systèmes de soins et politiques publiques et la direction Toxicologie humaine ont reçu respectivement 16 %, 13 % et

TABEAU 4
DISTRIBUTION DES STAGIAIRES UNIVERSITAIRES QUÉBÉCOIS (ÉTUDIANTS OU RÉSIDENTS) EN FONCTION DES DIFFÉRENTES DIRECTIONS DE L’INSTITUT, 2008-2009

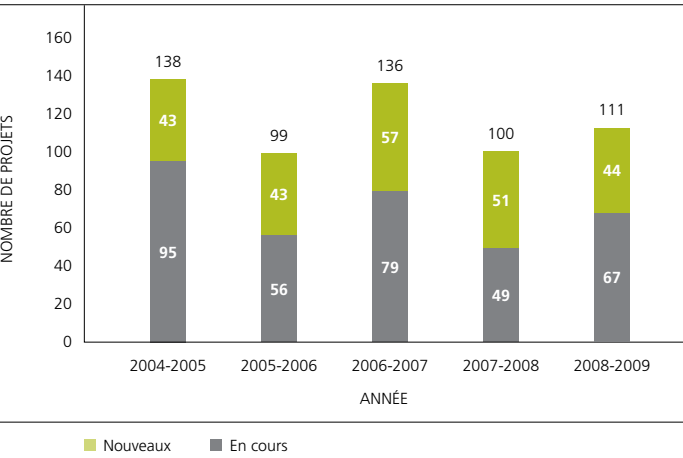
DIRECTION	NOMBRE	PROPORTION (%)
Laboratoire de santé publique du Québec	31	39
Risques biologiques, environnementaux et occupationnels	13	16
Systèmes de soins et politiques publiques	10	12
Toxicologie humaine	8	10
Recherche, formation et développement	7	9
Développement des individus et des communautés	6	8
Secrétariat général et communications	4	5
Ressources humaines	1	1
Total	80	100

10 % des stagiaires. En plus des stagiaires universitaires, l’Institut accueille de nombreux stagiaires en cours d’emploi. À lui seul, le Laboratoire de santé publique du Québec a accueilli 2 professionnels, 53 technologistes et 2 médecins résidents en microbiologie/infectiologie dans les secteurs de la parasitologie, de la mycologie, des milieux de culture, de la sérologie et de la biologie moléculaire.

INDICATEUR 7.3 Nombre de projets de recherche subventionnés.
RÉSULTATS 111 projets de recherche subventionnés, dont 44 nouveaux en 2008-2009.

Le graphique 1 illustre la progression du nombre de projets de recherche subventionnés à l’Institut au cours des cinq dernières années. Au total, 111 projets de recherche ont été subventionnés en 2008-2009 dont 44 étaient de nouveaux projets.

GRAPHIQUE 1
PROJETS DE RECHERCHE SUBVENTIONNÉS À L’INSTITUT, DE 2004 À 2009



Les fluctuations annuelles sont probablement attribuables au cycle naturel de production de la recherche. Par exemple, on observe une augmentation du nombre total de projets subventionnés comparativement à l’année 2007-2008, et ce, même s’il y a une diminution des projets nouvellement subventionnés cette année. En effet, les projets de recherche amorcés l’année dernière étant en cours de réalisation, il est normal qu’il y ait moins de nouveaux projets cette année. Le tableau 5 nous permet de connaître les secteurs d’activités qui ont obtenu de nouveaux projets subventionnés cette année.

TABEAU 5
DISTRIBUTION DES NOUVEAUX PROJETS DE RECHERCHE SUBVENTIONNÉS AU COURS DE L’ANNÉE 2008-2009 SELON LES SECTEURS D’ACTIVITÉS DE L’INSTITUT

SECTEUR D’ACTIVITÉS	NOMBRE DE NOUVEAUX PROJETS SUBVENTIONNÉS
Santé environnementale	11
Toxicologie humaine	7
Performance des services de première ligne	6
Immunisation	5
Habitudes de vie	4
Politiques publiques favorables à la santé	3
Programmes de dépistage, génétique et lutte au cancer	3
Développement des communautés	2
Laboratoire de santé publique du Québec	2
Recherche, formation et développement	1
Total	44

Parmi les secteurs d'activités qui ont obtenu de nouveaux projets de recherche en 2008-2009, trois d'entre eux ne figuraient pas dans le tableau l'an dernier : politiques publiques favorables à la santé, Laboratoire de santé publique du Québec, développement des communautés. Le seul secteur d'activités qui figurait dans le tableau l'an dernier et qui a connu une augmentation du nombre de nouveaux projets de recherche cette année est le secteur de la santé environnementale avec 11 nouveaux projets, comparativement à 7 nouveaux projets en 2007-2008.

TABEAU 6
SOURCES DE FINANCEMENT DES PROJETS DE RECHERCHE SUBVENTIONNÉS
(EN COURS ET NOUVEAUX), 2008-2009

SOURCE DE FINANCEMENT	NOMBRE D'OCTROIS REÇUS*
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	45
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)	26
Santé Canada	6
Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC)	5
Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)	5
Agence de la santé publique du Canada (ASPC)	3
Autres sources	38

* Le nombre d'octrois reçus est supérieur au nombre de projets de recherche, car un même projet de recherche peut être financé par plus d'une source.

L'analyse des sources de financement externes révèle, entre autres choses, une forte croissance des fonds provenant d'organismes subventionnaires reconnus, dont les Instituts de recherche en santé du Canada (26 projets, nouveaux et en cours, subventionnés par les IRSC comparativement à 18 l'an dernier).

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

INDICATEUR 8.1 Nombre d'activités et de démarches auprès de diverses instances en vue de définir les priorités de recherche en santé publique au Québec.

RÉSULTATS Dix activités ou démarches.

Au cours de la dernière année, l'Institut s'est associé à plusieurs démarches impliquant des partenaires provenant de divers milieux de recherche sur les scènes québécoise, canadienne et internationale. Ces collaborations ont permis de nourrir la réflexion de l'organisation quant aux thématiques de santé publique à prioriser pour favoriser la consolidation et le développement des activités de recherche au cours des prochaines années. L'Institut s'est particulièrement investi dans des demandes de financement de la recherche soumises en partenariat pendant l'année 2008-2009.

Sur la scène québécoise :

- > Les échanges avec la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux se sont poursuivis autour de la Stratégie pour le développement de la recherche en santé publique et, de façon plus précise, du rôle et des responsabilités de l'Institut comme source d'expertise et d'information en matière de recherche en santé publique ;
- > Par l'entremise de membres siégeant au conseil d'administration du Réseau de recherche en santé des populations du Québec, l'Institut a contribué à la définition de nouvelles orientations stratégiques pour ce réseau thématique de recherche, dans le contexte de la soumission de la demande de renouvellement 2009-2013 du financement d'infrastructure en provenance du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) (obtenu) ;
- > L'Institut a poursuivi sa participation à divers groupes de travail entourant la mise sur pied de l'École de santé publique de l'Université de Montréal, ainsi qu'à de nombreux échanges concernant plus spécifiquement la recherche en santé publique ;

- > Dans le même contexte, l'Institut a collaboré à la préparation d'une demande de financement d'infrastructure (obtenu) au Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), dans le cadre de son programme *Groupes de recherche*, pour la mise sur pied d'un institut de recherche en santé publique à l'Université de Montréal;
- > L'Institut a aussi poursuivi ses échanges avec le Vice-rectorat à la recherche et le Bureau Recherche-Développement-Valorisation de l'Université de Montréal, qui ont mené notamment à la signature d'un accord de distribution de fonds portant sur les frais indirects liés à la recherche;
- > Par l'intermédiaire d'une de ses membres, l'Institut a contribué à la direction scientifique et à la demande de reconduction de la désignation du Centre affilié universitaire du Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent (recommandée), dans le cadre du Programme de soutien aux infrastructures de recherche des Instituts et des centres affiliés universitaires, géré conjointement par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FORSC) et le Ministère;
- > Par le même truchement, l'Institut a maintenu sa participation à la Table des centres affiliés universitaires des centres de santé et de services sociaux du Québec et a contribué à divers dossiers liés à leur mission de recherche, dont l'organisation d'une journée d'échanges portant sur les enjeux éthiques en centre affilié universitaire et en centre de santé et de services sociaux.

Sur la scène canadienne :

- > De concert avec plusieurs universités et instances de santé publique, l'Institut a soumis une demande de renouvellement du financement en provenance des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ) pour le Programme de formation en recherche transdisciplinaire sur les interventions en santé publique. Ce programme de formation est dirigé par un membre de l'Institut et plusieurs autres membres y apportent une contribution active à titre de mentors;
- > L'Institut a également participé, par l'entremise d'une de ses membres, au comité directeur de l'Initiative canadienne sur l'évaluation des interventions en santé des populations, pilotée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) avec le concours des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Ce comité directeur a élaboré un plan d'action portant notamment sur la formation à la recherche ainsi que sur le financement de la recherche et de l'évaluation au Canada.

Sur la scène internationale :

- > Dans le contexte de la 62^e session de la Commission permanente de coopération franco-québécoise, l'Institut a préparé, conjointement avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), en France, une demande de financement pour réaliser une étude comparative des pratiques françaises et québécoises de mise à profit et de transfert des connaissances en santé publique.

AXE D'INTERVENTION 3

TRANSFERT ET ÉCHANGE DES CONNAISSANCES

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

OBJECTIF 9 D'ici le 31 mars 2008, augmenter annuellement de 5 % le nombre d'activités de transfert et d'échange de connaissances entre les producteurs et les utilisateurs pour mettre à profit l'expertise en santé publique.

INDICATEUR 9.1 Taux de croissance des activités de transfert et d'échange de connaissances (nombre d'activités de formation, participation aux formations, fréquentation du site Internet, publications produites).

RÉSULTATS

TABLEAU 7

ÉVOLUTION DES ACTIVITÉS DE TRANSFERT ET D'ÉCHANGE DE CONNAISSANCES, DE 2004 À 2009

INDICATEUR	2004-2005	2005-2006		2006-2007		2007-2008		2008-2009	
	NOMBRE	NOMBRE	TAUX	NOMBRE	TAUX	NOMBRE	TAUX	NOMBRE	TAUX
Activités de formation	26	25	-4 %	41	+64 %	36	-12 %	42	+14 %
Participants aux activités de formation	4 728	6 520	+38 %	7 056	+7 %	6 300	-11 %	6 779	+7 %
Fréquentation du site Web (nombre de visites)	ND	543 945	ND	662 778	+22 %	656 009	-1 %	855 932	+30 %
Publications éditées	67	111	+66 %	144	+30 %	169	+15 %	146	-15 %

ACTIVITÉS DE FORMATION

En 2008-2009, un total de 42 activités de formation continue, dont les Journées annuelles de santé publique (JASP), ont été offertes aux divers intervenants du réseau de santé publique québécois. Certaines de ces activités ont été données à plusieurs reprises, ce qui a permis de rejoindre 6 779 participants. Il s'agit d'une augmentation de 7 % de la participation aux activités de formation et d'une augmentation de 14 % du nombre d'activités offertes comparativement à l'année précédente.

À l'occasion du 400^e anniversaire de la fondation de la Ville de Québec, le comité organisateur des Journées annuelles de santé publique (JASP) a réuni, pour la première fois en Amérique, les acteurs de la francophonie mondiale autour de la problématique des inégalités sociales de santé. Les JASP 2008 ont accueilli quotidiennement, du 14 au 17 novembre 2008, de 800 à 1 000 personnes, ce qui en fait le rassemblement annuel incontournable de la santé publique et sa réputation dépasse largement les frontières du Québec. Grâce à son leadership scientifique et à son expertise en communication et en logistique, l'Institut contribue de façon significative au succès des JASP.

Pour sa troisième année d'existence, le programme de formation continue sur les compétences transversales a dispensé cinq ateliers méthodologiques différents. Au total, les ateliers méthodologiques représentent 22 activités de formation. Encore cette année, plusieurs ateliers ont été présentés en région. Ces ateliers ont rejoint 308 participants, ce qui représente une diminution de 33 % par rapport à l'année antérieure.



Journées annuelles de santé publique 2008

Le programme des conférences midi mis de l'avant l'année dernière par le secteur de la santé environnementale de l'Institut a présenté six conférences cette année. Ces dernières, qui étaient offertes en présentiel ou en visioconférence, ont permis de rejoindre quelque 236 participants provenant de l'ensemble des régions du Québec.

Développement des compétences en santé publique

Dans le cadre de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC), l'année 2008-2009 a permis de compléter un prototype de bureau virtuel en santé qui a été reçu favorablement par le Consortium de l'IPCDC regroupant le ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences de la santé et des services sociaux du Québec et leurs directions de santé publique, les centres de santé et de services

sociaux, les milieux universitaires et l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux.

Conçu en fonction des besoins des participants de l'IPCDC, le bureau virtuel en santé est un portail de consultation convivial qui favorisera le partage de connaissances et

d'expertise dans le cadre de l'exercice de la responsabilité populationnelle en rendant accessibles en ligne des outils d'information et de soutien à la décision, tels que fiches thématiques, données probantes et meilleures pratiques, références spécialisées et banques de données documentaires. Le bureau virtuel en santé constituera également un espace commun où les partenaires pourront rendre accessibles à tous certaines productions informationnelles susceptibles de soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle. L'année 2009-2010 sera consacrée à la mise en commun de ces productions et au déploiement graduel du bureau virtuel en santé à l'ensemble des partenaires.



L'Institut a par ailleurs la responsabilité de la promotion et de la coordination des cours en ligne offerts dans le cadre du programme *Amélioration de compétences en santé publique* dispensé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les inscriptions à ce programme pour l'année 2008-2009 se distribuent comme suit :

TABLEAU 8 DISTRIBUTION DES INSCRIPTIONS AU PROGRAMME AMÉLIORATION DE COMPÉTENCES EN SANTÉ PUBLIQUE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC), 2008-2009	
INSCRIPTIONS	NOMBRE
Francophones au Québec	219
Francophones hors Québec	97
Internationales	127
Total	443

ACTIVITÉS DE DIFFUSION DE L'INFORMATION

Outre les activités de formation et de développement des compétences, les activités courantes de diffusion de l'information contribuent aussi au transfert et au partage des connaissances en santé publique. La diffusion d'information par l'intermédiaire du site Internet de l'Institut, des publications éditées, des relations avec les médias ou par la constitution d'une collection documentaire accessible aux intervenants en santé publique en sont de bons exemples.

Site Web de l'Institut

La fréquentation du site Web de l'Institut a augmenté de 30 %, pour atteindre un total de 855 932 visiteurs en 2008-2009, par rapport à 656 009 visiteurs en 2007-2008. Cette augmentation considérable est entre autres choses attribuable au volet international des 12^{es} Journées annuelles de santé publique (JASP), ainsi qu'au lancement de fils RSS sur certains modules de la plateforme Web, fils qui permettent désormais aux utilisateurs d'être régulièrement informés des nouveautés.

Édition de publications

L'Institut contribue de façon considérable à la production de connaissances sous la forme d'avis, d'études, de guides, de rapports, etc. Cent quarante-six publications ont été éditées et publiées au cours de l'année 2008-2009, ce qui représente une diminution de 15 % par rapport à l'année précédente. Cette diminution s'explique par la production exceptionnelle, en 2007-2008, d'une série de rapports thématiques sur la santé des Inuits du Nunavik, ainsi que par la sortie d'une étude d'impact stratégique du Plan

d'intervention gouvernementale de protection de la santé publique contre le virus du Nil occidental qui comportait plusieurs publications. Outre ces publications, la production a été comparable à l'année précédente.

Relations avec les médias

Au cours de l'année 2008-2009, l'Institut a été cité 747 fois dans les médias. Près de 600 requêtes médiatiques ont été traitées et compilées au cours de cette même période, ce qui représente une augmentation de 20 % par rapport à l'année précédente. Plusieurs sujets ont retenu l'attention des médias parmi lesquels on trouve notamment les maladies infectieuses et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la vaccination contre les virus du papillome humain (VPH) et l'immunisation en général, la listériose, la maladie de Lyme, l'évolution du taux de suicide, les champs électromagnétiques, la qualité de l'air et de l'eau, la toxicologie humaine, le bisphénol A et les phtalates, les inégalités sociales de santé et l'alcool au volant.



Services documentaires

En 2008-2009, la collection du Réseau Santécom (regroupement de centres de documentation québécois du secteur de la santé publique) est passée de 64 137 à 63 305 exemplaires, soit une diminution de 1,3 % à la suite de certains élagages. De ce nombre, 26 271 volumes proviennent de la collection de l'Institut, ce qui représente 41 % du fonds documentaire global. Le nombre de titres s'est quant à lui accru de 3 905 documents, atteignant un total de 31 489 titres. La collection du Réseau Santécom demeure une source incontournable pour préserver et diffuser le patrimoine documentaire québécois en santé publique.

En ce qui concerne le nombre de consultations du catalogue en ligne du Réseau Santécom, celui-ci est passé de 45 343 en 2007-2008 à 57 565 en 2008-2009, soit une augmentation de 27 %. Un nouveau module implanté depuis peu permet de

gérer plus efficacement les publications incluses dans la bibliothèque virtuelle. Les visiteurs ont par conséquent la possibilité de consulter, en ligne, les quelque 2 925 publications soumises par la soixantaine de déposants du Réseau Santécom.

En 2008-2009, le nombre de demandes d'articles scientifiques provenant de bibliothèques externes, auxquelles les services documentaires de l'Institut ont répondu s'élève à 1 811, ce qui représente une augmentation de 70 %. Ces bibliothèques externes se trouvent un peu partout en Amérique du Nord et des ententes de service réciproque les unissent aux centres de documentation de l'Institut au moyen d'un système automatisé d'acheminement des demandes de prêts entre bibliothèques. Grâce à ce système nord-américain commun, 2 884 demandes provenant du personnel de l'Institut ont été acheminées à des bibliothèques externes, ce qui constitue une hausse de 16 %. Du côté des monographies, 288 demandes de prêts entre bibliothèques ont été effectuées par ces usagers, ce qui équivaut au double des requêtes soumises l'an dernier.

OBJECTIF 10 D'ici le 31 mars 2008, contribuer au développement et au rayonnement de l'expertise québécoise en santé publique.

INDICATEUR 10.1 Nombre de plans ou d'ententes de collaboration avec des organismes nationaux ou internationaux.

RÉSULTATS Aucune nouvelle entente conclue en 2008-2009. Actualisation des ententes conclues au cours des dernières années.

L'Institut a concentré ses efforts à actualiser les ententes conclues au cours des dernières années, la plupart de ces ententes arrivant à échéance dès 2010. L'Institut a donc privilégié la consolidation des collaborations avec ses partenaires à travers la réalisation ou le développement de nouveaux projets avec ces derniers.

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) fait partie d'un réseau de six centres pancanadiens de synthèse et de partage de connaissances en santé publique. Financé entièrement par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le CCNPPS est hébergé et géré par l'Institut. Au cours des trois dernières années, ce centre a permis de développer des expertises pointues sur plusieurs thèmes liés aux politiques

publiques favorables à la santé, par exemple l'évaluation d'impact sur la santé, les méthodologies d'analyse de politiques publiques, l'analyse éthique, les pratiques délibératives et les liens entre les organisations communautaires et les acteurs institutionnels de santé publique.

Le développement de ces expertises vise à soutenir des acteurs de première ligne en santé publique de toutes les provinces et des territoires canadiens. Il permet, par la même occasion, d'importantes synergies avec les activités de l'Institut dans le champ des politiques publiques favorables à la santé. Ainsi, l'Institut a organisé en collaboration avec le CCNPPS un atelier scientifique interprovincial afin de partager l'expérience et les réflexions des représentants de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au sujet de l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec. Le CCNPPS a également participé à la rédaction d'un avis de l'Institut. Au-delà de ces collaborations particulières, le rayonnement du CCNPPS et sa participation à différents réseaux de santé publique au Canada constituent un actif pour l'ensemble de l'Institut.

DÉMARCHE DE COLLABORATION AVEC L'AUSTRALIE

En ce qui a trait à la lettre d'intention signée en février 2008 avec le ministère de la Santé de l'Australie méridionale, en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, une mission au Québec, réalisée en marge des Journées annuelles de santé publique (JASP), en novembre 2008, a permis d'initier un plan de travail en lien avec les axes de collaboration retenus initialement.

PROJETS RÉALISÉS AVEC LE SOUTIEN DE L'AGENCE CANADIENNE DE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL

L'entente de collaboration signée en juillet 2007 avec l'Agence canadienne de développement international (ACDI) pour le développement de techniques moléculaires et le transfert de technologie afin d'améliorer le diagnostic microbiologique en laboratoire et la surveillance des maladies infectieuses qui affectent la santé de la population au Salvador s'est conclue en mars 2009. Le projet visait la formation du personnel de l'Unidad de laboratorio central Dr. Max Bloch du Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social (ministère de Santé publique et d'Aide sociale), l'achat et le transfert de réactifs et d'équipements, l'implantation et la validation d'activités ciblées, le contrôle externe de la qualité et l'audit du laboratoire. Au cours de l'année 2008-2009,

le Laboratoire de santé publique du Québec s'est assuré que l'application des techniques d'amplification des acides nucléiques pour la détection des virus de la dengue, des rotavirus, des norovirus et des virus influenza était effectuée en conformité avec les principes de contrôle de la qualité transmis lors de la formation. Ces techniques permettent à ce laboratoire de soutenir de manière plus efficace les autorités de santé publique, d'accroître sa participation à l'effort global de préparation à une pandémie et à se positionner favorablement dans le réseau de collaboration des pays d'Amérique centrale. Des suites sont à l'étude, notamment la possibilité d'un projet similaire au Honduras avec la collaboration du laboratoire Max Bloch qui agirait comme tuteur dans une dynamique de coopération Sud-Sud.

Quant au projet réalisé par le Centre de toxicologie du Québec avec l'Institut national pour l'hygiène, l'épidémiologie et la microbiologie de Cuba (INHEM), celui-ci entre dans sa deuxième année d'implantation. Il s'agit d'une phase d'application des nouvelles connaissances, à savoir les techniques de laboratoire et l'appropriation des nouveaux équipements en toxicologie analytique. La fin du projet est prévue en décembre 2010 avec, par la suite, la possibilité d'ouverture d'un nouveau chantier.



Délégation de scientifiques vietnamiens au Laboratoire de santé publique du Québec

Deux autres projets subventionnés par l'ACDI ont permis d'accueillir des délégations étrangères au Laboratoire de santé publique du Québec. En octobre 2008, le laboratoire a accueilli une délégation cubaine, dont la visite avait pour but de connaître le rôle du laboratoire dans la surveillance de la grippe et la situation du diagnostic de cette infection au Québec. En décembre 2008, une délégation de scientifiques vietnamiens a effectué une visite afin d'étudier le rôle du laboratoire dans l'investigation des toxi-infections alimentaires. Cette visite a eu lieu à la demande de l'École de médecine vétérinaire de Saint-Hyacinthe, dans le cadre d'un projet sur l'amélioration de la sécurité alimentaire au Vietnam.

Les scientifiques provenaient de différents laboratoires du Vietnam, notamment l'Institut d'hygiène et de santé publique et le Centre national de l'inspection et de l'hygiène vétérinaire.

UN RÉSEAU DE LABORATOIRES EN SANTÉ PUBLIQUE

Entrepris en 2007-2008, le processus d'accréditation du Laboratoire de santé publique du Québec pour devenir membre du réseau Laboratory Response Network (LRN) est aujourd'hui presque finalisé. Cela lui permettra de bénéficier de l'expertise, des réactifs et des formations offertes par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) d'Atlanta pour détecter les agents de bioterrorisme. Cette accréditation s'ajoutera aux participations à divers réseaux ou programmes internationaux :

- > Membre du groupe de travail interjuridictionnel Canada – États-Unis Northeastern Border Health pour la surveillance des maladies infectieuses dans l'espace nord-américain ;
- > Membre du réseau canadien PulseNet et participation à la détection d'éclosions de maladies entériques, tant au Canada qu'aux États-Unis ;
- > Participation à une surveillance internationale circumpolaire des infections invasives qui touchent les populations des pays du cercle polaire (États-Unis, Canada, Groenland, Islande, Finlande, Norvège et Suède) ;
- > Participation aux activités du Programme national de surveillance des maladies entériques (PNSME) et aux activités du Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (PICRA). Ces réseaux permettent de détecter rapidement des épidémies sur un large territoire et de surveiller les profils de résistance aux antibiotiques des souches humaines et animales ;
- > Collaboration aux travaux du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada (RLSPC) afin de développer un outil de gestion pour les laboratoires ayant pour but de mesurer l'atteinte des standards nord-américains quant aux fonctions essentielles de santé publique ;
- > Participation au Réseau de préparation des laboratoires à une pandémie d'influenza (RPLPI), une table de concertation pancanadienne organisée par le RLSPC qui a pour mandat d'élaborer des lignes directrices et des stratégies de contingence dans l'éventualité d'une pandémie de grippe.

Enfin, dans le cadre de la réorganisation du laboratoire national de référence en mycologie, une démarche se poursuit conjointement au fédéral et au provincial pour former un réseau de laboratoires en mycologie capable d'offrir des services de référence nationaux. Les laboratoires de santé publique de l'Alberta, de l'Ontario et du Québec, ainsi que l'University of Alberta Microfungus Collection and Herbarium, seraient principalement mis à contribution.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

L'Institut a déposé deux projets dans le cadre du programme budgétaire bisannuel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le premier, avec des partenaires en Haïti par l'entremise du Centre collaborateur québécois de l'OMS pour le développement des Villes et Villages en santé (VVS), porte sur le renforcement des liens entre l'école promotrice de santé et sa communauté. Le deuxième projet, préparé en partenariat avec l'École de santé publique du Honduras, traite du renforcement des compétences en santé publique dans la dynamique des fonctions essentielles de santé publique.

AUTRES COLLABORATIONS INTERNATIONALES

Outre la rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé dont il est fait mention dans la section «Faits saillants», l'Institut a également participé à plusieurs séminaires, colloques ou ateliers comme coordonnateur scientifique ou organisationnel de l'événement. À titre d'exemples, mentionnons le Forum franco-québécois organisé en collaboration avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP), en France, et l'École nationale d'administration publique (ÉNAP), au Québec, ayant pour titre *La prévention dans le système de soins : des repères à trouver, des modalités à inventer, en France et au Québec*, la troisième Conférence internationale de la Commission internationale de la santé au travail sur les facteurs psychosociaux au travail (ICOH-CIST) intitulée *De la connaissance à l'action*, ou encore le 2^e Congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques (TMS) intitulé *De la recherche à l'action*.

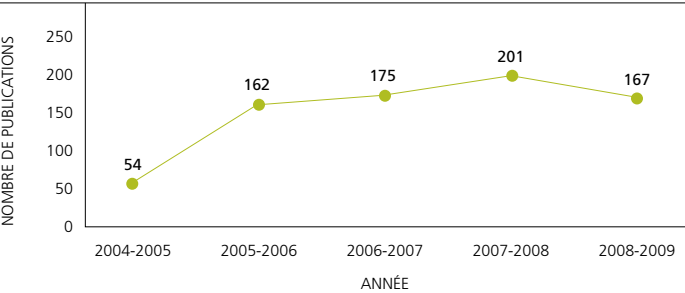
L'Institut a également poursuivi ses collaborations avec diverses associations d'importance majeure en santé publique, notamment l'Association canadienne de santé publique (ACSP) et la Société française de santé publique (SFSP). Dans le premier cas, il a fourni de l'assistance-conseil dans une activité de formation tenue au Cameroun et, dans le second cas, il siège au comité de rédaction de la revue *Santé publique* et au comité scientifique international du congrès de la SFSP.

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

RÉSULTATS Cent soixante-sept publications dans des revues scientifiques offrant un rayonnement national et international, en plus de 18 chapitres de livres, de sept abrégés et d'un livre.

En 2008-2009, 167 articles ont été publiés dans des revues scientifiques, ce qui représente une diminution de 17 % par rapport à l'année précédente.

GRAPHIQUE 2
PUBLICATIONS DANS DES REVUES SCIENTIFIQUES, DE 2004 À 2009



En plus des articles scientifiques, l'Institut a publié 18 chapitres de livres, sept abrégés et un livre. Le nombre total de publications scientifiques (192) rapporté en 2008-2009 est inférieur à celui observé en 2007-2008. Des variations sont aussi observées selon le type de publication : l'année 2008-2009 compte moins d'articles publiés dans des revues scientifiques, mais davantage de chapitres de livres qu'en 2007-2008.

La répartition du nombre de publications scientifiques par direction est restée sensiblement la même que celle observée en 2007-2008. Les fluctuations observées comparativement aux années antérieures dépendent probablement de la phase où en sont rendus les travaux de recherche et de développement des connaissances dans chacun de ces secteurs d'activités.

TABLEAU 9 DISTRIBUTION DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES SELON LES DIRECTIONS, 2008-2009	
DIRECTION	NOMBRE
Risques biologiques, environnementaux et occupationnels	70
Systèmes de soins et politiques publiques	51
Recherche, formation et développement	25
Développement des individus et des communautés	17
Toxicologie humaine	16
Laboratoire de santé publique du Québec	13
Total	192

ORIENTATION 3

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

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

AXE D'INTERVENTION 4

RESPECT DES BESOINS ET DES ATTENTES DES CLIENTS

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

OBJECTIF 11 D'ici le 31 mars 2005, avoir mis en œuvre des mécanismes d'analyse et de rétroaction afin de connaître les besoins et les attentes des clients.

INDICATEUR 11.1 Données disponibles sur les besoins et les attentes des clients.

RÉSULTATS Données obtenues.

Chaque année, l'Institut consulte ses partenaires et ses clients par l'intermédiaire de différents mécanismes de consultations afin de mieux connaître leurs besoins et leurs attentes. La Table de coordination nationale de santé publique, les cinq tables de concertation nationale de santé publique et la rencontre annuelle avec la Direction générale de la santé publique (DGSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux constituent des lieux privilégiés d'échange autour d'enjeux et de stratégies communes à adopter. Ces instances, qui sont constituées des représentants du Ministère, de chacune des directions de santé publique et de l'Institut, sont l'occasion pour l'Institut de recueillir des informations sur les besoins et les attentes de ses principaux partenaires et clients.

En plus de ces mécanismes de consultation, le personnel de l'Institut participe régulièrement à des comités ou groupes de travail conjoints avec ses partenaires et ses clients. Grâce à ces rencontres, l'Institut a été en mesure de proposer à ses partenaires ministériels, et à ceux des directions de santé publique, un plan de diffusion et de transfert des connaissances de ses productions scientifiques, particulièrement dans le secteur de la prévention et de la promotion de la santé. Cette démarche s'appuie sur les besoins exprimés de ces partenaires pour faire en sorte de mieux répondre à leurs attentes par une meilleure utilisation des productions scientifiques de l'Institut. De son côté, l'Infocentre de santé publique du Québec a pour sa part réalisé une étude d'orientation afin de répondre plus adéquatement aux besoins de ses partenaires et clients.

Cette étude a permis de réunir une vingtaine de représentants du réseau de la santé publique et de définir des énoncés stratégiques de développement au cours des prochaines années.

LABORATOIRES

Les exigences relatives aux normes d'accréditation des laboratoires de l'Institut ont contribué à la mise en place de mécanismes de consultation formels auprès de la clientèle.

Le Centre de toxicologie du Québec utilise des questionnaires afin d'évaluer la satisfaction de ses clients et de déterminer leurs attentes. Des comités consultatifs ont par ailleurs été mis en place dans le cadre des programmes externes d'assurance qualité afin d'offrir aux participants l'occasion de faire part de leurs besoins. Ces comités se rencontrent annuellement, font un retour sur les activités des programmes et les commentent au besoin. Les membres peuvent également proposer de nouvelles orientations qui seront approuvées par les coordonnateurs de programmes.

Le Laboratoire de santé publique du Québec consigne, pour sa part, les besoins et les attentes de ses partenaires et clients dans un registre officiel de rétroaction de la clientèle. En 2008-2009, six demandes ont ainsi été enregistrées. Le Laboratoire de santé publique a répondu favorablement à quatre d'entre elles. Deux demandes ont été refusées, l'une parce que la méthode demandée n'était pas optimale et l'autre parce que l'analyse demandée était disponible dans un autre laboratoire.

OBJECTIF 12 D'ici le 31 mars 2006, accueillir, analyser, prioriser et traiter toutes les demandes conformément aux processus établis.

INDICATEUR 12.1 Taux de demandes traitées conformément aux processus établis.

RÉSULTATS Plus de 99 % des demandes adressées aux laboratoires et aux services cliniques de dépistage de l'Institut ont été traitées conformément aux processus établis.

Pour les secteurs d'activité des laboratoires et des services cliniques de dépistage, les processus de traitement des demandes sont systématisés et respectés. Quant aux autres secteurs, les mécanismes varient selon la nature des demandes et sont généralement moins formels. Dans le cadre de l'autoévaluation réalisée en 2007-2008, l'Institut a confirmé l'importance de mettre en place des processus de priorisation et d'acceptation des demandes qui lui sont faites pour en assurer un meilleur suivi.



LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

En 2008-2009, le Laboratoire de santé publique du Québec a reçu 61 275 échantillons. Il a respecté ses engagements et la marche à suivre prescrite pour 61 226 d'entre eux, ce qui représente un taux de conformité supérieur à 99 % (99,9). Parmi ces 49 non-conformités aux processus établis, on observe des échantillons pour lesquels le processus de validation n'a pas été respecté (7), des échantillons pour lesquels le délai d'analyse convenu n'a pas été respecté (12), des échantillons dont le rapport analytique comportait une erreur (21) et des échantillons pour lesquels l'analyse demandée n'a pas été respectée (9).

Le tableau 10 présente, pour les quatre dernières années, le nombre d'échantillons reçus au Laboratoire de santé publique selon le secteur d'activité pour lequel une analyse a été initiée. Bien que plusieurs microorganismes puissent être trouvés dans un même échantillon et que plusieurs analyses peuvent aussi être effectuées pour un même échantillon, un échantillon n'est comptabilisé qu'une seule fois.

TABEAU 10
NOMBRE D'ÉCHANTILLONS REÇUS AU LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ POUR LEQUEL UNE ANALYSE A ÉTÉ AMORCÉE, 2005-2009

SECTEUR D'ACTIVITÉ	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Bactériologie	5 873	6 221	7 334	8 341
Marqueurs épidémiologiques	1 388	1 688	1 741	2 231
Mycologie	1 906	1 720	1 733	1 843
Parasitologie	2 448	2 768	3 077	4 184
Physico-chimie	6 612	7 119	7 084	6 992
Sérodiagnostic	15 924	15 245	14 345	15 171
Virologie	11 539	13 238	11 845	12 313
Biologie moléculaire	4 900	6 725	7 717	10 200
VNO (pools de moustiques)	7 439	3 608	0	--
Total de spécimens reçus	58 029	58 332	54 876	61 275

CENTRE DE TOXICOLOGIE DU QUÉBEC

Conformément aux procédures du système de qualité du Centre de toxicologie du Québec, chaque demande transmise au laboratoire fait l'objet d'une revue de contrat. Quant aux demandes d'analyse provenant des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, elles sont traitées selon les procédures établies à cette fin.

En 2008-2009, le Centre antipoison du Québec a demandé au Centre de toxicologie du Québec d'effectuer l'analyse, en situation d'urgence, de 134 échantillons. Les résultats ont été transmis en moins de 90 minutes dans le cadre du service offert aux centres hospitaliers pour les situations d'urgence en analyse toxicologique. Le tableau 11 présente le volume d'activité du Centre de toxicologie en regard des besoins provenant spécifiquement du réseau de la santé au cours des quatre dernières années.



CLAUDINE VANDRY

TABEAU 11
VOLUME D'ACTIVITÉ DU CENTRE DE TOXICOLOGIE DU QUÉBEC EN RÉPONSE
AUX DEMANDES PROVENANT SPÉCIFIQUEMENT DU RÉSEAU DE LA SANTÉ,
DE 2005 À 2009

SECTEUR D'ACTIVITÉ	NOMBRE D'ÉCHANTILLONS			
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Clinique	2 430	2 596	2 398	2 408
Environnement	39	27	24	28
Métaux	8 078	7 572	7 483	8 787
Total	10 547	10 195	9 905	11 223

La volumétrie demeure constante d'une année à l'autre. Toutefois, l'augmentation de la dernière année peut s'expliquer par de nouvelles méthodes offertes aux différents centres hospitaliers du Québec. Le tableau 12 présente quant à lui le volume total d'activité du Centre de toxicologie pour les quatre dernières années :

TABEAU 12
VOLUME TOTAL D'ACTIVITÉ DU CENTRE DE TOXICOLOGIE DU QUÉBEC,
DE 2005 À 2009

SECTEUR D'ACTIVITÉ	NOMBRE D'ÉCHANTILLONS			
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Clinique	5 988	7 512	10 012	12 570
Environnement	4 366	5 785	11 238	11 178
Métaux	22 647	21 303	26 657	32 546
Total	33 001	34 600	47 907	56 294

Ainsi, le nombre d'échantillons reçus au cours de la dernière année se situe à 56 294, soit une augmentation de 71 % par rapport à l'année 2005-2006, et de 63 % par rapport à l'année 2006-2007. Un projet important, associé à une étude de biosurveillance, explique cet écart notable. L'augmentation de la volumétrie a été accompagnée par l'ajout de nouvelles technologies en spectrométrie de masse (GC-MS-MS) et de nouvelles méthodes analytiques.

SERVICES CLINIQUES DE DÉPISTAGE

L'année 2008-2009 a été bien remplie du côté des services cliniques de dépistage bien que l'on observe une légère diminution du nombre d'exams réalisés par rapport à l'année précédente.

TABEAU 13
NOMBRE D'EXAMENS RÉALISÉS PAR LES SERVICES CLINIQUES
DE DÉPISTAGE, 2004-2009

SECTEUR	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Examen auditif	3 644	4 668	3 421	4 887	4 211
Radiographie pulmonaire	1 129	2 159	4 641	4 247	2 580
Mammographie	4 040	5 558	3 661	4 329	5 040
Total	8 813	12 385	11 723	13 463	11 831

En 2008-2009, le volume de radiographies pulmonaires a diminué de 39 %. Ces activités avaient été significativement élevées au cours des deux années précédentes, à la suite de la mise en activité d'une nouvelle unité en septembre 2006 et de la participation de l'unité de radiologie dans le cadre de l'opération provinciale de dépistage de l'amiantose dans le secteur de la construction.

En ce qui concerne les mammographies réalisées par les unités mobiles gérées et exploitées par l'Institut dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), sept régions du Québec ont été visitées cette année, en plus des régions éloignées de la Côte-Nord, de la Basse-Côte-Nord, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.



Unité mobile de mammographie Clara

La mission première des unités itinérantes, l'unité mobile Clara transportée par la route, et l'unité portative Sophie transportée par train, par bateau ou par avion, est de desservir les régions éloignées ou encore sans accès par la route. Cependant, selon le délai d'attente pour obtenir une mammographie et selon les critères de priorisation établis en accord avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'unité mobile Clara est également utilisée pour pallier des problèmes locaux et temporaires. Trois régions ont été visitées cette année : Outaouais, Lanaudière et Saguenay–Lac-Saint-Jean.

TABEAU 14
ACTIVITÉS RÉALISÉES AVEC L'UNITÉ MOBILE CLARA, 2008-2009

RÉGION VISITÉE	SITE VISITÉ	MAMMOGRAPHIES RÉALISÉES
Outaouais	Maniwaki	442
	Shawville	462
	Gatineau	799
Lanaudière	Berthierville	680
	Chertsey	274
Saguenay–Lac-Saint-Jean	Alma	610
Nord-du-Québec	Lebel-sur-Quévillon	180
	Matagami	102
	Radisson	19
Terres-Cries-de-la-Baie-James	Nemaska	31
	Waskaganish	90
	Eastman	29
	Wemindji	84
	Chisasibi	214
Abitibi-Témiscamingue	Témiscamingue	105
Côte-Nord	Fermont	87
Total		4 208

TABEAU 15
ACTIVITÉS RÉALISÉES AVEC L'UNITÉ PORTATIVE SOPHIE, 2008-2009

RÉGION VISITÉE	SITE VISITÉ	MAMMOGRAPHIES RÉALISÉES
Côte-Nord (par train)	Schefferville	67
Basse-Côte-Nord (par bateau)	La Romaine	83
	St-Augustin	85
	Chevery	117
	Blanc-Sablon	125
Nunavik (par avion)	Kuujuuaq	195
	Kuujuarapik	123
Terres-Cries-de-la-Baie-James	Whapmagoostui	37
Total		832



Unité portative de mammographie Sophie

Le passage de plus en plus marqué à la technologie numérique dans le domaine de l'imagerie médicale a incité l'Institut à entreprendre des démarches afin d'évaluer la possibilité que ses unités itinérantes de mammographie passent à la technologie numérique. L'Institut a d'ailleurs poursuivi ses efforts dans la coordination du projet d'implantation d'unités de mammographie numérique au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières.

OBJECTIF 13 D'ici le 31 mars 2007, évaluer la satisfaction des clients quant à la qualité des productions et les processus de réponse.

INDICATEUR 13.1 Taux de satisfaction de la clientèle.

RÉSULTATS Taux de satisfaction obtenus.

Dans le cadre du processus d'autoévaluation des activités et des services de l'Institut réalisé en 2007-2008, un sondage avait été fait auprès des principaux partenaires et clients de l'Institut afin d'évaluer leur appréciation et leur degré de satisfaction. Les résultats obtenus ont permis de constater que, globalement, 81 % des répondants ont une perception positive de l'Institut. À l'issue de ce sondage, l'Institut a poursuivi ses travaux afin de répondre aux besoins exprimés par ses partenaires et clients. Les réflexions issues de cet exercice se traduiront notamment dans le Plan stratégique 2009-2014 de l'Institut.

LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Le Laboratoire de santé publique du Québec s'est doté d'indicateurs sur la qualité pour mesurer la performance de ses divers processus afin de s'assurer de la satisfaction de sa clientèle. Ces indicateurs sont mesurés et analysés dans le cadre de la revue de direction annuelle, et des recommandations sont émises afin d'améliorer les services offerts. De plus, le Laboratoire de santé publique documente la satisfaction de sa clientèle à l'aide d'un registre de rétroaction.

En 2008-2009, le Laboratoire de santé publique a reçu 62 messages de remerciements concernant les services rendus dont 35 faisaient suite à une demande précise d'information ou d'expertise. La gestion des plaintes offre également une mesure indirecte de la satisfaction de la clientèle. En 2008-2009, trois plaintes ont été formulées par la clientèle. Dans tous les cas, un suivi a été fait auprès du requérant et, lorsque nécessaires, des mesures correctives appropriées ont été mises en place.

CENTRE DE TOXICOLOGIE DU QUÉBEC

Chaque année, le Centre de toxicologie du Québec évalue le degré de satisfaction des clients des services d'analyse en vertu de la norme ISO/CEI 17025, ainsi que le degré de satisfaction des participants aux programmes d'assurance qualité, en vertu de la norme CAN-P-43, à l'aide de questionnaires.

TABLEAU 16
TAUX DE SATISFACTION, 2006 À 2009

NORMES D'ACCREDITATION	2006-2007	2007-2008	2008-2009
ISO/CEI 17025			
Questionnaires envoyés	22	50	72
Taux de réponse	33 %	44 %	42 %
Satisfait*	89 %	90 %	87 %
CAN-P-43			
Questionnaires envoyés	74	178	90
Taux de réponse	50 %	24 %	30 %
Satisfait*	100 %	59 %	38 %

* Pour obtenir la mention « Satisfait » aucune case « Point faible » ne doit être cochée dans le questionnaire.

En ce qui concerne la norme ISO/CEI 17025, le taux de réponse et le degré de satisfaction des clients sont demeurés relativement stables par rapport à l'année dernière. Pour la norme CAN-P-43, une hausse des demandes d'amélioration de l'ordre de 50 % par rapport à l'année précédente explique l'augmentation du taux de réponse d'environ 25 % et la baisse du taux de satisfaction. À la suite de l'étude de ce dossier en revue de direction, des actions correctives ont été mises en place dont l'efficacité est ponctuellement évaluée à l'aide d'un plan d'action.

TABLEAU 17
NOMBRE DE RÉCLAMATIONS (REQUÊTES PARTICULIÈRES OU PLAINTES),
2005 À 2009

NORMES D'ACCREDITATION	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
ISO/CEI 17025	44	22	18	18
CAN-P-43	17	13	16	25



L'augmentation du nombre de réclamations pour la norme CAN-P-43, par rapport à 2007-2008, s'explique par la mise en application récente de ce système d'assurance qualité. Implanté depuis 2006, il y a encore place à l'amélioration pour mieux contrôler l'ensemble des activités qui s'y rattachent de manière à diminuer les réclamations des clients et augmenter leur degré de satisfaction. Des actions concrètes ont ainsi été mises en place et sont suivies dans le plan d'action et la revue de direction.

SERVICES CLINIQUES DE DÉPISTAGE

Les services cliniques de dépistage ont maintenu le processus d'évaluation de la satisfaction de la clientèle en remettant systématiquement un questionnaire aux représentants des équipes de santé au travail des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et aux répondantes régionales et locales du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Des 36 questionnaires retournés, tous portaient les mentions « très satisfait » ou « satisfait » des services cliniques de dépistage offerts par l'Institut.

AXE D'INTERVENTION 5

RIGUEUR SCIENTIFIQUE ET QUALITÉ PROFESSIONNELLE

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

OBJECTIF 14 D'ici le 31 mars 2006, soumettre les activités et les services de l'Institut à des processus d'assurance de la qualité.

INDICATEUR 14.1 Accréditations des laboratoires de l'Institut (Laboratoire de santé publique du Québec, Centre de toxicologie du Québec, Services cliniques de dépistage en mammographie et en audiologie) obtenues et maintenues.

RÉSULTATS Accréditations maintenues et nouvelle accréditation sollicitée.

L'Institut déploie chaque année plusieurs stratégies pour s'assurer de la qualité des activités et des services rendus à ses partenaires et clients. Ces mécanismes d'assurance qualité varient toutefois selon la nature des demandes. Dans les secteurs d'activité des laboratoires et des services cliniques de dépistage, ces processus de traitement des demandes sont systématisés et respectés, ce qui permet d'en rendre compte.



LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Depuis 2004, le Laboratoire de santé publique du Québec a obtenu la norme ISO 9001:2000 *Systèmes de management de la qualité – Exigences*. Afin de conserver la certification ISO, il est audité annuellement par le Bureau de normalisation du Québec (BNQ) qui vérifie la conformité de son système de gestion de la qualité avec les exigences de la norme. En juin 2008, le BNQ a reconduit l'agrément du Laboratoire de santé publique pour une nouvelle année. Le laboratoire s'était également fixé comme objectif de soumettre ses activités analytiques à la portée de la norme ISO 15189:2007

Laboratoires d'analyses de biologie médicale – Exigences particulières concernant la qualité et la compétence. Un audit en ce sens a eu lieu en octobre 2008 et la recommandation du BNQ est attendue au cours de l'année 2009.

Pour une sixième année consécutive, le Laboratoire de santé publique a obtenu son accréditation par le Bureau de la sécurité des laboratoires de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et du Bureau du confinement, des biorisques et sécurité de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) pour ses installations de niveau de confinement 3. Cette accréditation atteste que ces installations sont conformes aux plus hautes normes de sûreté et de sécurité pour la manipulation d'agents anthropopathogènes et zoopathogènes indigènes. De telles reconnaissances sont primordiales pour permettre au Laboratoire de santé publique de maintenir sa capacité d'agir dans le domaine du bioterrorisme et pour le diagnostic et la surveillance des maladies, telles la tuberculose ou une souche d'influenza à potentiel pandémique, causées par des agents pathogènes du Groupe de risque 3 (à risque élevé pour l'individu, faible pour la collectivité).

Enfin, le Laboratoire de santé publique a été inspecté par la Commission canadienne de sûreté nucléaire (CCSN) et ses installations ont été trouvées conformes sur le plan de la radioprotection.

CENTRE DE TOXICOLOGIE DU QUÉBEC

Le Centre de toxicologie du Québec détient une certification du Conseil canadien des normes (CCN) selon les normes internationales ISO/CEI 17025 pour ses essais d'aptitude, et selon les normes CAN-P-43 à titre de fournisseur de matériaux d'essais d'aptitude. Fort de cette double certification, il demeure un laboratoire de référence reconnu pour ses compétences en matière d'assurance qualité et continue de livrer à ses clients des résultats analytiques d'une grande fiabilité.

Le maintien de ces hauts standards de qualité a été confirmé par la visite de réévaluation du Bureau de normalisation du Québec (BNQ) en mai 2008. À la suite de cette visite, le Conseil canadien des normes (CCN) a reconduit les deux accréditations, ISO/CEI 17025 et CAN-P-43, jusqu'en janvier 2011.

Cela a également permis au Centre de toxicologie du Québec de divulguer ses programmes externes de qualité AMAP, PCI et QMEQAS sur la base de données EPTIS, organisme international qui coordonne la diffusion d'information relative aux fournisseurs de programmes d'assurance qualité externes (PAQE). Seuls les PAQE officiellement accrédités y sont acceptés.

Grâce aux efforts investis dans le maintien de ses certifications, le Centre de toxicologie garantit une offre de service de grande qualité, constamment soumise à des processus de rétroaction et d'appréciation du service à la clientèle, ainsi qu'à des processus de surveillance tels que le suivi des non-conformités, des réclamations et des audits internes. De plus, des processus d'actions préventives et de suivi de l'efficacité des mesures correctives instaurées assurent l'amélioration continue de son offre de service.



Unité mobile d'audiologie

SERVICES CLINIQUES DE DÉPISTAGE

En 2008-2009, les unités mobiles de mammographie des services cliniques de dépistage ont maintenu leur accréditation selon les exigences du Programme d'agrément en mammographie de l'Association canadienne des radiologistes, de même que leur accréditation et leur désignation dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

L'unité mobile d'audiologie est conforme aux normes du BNQ, de même qu'aux lignes directrices des examens auditifs en milieu de travail pour la formation du personnel émises par l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec.

Quant à l'unité mobile de radiologie, elle est conforme aux normes appliquées en radiodiagnostic selon l'Ordre des technologues en radiologie du Québec.

INDICATEUR 14.2 Pourcentage des productions de l'Institut soumises à des mécanismes internes ou externes de révision.

RÉSULTATS 100 % des publications scientifiques et des analyses de laboratoire sont soumises à des mécanismes de révision.

Selon la nature de ses productions scientifiques, l'Institut s'assure de disposer de mécanismes internes et externes de révision pour maintenir les plus hauts standards de qualité.

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

De façon générale, des mécanismes d'examen éthique de même que des mécanismes de révision par les pairs, des comités consultatifs ou des comités de lecture sont prévus pour s'assurer de la révision des publications scientifiques produites par l'Institut. À l'occasion, des experts internationaux sont invités à contribuer à la révision.

Pour soutenir la réalisation des avis et des synthèses de connaissances concernant l'impact des politiques publiques sur la santé de la population, l'Institut a travaillé en 2007-2008 au développement d'une démarche de production plus systématique. Sur cette base, un guide méthodologique a été publié qui décrit un processus couvrant les principales étapes de l'élaboration d'un rapport, les actions à réaliser et les personnes qui en sont responsables. Ce guide propose également des approches méthodologiques pour les personnes chargées du travail de recherche et de la rédaction des rapports.

ACTIVITÉS DE LABORATOIRE

Toutes les analyses de laboratoire effectuées par l'Institut font l'objet de processus d'assurance qualité rigoureux. En effet, chaque série d'analyses comporte un ou plusieurs échantillons de contrôle dont la teneur est connue. Le résultat obtenu pour ces échantillons de contrôle doit se situer à l'intérieur d'une plage préétablie ou correspondre au résultat attendu, sans quoi la série est reprise.

En plus des activités de contrôle de la qualité, les laboratoires participent aussi à des programmes d'assurance qualité externes pour tous les types d'analyses qu'ils effectuent. Les laboratoires participant à ces programmes reçoivent tous les mêmes échantillons et les résultats d'analyse sont transmis à un organisme responsable qui compile les données afin d'établir la performance de chaque participant. En 2008-2009, le Laboratoire de santé publique du Québec a de nouveau respecté son objectif de 90 % de conformité aux valeurs attendues lors de ces

essais d'aptitude. Quant au Centre de toxicologie du Québec, il a réussi 90 % de ses 70 participations à des programmes d'assurance qualité externes. Tous les cas de non-conformités ont fait l'objet d'un suivi et l'efficacité des mesures correctives mises en place a été surveillée de manière à éviter la récurrence des problèmes rencontrés.

INDICATEUR 14.3 Pourcentage des activités de formation offertes par l'Institut ayant obtenu une accréditation reconnue par une maison d'enseignement, un ordre ou une fédération professionnelle.

RÉSULTATS 100 % des activités de formation continue ont été accréditées.

En 2008-2009, un total de 42 activités de formation continue a été offert aux praticiens et aux chercheurs en santé publique. Toutes les activités de formation continue ont obtenu une accréditation, soit par le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé de l'Université de Montréal, soit par le Centre de développement professionnel continu de l'Université Laval. Les médecins et les professionnels participant aux activités de formation continue peuvent ainsi recevoir un certificat avec des crédits ou des unités de formation en fonction du nombre d'heures de participation.

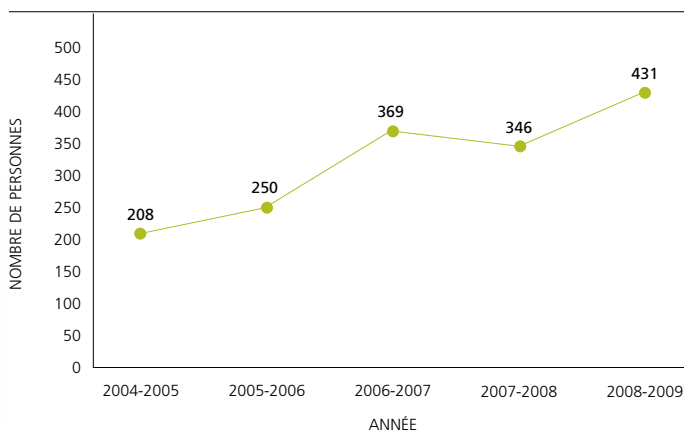
OBJECTIF 15 Assurer annuellement le perfectionnement et la formation continue d'au moins 90 % des ressources humaines de l'Institut.

INDICATEUR 15.1 Pourcentage des ressources humaines de l'Institut ayant participé à des activités de formation.

RÉSULTATS 71 % des ressources humaines de l'Institut ont participé à des activités de formation.

En ce qui concerne la formation du personnel, 431 personnes ont participé à 656 activités de formation, que ce soit dans le cadre de colloques ou de formation continue à l'externe ou à l'interne, ce qui représente une augmentation de 25 % du nombre de participants par rapport à l'année précédente. Dans l'ensemble, les activités de formation totalisent 11 516 heures de formation.

GRAPHIQUE 3
NOMBRE DE PERSONNES AYANT PARTICIPÉ À DES ACTIVITÉS DE FORMATION, DE 2004 À 2009



Par ailleurs, pour l'année 2008, l'Institut a consacré 3,2 % de sa masse salariale à la formation, ce qui représente une légère augmentation de 0,2 % par rapport à l'année précédente. Soulignons que la Loi favorisant le développement de la formation de la main-d'œuvre impose aux organisations une obligation d'investissement en formation de 1 % de leur masse salariale, ce qui signifie que l'Institut se situe encore une fois au-delà des exigences prévues.

Le programme de formation destiné aux gestionnaires de l'Institut s'est poursuivi au cours de l'année 2008-2009 et a permis d'offrir quatre sessions de formation. Pour cette même clientèle, quatre groupes de codéveloppement ont été mis sur pied. Ces groupes réunissent des cadres avec un accompagnateur externe qui les guide dans leurs réflexions sur diverses problématiques de gestion.

L'année financière 2008-2009 a permis de démarrer les travaux des comités de développement des ressources humaines prévus aux conventions collectives et d'amorcer des discussions avec les instances syndicales sur les besoins de formation des employés.

Des démarches ont aussi été entreprises afin d'élaborer un plan de développement des ressources humaines auprès des différentes catégories d'emploi et de dresser le profil des compétences spécifiques et transversales.

Enfin, dans le but de clarifier les outils de développement de la main-d'œuvre et de la relève, la politique de formation et de perfectionnement a été entièrement révisée et est actuellement en processus d'approbation.

AXE D'INTERVENTION 6

COORDINATION OPTIMALE DES ACTIVITÉS ET DES SERVICES

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

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

INDICATEUR 16.1 Programmation 2005-2008 produite et mise à jour annuellement.

RÉSULTATS Mise à jour et suivi de la programmation.

Les directions vont progressivement accueillir et intégrer un système d'information dans leurs processus de gestion et de planification des activités scientifiques. Des activités de sensibilisation et de formation ont été menées dans le but de faciliter cette intégration dans les équipes. La mise en place de ce nouvel outil permettra de faire le suivi et la mise à jour annuelle de la programmation scientifique à l'Institut.

La *Programmation 2005-2008* constitue le cadre de référence maintenu pour la présente année. Elle regroupe la gamme des activités et services offerts par l'Institut autour de 10 grands domaines et de 45 axes qui réfèrent globalement aux responsabilités confiées à l'Institut par le gouvernement du Québec, ainsi qu'au soutien apporté au Programme national de santé publique 2003-2012.

Des efforts ont été réalisés autour du comité de programmation pour faire évoluer la programmation scientifique de l'Institut à la lumière des enjeux organisationnels soulevés dans le cadre de la démarche d'autoévaluation complétée au cours de l'année. Les thèmes abordés concernent des secteurs d'activités nécessitant une meilleure coordination de l'expertise à l'Institut pour répondre adéquatement aux besoins et aux attentes des principaux partenaires à l'égard de l'Institut. Ces thèmes sont les suivants : évaluation du Programme national de santé publique 2003-2012, prévention et système de soins, enjeux liés à la surveillance, valorisation des connaissances scientifiques, collaboration internationale, enjeux du développement de la recherche. Les travaux de ce comité sont pris en compte dans l'évolution de la programmation scientifique à l'Institut.



8

Utilisation des ressources

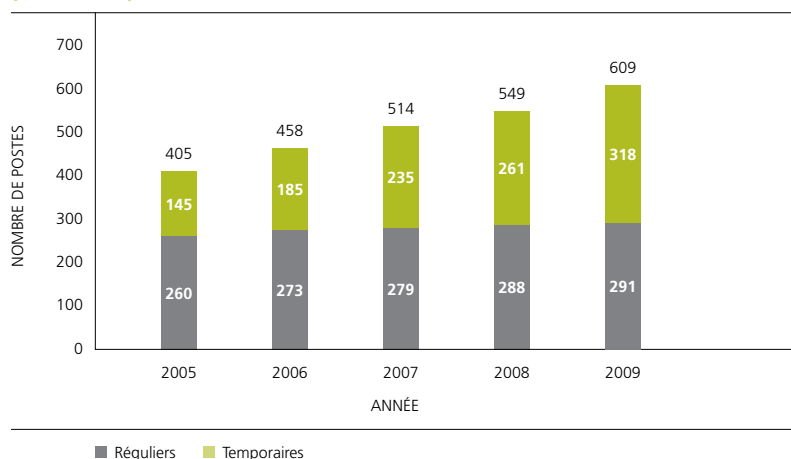
L'Institut assure une utilisation efficace et efficiente des ressources dont il dispose dans le respect des règles établies et des orientations gouvernementales.

RESSOURCES HUMAINES

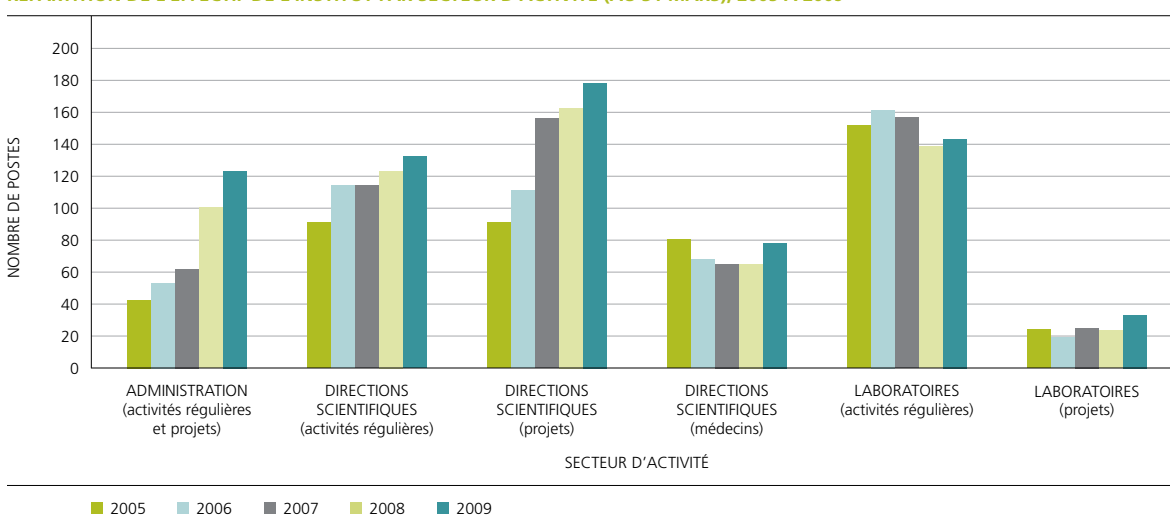
Au 31 mars 2009, l'Institut compte un effectif en lien d'emploi direct de 609 personnes, dont 286 détiennent un poste à temps complet, cinq occupent un poste à temps partiel et 318 ont une affectation temporaire. Ce nombre total de personnes salariées représente une augmentation de 11 % par rapport au 31 mars 2008. Le graphique 4 illustre la progression des effectifs en lien d'emploi direct avec l'Institut au cours des cinq dernières années.

Aux 609 personnes en lien d'emploi direct s'ajoutent 78 médecins rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) qui représentent 44,5 équivalents temps complet. Le graphique 5 présente la répartition des effectifs en lien d'emploi direct par secteur d'activité auquel les 78 médecins ont été ajoutés.

GRAPHIQUE 4
PROPORTION DES POSTES RÉGULIERS ET TEMPORAIRES À L'INSTITUT
(AU 31 MARS), 2005 À 2009



GRAPHIQUE 5
RÉPARTITION DE L'EFFECTIF DE L'INSTITUT PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ (AU 31 MARS), 2005 À 2009



La principale augmentation se situe dans le secteur de l'administration et s'explique par l'embauche de 16 nouvelles personnes à la Direction des ressources informationnelles pour la réalisation de mandats importants de développement, particulièrement dans le cadre de la solution logicielle PANORAMA du Dossier santé du Québec (DSQ).

Outre les médecins, il y avait 96 autres personnes en lien d'emploi indirect avec l'Institut au 31 mars 2009, c'est-à-dire des consultants et des contractuels (fournisseurs de services), des personnes en affectation ou en prêt de service, des stagiaires et des étudiants non rémunérés. Il est à noter que dans le cadre de ses activités, l'Institut réalise des projets de recherche et des mandats particuliers de durée variable grâce à des sources externes de financement, tels les divers paliers de gouvernement ou les organismes subventionnaires. Cette particularité a pour effet d'engendrer de nombreux mouvements de main-d'œuvre comme le démontre l'embauche de 135 personnes et le départ de 75 autres en 2008-2009.

En matière de relations de travail, en mai 2008, l'Institut a signé la convention collective avec le Syndicat des professionnelles en soins du Québec (SPSQ-FIQ). Ce syndicat représente les infirmiers et infirmières travaillant à l'Institut. De plus, les négociations avec l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) se concluront par la signature de la convention collective en juin 2009. L'Institut révisé maintenant le répertoire des conditions de travail pour les employés syndiqués mais non syndiqués en tenant compte des modifications apportées aux conventions collectives et procède à une adaptation des conditions de travail du personnel d'encadrement. Ces deux documents devront faire l'objet d'une adoption par le comité de régie et par le conseil d'administration avant d'être mis en application.

Par ailleurs, un comité sur la conciliation entre le travail et la vie personnelle a vu le jour. Ce comité, composé de gestionnaires représentant les directions, discute de mesures pouvant être mises en place afin de revoir l'organisation du travail tout en considérant les obligations personnelles des employés. Le comité poursuivra ses travaux en 2009-2010.

Les travaux du comité sur l'équité salariale se sont poursuivis et le processus d'évaluation des catégories d'emploi sera terminé en juin 2009. La réalisation de cette importante démarche permettra de procéder aux ajustements salariaux qui en découlent à l'automne 2009.

Le processus de planification de la relève s'est étendu à toutes les directions par une collecte d'information, ce qui a permis de dresser un état de la situation et de cibler des priorités d'action.

Un projet de code d'éthique et de règles de conduite a été élaboré et fait l'objet d'une consultation en vue de son adoption à l'automne 2009. En s'appuyant sur les valeurs de l'organisation, ce code a comme objectif de guider les membres de l'Institut dans leur conduite professionnelle.

En ce qui a trait aux activités de reconnaissance du personnel, l'Institut a encore une fois souligné la semaine des agentes administratives en les réunissant au Laboratoire de santé publique du Québec pour une journée de formation et de ressourcement au mois d'avril 2008. L'Institut a aussi souligné le départ à la retraite de quatre employés et les 25 ans de service de 13 de ses employés. Enfin, dans le but de revoir l'ensemble des pratiques en matière de reconnaissance, un comité de travail a été mis sur pied afin d'analyser les meilleures pratiques et d'élaborer une politique de reconnaissance pour l'année 2011.

RESSOURCES FINANCIÈRES

Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2009, vérifiés par le Vérificateur général du Québec, incluent les résultats financiers pour les activités régulières de l'Institut, financées principalement par la subvention récurrente du ministère de la Santé et des Services sociaux, et pour les projets spéciaux, qui sont constitués d'activités ciblées non récurrentes en réponse à des mandats spécifiques provenant de plusieurs sources de financement.

Les résultats financiers totaux de l'ensemble des activités de l'Institut pour l'exercice terminé le 31 mars 2009, dont les produits s'élèvent à 64 234 443 \$ et les charges à 62 458 432 \$, représentent un excédent des produits sur les charges de 1 776 011 \$. Il est à noter que les produits totaux représentent une augmentation de 5 % par rapport à l'année précédente, tandis que les charges totales représentent une augmentation de 7 %.

L'excédent des produits sur les charges se répartit comme suit : une insuffisance des produits sur les charges de 159 993 \$ pour les activités régulières et un excédent des produits sur les charges de 1 936 004 \$ pour les projets spéciaux. Cet excédent des produits sur les charges pour les projets spéciaux est principalement dû à l'exécution d'un contrat d'envergure par le Centre de toxicologie du Québec.

L'excédent cumulé affecté des activités régulières de 6 242 008 \$ représente la somme requise pour combler des dépenses en lien avec des décisions prises par le conseil d'administration, dans le cadre de la politique en vigueur à l'Institut concernant l'affectation de l'excédent attribuable à la réalisation des projets spéciaux. Il est à souligner l'ajout d'une somme à ce titre au cours de l'exercice 2008-2009 de 2 700 000 \$ à la suite d'une décision du conseil d'administration qui sera utilisée pour le développement de l'Institut, soit pour combler le financement de projets d'immobilisation, d'infrastructure, d'innovation scientifique et de projets particuliers en lien avec sa mission.

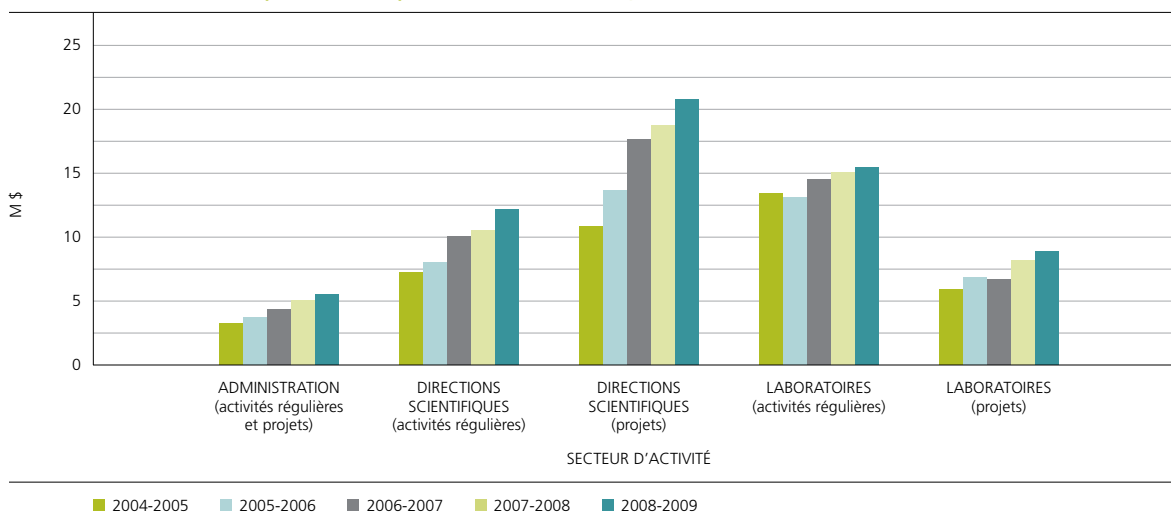
L'excédent cumulé affecté des projets spéciaux de 1 525 803 \$ représente la somme requise pour combler des dépenses en lien avec des projets précis en santé publique autorisés par le conseil d'administration, dans le cadre de la politique en vigueur à l'Institut concernant l'affectation de l'excédent attribuable à la réalisation des projets spéciaux. Il est à souligner l'ajout d'une somme de 40 436 \$ à ce titre au cours de l'exercice 2008-2009. Le graphique 6 compare les dépenses par secteur d'activité au cours des cinq dernières années, en distinguant les activités régulières des projets spéciaux.

En pourcentage, la répartition des dépenses totales de l'Institut, des activités régulières et des projets spéciaux cumulés, se présente donc comme suit :

- > 52,4 % aux activités scientifiques autres que celles des laboratoires;
- > 38,7 % aux activités des laboratoires;
- > 8,9 % à l'administration générale.

En lien avec l'exercice financier 2008-2009, la proportion des dépenses totales relatives aux activités scientifiques, autres que celles des laboratoires, a augmenté de 1,6 %, tandis que la proportion des dépenses totales en lien avec les activités des laboratoires a diminué de 1,7 %. Ces variations s'expliquent principalement par l'augmentation de la valeur des mandats des projets spéciaux dans les activités scientifiques autres que les laboratoires. En ce qui a trait à l'administration générale, une augmentation de 0,1 % est observée. Il est à noter que cette répartition n'inclut pas la rémunération des médecins, assumée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

GRAPHIQUE 6
RÉPARTITION DES DÉPENSES (EN MILLIONS \$) PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ, DE 2004-2005 À 2008-2009



RESSOURCES MATÉRIELLES

Dans un contexte de croissance continue de l'effectif, l'Institut a poursuivi ses efforts visant l'utilisation optimale des espaces physiques disponibles. Sur le plan des investissements, l'Institut a acquis des immobilisations au coût de 4 872 937 \$ dans le cadre du fonctionnement des activités courantes et des projets spéciaux. Ces investissements se répartissent ainsi : du matériel roulant au coût de 20 370 \$, des améliorations locatives au coût de 27 001 \$, des équipements spécialisés au coût de 727 412 \$, du matériel informatique au coût de 321 502 \$, du mobilier et des équipements au coût de 182 898 \$, des logiciels et licences au coût de 22 375 \$ ainsi qu'un développement informatique en cours, soit la participation de l'Institut à la réalisation de la solution PANORAMA du Dossier santé du Québec (DSQ) d'une somme de 3 571 379 \$.

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Au cours de l'année 2008-2009, l'Institut a assuré, à la suite d'ententes avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, le maintien et l'exploitation de plusieurs systèmes d'information, tels le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (SI-PQDCS), les maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique (MADO-chimique) et d'origine biologique, de même que le Système d'information sur la santé au travail (SISAT). De plus, il s'est vu confier deux importants chantiers pour la réalisation d'architectures détaillées en vue d'une refonte des systèmes SI-PQDCS et SISAT. Ces travaux se poursuivront également au cours de l'année 2009-2010. Il a aussi poursuivi sa participation active aux travaux d'implantation de la solution logicielle PANORAMA, une composante du Dossier santé du Québec (DSQ).

L'Institut a aussi assuré le maintien et l'évolution de plusieurs systèmes d'information utilisés par le Laboratoire de santé publique du Québec, le Centre de toxicologie du Québec et les services cliniques de dépistage. Il a également assuré le maintien de systèmes administratifs et de gestion, tel le système de suivi de la programmation scientifique de l'Institut, de même que le maintien de plusieurs portails.

Enfin, l'Institut a procédé à des travaux permettant de consolider la sécurité des technologies de l'information en place. Ces travaux s'intègrent dans un processus de révision complète du cadre normatif de développement des systèmes et des technologies de l'information.

Autres exigences législatives et gouvernementales

L'Institut est une personne morale, mandatée par l'État, qui se conforme à diverses exigences législatives et gouvernementales.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le 26 février 2003, l'Institut a adopté un code d'éthique et de déontologie pour les membres de son conseil d'administration. Le code se trouve en annexe du présent rapport annuel de gestion. Quant à la conformité aux règles établies dans ce code, aucun manquement ou irrégularité n'ont été constatés au cours de l'année 2008-2009.

DÉVELOPPEMENT DURABLE ET CHANGEMENTS CLIMATIQUES

En matière de développement durable, l'Institut a poursuivi l'élaboration de son plan d'action au cours de la dernière année. Plus particulièrement, le comité auquel le mandat a été confié s'est consacré à la détermination d'objectifs organisationnels et d'actions contribuant à la Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013, ainsi qu'à la

définition d'indicateurs et de cibles permettant de mesurer l'atteinte de ces objectifs.

C'est avec une grande fierté que l'Institut a rendu public son *Plan d'action de développement durable 2008-2013* le 31 mars 2009, témoignant de sa détermination à améliorer l'état de santé et de bien-être de la population et de son désir de contribuer au développement durable de la société québécoise. Outre les activités

incontournables en lien avec les orientations « Informer, sensibiliser, éduquer, innover » et « Produire et consommer de façon responsable » de la stratégie gouvernementale, l'Institut entend contribuer à réduire et à gérer les risques en favorisant notamment le développement d'une culture de la prévention qui tient compte de la santé, de la sécurité et de l'environnement. Aussi, en assurant à son personnel un milieu de travail de qualité et stimulant, l'Institut

souhaite mettre en place des conditions favorables qui permettront de s'adapter aux changements démographiques éminents. Finalement, l'Institut participera à la sauvegarde et au partage du patrimoine scientifique en santé publique par la constitution de son fonds d'archives et par la mise en valeur de ses collections documentaires.

Bien que l'Institut ne rendra opérationnel son plan d'action qu'à compter de 2009-2010, des mesures de gestion environnementale et des pratiques d'acquisitions écoresponsables, dont plusieurs ont été soutenues par des comités composés de volontaires, ont été mises en place au cours de la dernière année. Ces mesures et pratiques concernent entre autres choses la gestion des matières résiduelles et l'utilisation de produits plus respectueux de l'environnement.

Le Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques du gouvernement québécois prévoit une mesure qui vise une réduction de 20 % de la consommation de carburant dans les ministères et organismes publics. À l'Institut, les services cliniques de dépistage ont à assurer la gestion d'unités mobiles pour le dépistage de la surdité professionnelle, des pneumoconioses et du cancer du sein dans différentes régions du Québec. Afin de réduire la consommation de carburant, et ainsi contribuer à la réduction des émissions de gaz à effet de serre, l'Institut a mis en place depuis trois ans de nouvelles pratiques particulières à la gestion de l'unité mobile d'audiologie. Il a ainsi réalisé, en comparant les chiffres de 2008-2009 avec ceux de 2004-2005, une réduction de 31 % de la consommation de carburant pour cette unité. Toutefois, il a été conclu après analyse qu'il n'était pas possible d'appliquer ces mêmes pratiques aux autres unités mobiles en raison de leurs utilisations particulières. Compte tenu du remplacement pendant cette même période de l'unité mobile de radiologie par une nouvelle unité plus volumineuse,



donc mieux équipée et avec plus d'espace pour recevoir la clientèle, la réduction globale de la consommation de carburant pour les services cliniques de dépistage durant la période mentionnée est de 6,25 %.

EMPLOI ET QUALITÉ DE LA LANGUE FRANÇAISE

L'Institut a poursuivi ses efforts pour la réalisation des mesures prévues au programme de francisation auquel il est soumis par l'Office québécois de la langue française (OQLF) pour assurer sa conformité aux dispositions de la Charte de la langue française. Toutes les mesures ont été réalisées dans le respect des échéances et le programme de francisation devrait être complété le 1^{er} mars 2010. Rappelons que l'Institut avait adopté en octobre 2003 sa politique linguistique, conformément à la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration.

ACCÈS À L'INFORMATION ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, toute personne qui en fait la demande a droit d'accès aux documents d'un organisme public et aux renseignements personnels qui la concernent. À l'Institut, la responsable désignée pour en assurer l'accès est la secrétaire générale, M^{me} Michèle Beaupré Bériau. Au cours de la dernière année, les neuf demandes d'accès à des documents adressées à l'Institut ont toutes été traitées dans les délais prescrits. Le tableau 18 en présente le bilan :

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

L'Institut n'a fait l'objet d'aucune recommandation de la part du Vérificateur général du Québec en 2008-2009.

TABLEAU 18
TRAITEMENT DES DEMANDES D'ACCÈS À L'INFORMATION, 2008-2009

Nombre de demandes acceptées	5
Nombre de demandes partiellement acceptées	1
Nombre de demandes refusées	0
Nombre de demandes pour lesquelles l'Institut ne détient aucun document	3
Nombre de demandes ayant fait l'objet d'une demande de révision à la Commission d'accès à l'information	0
Nombre total de demandes	9

10

États financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2009

64 RAPPORT DE LA DIRECTION

65 RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

États financiers

66 RÉSULTATS

67 EXCÉDENT CUMULÉ

68 BILAN

69 FLUX DE TRÉSORERIE

70 NOTES COMPLÉMENTAIRES

RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

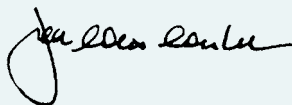
L'Institut reconnaît qu'il est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui le régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il approuve les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification dont les membres ne font pas partie de la direction. Ce comité rencontre la direction et le Vérificateur général du Québec, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

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



Luc Boileau, M.D.
Président-directeur général



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

Québec, le 5 juin 2009

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

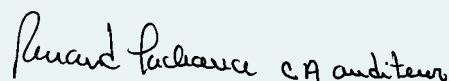
À l'Assemblée nationale

J'ai vérifié le bilan de l'Institut national de santé publique du Québec au 31 mars 2009 et les états des résultats, de l'excédent cumulé et des flux de trésorerie de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de l'Institut. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.

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

À mon avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'Institut au 31 mars 2009, ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Conformément aux exigences de la Loi sur le Vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis, compte tenu des modifications de conventions comptables résultant de l'adoption des normes comptables pour le secteur public et expliquées à la note 3, ces principes ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Le vérificateur général du Québec,



Renaud Lachance, CA

Québec, le 5 juin 2009

RÉSULTATS

DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009

	2009			2008		
	ACTIVITÉS RÉGULIÈRES	PROJETS SPÉCIAUX	TOTAL	ACTIVITÉS RÉGULIÈRES	PROJETS SPÉCIAUX	TOTAL
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Produits						
Subventions du gouvernement du Québec	33 817 670	16 285 921	50 103 591	32 187 626	14 834 164	47 021 790
Subventions du gouvernement du Canada	(8 200)	3 034 881	3 026 681	20 076	2 708 341	2 728 417
Ventes de services	1 285 335	5 209 357	6 494 692	1 376 813	4 404 454	5 781 267
Autres produits	678 576	2 512 924	3 191 500	621 400	3 034 169	3 655 569
Amortissement des apports reportés relatifs aux immobilisations corporelles	—	965 313	965 313	—	1 163 469	1 163 469
Gain (perte) sur la cession d'immobilisations corporelles	—	(9 432)	(9 432)	1 440	(926)	514
Intérêts	73 520	388 578	462 098	36 672	607 831	644 503
	35 846 901	28 387 542	64 234 443	34 244 027	26 751 502	60 995 529
Charges						
Salaires et avantages sociaux (note 5)	24 356 379	13 673 921	38 030 300	22 336 245	12 319 983	34 656 228
Services professionnels et administratifs	2 155 433	4 087 118	6 242 551	2 110 681	4 669 547	6 780 228
Fournitures médicales et de laboratoires	1 629 092	2 399 777	4 028 869	1 550 216	1 977 127	3 527 343
Locaux	4 710 158	1 002	4 711 160	4 513 839	1 836	4 515 675
Amortissement des immobilisations corporelles	1 853 360	955 881	2 809 241	1 824 110	1 160 924	2 985 034
Frais de déplacement	612 822	1 033 220	1 646 042	603 022	825 840	1 428 862
Intérêts sur la dette à long terme	495 282	36 723	532 005	566 664	40 021	606 685
Frais de bureau	392 579	230 063	622 642	391 535	199 055	590 590
Papeterie et impression	108 045	802 644	910 689	148 171	233 553	381 724
Frais de comité	113 785	116 383	230 168	63 472	66 407	129 879
Entretien et réparations	953 333	172 068	1 125 401	953 518	154 968	1 108 486
Frais d'organisation de formation externe	7 664	339 427	347 091	2 325	341 627	343 952
Formation interne	244 056	152 716	396 772	184 220	101 386	285 606
Télécommunications	256 008	15 501	271 509	312 022	53 079	365 101
Documentation	206 822	67 275	274 097	169 380	42 763	212 143
Matériel roulant	62 477	49 391	111 868	87 752	48 867	136 619
Location d'équipements	100 310	9 995	110 305	102 579	2 907	105 486
Assurances	35 472	21 980	57 452	27 267	22 549	49 816
Créances irrécouvrables	(985)	(13 695)	(14 680)	—	—	—
Frais bancaires	14 802	148	14 950	17 679	23	17 702
Frais généraux (note 6)	(2 300 000)	2 300 000	—	(1 400 000)	1 400 000	—
	36 006 894	26 451 538	62 458 432	34 564 697	23 662 462	58 227 159
Excédent (insuffisance) des produits sur les charges	(159 993)	1 936 004	1 776 011	(320 670)	3 089 040	2 768 370
L'excédent (insuffisance) des produits sur les charges se répartit comme suit :						
Excédent non affecté	223 441	2 761 635	2 985 076	37 218	3 511 551	3 548 769
Excédent affecté	(383 434)	(825 631)	(1 209 065)	(357 888)	(422 511)	(780 399)
	(159 993)	1 936 004	1 776 011	(320 670)	3 089 040	2 768 370

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

EXCÉDENT CUMULÉ

DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009

	2009			2008
	ACTIVITÉS RÉGULIÈRES	PROJETS SPÉCIAUX	TOTAL	TOTAL
	\$	\$	\$	\$
Excédent cumulé non affecté				
Solde au début	338 199	2 716	340 915	779 829
Excédent des produits sur les charges	223 441	2 761 635	2 985 076	3 548 769
Transfert à l'excédent cumulé affecté	–	(2 740 436)	(2 740 436)	(3 987 683)
Solde à la fin	561 640	23 915	585 555	340 915
Excédent cumulé affecté				
Solde au début	3 925 442	2 310 998	6 236 440	3 029 156
Charges de l'exercice relatives à l'excédent affecté	(383 434)	(825 631)	(1 209 065)	(780 399)
Transfert de l'excédent cumulé non affecté	2 700 000	40 436	2 740 436	3 987 683
Solde à la fin (note 4)	6 242 008	1 525 803	7 767 811	6 236 440
Total	6 803 648	1 549 718	8 353 366	6 577 355

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

BILAN

AU 31 MARS 2009

	2009	2008
	\$	\$
ACTIF		
À court terme		
Trésorerie	23 093 231	15 025 089
Créances (note 7)	2 797 424	6 635 699
Subventions à recevoir (note 8)	16 257 768	16 520 110
Créance à long terme encaissable au cours du prochain exercice (notes 9 et 14)	69 239	65 529
Frais payés d'avance	1 018 358	802 483
Stock de fournitures - au coût	124 972	107 945
	43 360 992	39 156 855
Subventions à recevoir (note 8)	12 902 667	3 833 830
Créance à long terme (notes 9 et 14)	505 983	575 223
Immobilisations corporelles (note 10)	20 742 433	18 688 169
	77 512 075	62 254 077
PASSIF		
À court terme		
Marge de crédit (note 11)	3 191 194	—
Charges à payer et frais courus (note 12)	13 693 409	9 907 966
Produits reportés (note 13)	22 768 526	24 872 281
Dette à long terme échéant au cours du prochain exercice (note 14)	909 183	1 478 366
	40 562 312	36 258 613
Produits reportés (note 13)	11 003 929	5 959 329
Dette à long terme (note 14)	7 810 320	8 697 382
Provision pour congés de maladie (note 16)	409 227	424 901
Apports reportés relatifs aux immobilisations corporelles	9 372 921	4 336 497
	69 158 709	55 676 722
EXCÉDENT CUMULÉ		
Excédent cumulé non affecté	585 555	340 915
Excédent cumulé affecté (note 4)	7 767 811	6 236 440
	8 353 366	6 577 355
	77 512 075	62 254 077

Engagements (note 17)



Luc Boileau, M.D.



W. Robert Laurier, FCA

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

FLUX DE TRÉSORERIE

DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009

	2009	2008
	\$	\$
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Excédent des produits sur les charges	1 776 011	2 768 370
Éléments sans incidence sur la trésorerie :		
Amortissement des immobilisations corporelles	2 809 241	2 985 034
Amortissement des apports reportés relatifs aux immobilisations corporelles	(965 313)	(1 163 469)
Perte (gain) sur la cession d'immobilisations corporelles	9 432	(514)
	3 629 371	4 589 421
Variation des éléments hors trésorerie liés au fonctionnement :		
Diminution (augmentation) des créances	3 838 275	(5 306 474)
Diminution (augmentation) des frais payés d'avance	(215 875)	167 139
Augmentation du stock de fournitures	(17 027)	(3 995)
Diminution (augmentation) des subventions à recevoir	(8 806 495)	1 185 294
Augmentation des charges à payer et frais courus (note 12)	3 255 061	1 128 383
Augmentation (diminution) de la provision pour congés de maladie	(15 674)	17 632
Augmentation des produits reportés	2 940 845	2 405 871
	979 110	(406 150)
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	4 608 481	4 183 271
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Acquisitions d'immobilisations corporelles (note 10)	(4 342 555)	(4 001 492)
Produit de cession d'immobilisations corporelles	–	3 060
Encaissements de la créance à long terme	65 530	62 018
Flux de trésorerie utilisés pour les activités d'investissement	(4 277 025)	(3 936 414)
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Marge de crédit	3 191 194	–
Dette à long terme	27 001	205 310
Remboursements de la dette à long terme	(1 483 246)	(1 215 327)
Apports reportés relatifs aux immobilisations corporelles	6 001 737	70 942
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	7 736 686	(939 075)
Augmentation (diminution) de la trésorerie	8 068 142	(692 218)
Trésorerie au début	15 025 089	15 717 307
Trésorerie à la fin	23 093 231	15 025 089
INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES		
Intérêts versés	536 710	563 079

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

AU 31 MARS 2009

1. CONSTITUTION ET OBJET

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

2. CONVENTIONS COMPTABLES

Aux fins de la préparation de ses états financiers, l'Institut utilise prioritairement le Manuel de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

La préparation des états financiers de l'Institut, conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada (PCGR), exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par les états financiers. Les principaux éléments faisant l'objet d'une estimation sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la provision pour congés de maladie, la provision pour vacances et la provision pour équité salariale. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

Immobilisations corporelles

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

Aménagements majeurs	sur la durée des baux
Équipements spécialisés	10 à 20 %
Matériel informatique	20 à 33 $\frac{1}{3}$ %
Logiciels et licences	20 à 33 $\frac{1}{3}$ %
Matériel roulant	10 à 20 %
Mobilier et équipements	20 %
Améliorations locatives	20 %

Le développement informatique en cours n'est pas amorti. Il sera amorti à compter de la date de mise en service.

Apports reportés relatifs aux immobilisations corporelles

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

Constataion des produits

Les subventions affectées à des projets spéciaux sont inscrites aux résultats selon la méthode de l'avancement des travaux. Certaines subventions à recevoir sont conditionnelles à l'approbation des crédits par le gouvernement.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

AU 31 MARS 2009

Les produits provenant de la prestation de services sont constatés lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- il y a une preuve convaincante de l'existence d'un accord ;
- les services ont été rendus ;
- le prix de vente est déterminé ou déterminable ;
- le recouvrement est raisonnablement assuré.

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

Régimes de retraite

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

Provision pour congés de maladie

Les obligations à long terme découlant des congés de maladie accumulés par les employés sont maintenant évaluées sur une base actuarielle au moyen d'une méthode d'estimation simplifiée selon les hypothèses les plus probables déterminées par le gouvernement. Ces hypothèses font l'objet d'une réévaluation annuelle. Le passif et les charges correspondantes qui en résultent sont comptabilisés sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux par les employés, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation et de l'utilisation des journées de maladie par les employés. Les obligations à court terme sont comptabilisées au coût.

3. MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

Changement de référentiel comptable

Aux fins de la préparation de ses états financiers, l'Institut utilise prioritairement depuis le 1^{er} avril 2008 le Manuel de l'ICCA pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Auparavant, l'Institut utilisait le Manuel de l'ICCA pour le secteur privé. La présentation des états financiers de l'exercice précédent a été modifiée pour tenir compte du changement de référentiel comptable.

Le changement de référentiel comptable a eu comme conséquence les modifications suivantes :

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles et les actifs incorporels ont été regroupés sous le poste immobilisations corporelles. Également, les apports reportés relatifs aux immobilisations corporelles et les apports reportés relatifs aux actifs incorporels ont été regroupés sous le poste apports reportés relatifs aux immobilisations corporelles.

Changement de la méthode d'amortissement des aménagements majeurs

Auparavant, l'Institut utilisait la méthode de l'amortissement à intérêts composés (dotation croissante) au taux de la dette correspondante. Suite au changement de référentiel, l'Institut utilise la méthode de l'amortissement linéaire sur la durée des baux. Cette modification a été appliquée prospectivement et a eu pour effet d'augmenter la charge d'amortissement des immobilisations corporelles de 69 469 \$ pour l'exercice courant.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

AU 31 MARS 2009

4. EXCÉDENT CUMULÉ AFFECTÉ

L'excédent cumulé affecté se compose de l'excédent cumulé affecté des activités régulières et de l'excédent cumulé affecté des projets spéciaux.

En ce qui a trait à l'excédent cumulé affecté des activités régulières, la direction de l'Institut a décidé d'utiliser une partie de son excédent cumulé non affecté, conformément à la politique en vigueur adoptée par son conseil d'administration, pour acquérir des immobilisations, notamment des équipements spécialisés de laboratoires et des systèmes d'information de gestion et pour la mise en oeuvre du plan d'action de l'Institut découlant d'un processus d'audit et d'autoévaluation visant l'ensemble de l'organisation et ce, conformément aux autorisations nécessaires du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec. Le solde de l'excédent cumulé affecté au 31 mars 2009 de 6 242 008 \$ sera utilisé pour combler le financement de ces décisions.

L'excédent cumulé affecté des projets spéciaux de 1 525 803 \$ au 31 mars 2009 sera utilisé, conformément à la politique en vigueur adoptée par le conseil d'administration de l'Institut, pour combler le financement de projets autorisés ayant trait à l'innovation scientifique et de projets particuliers en relation directe avec la mission de l'Institut.

5. SALAIRES ET AVANTAGES SOCIAUX

Les salaires et avantages sociaux n'incluent pas les salaires des médecins qui sont assumés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

6. FRAIS GÉNÉRAUX

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

7. CRÉANCES

	2009	2008
	\$	\$
Gouvernement du Québec	436 929	4 951 088
Gouvernement du Canada	1 522 259	938 715
Autres	838 236	745 896
	2 797 424	6 635 699

8. SUBVENTIONS À RECEVOIR

	2009	2008
	\$	\$
Gouvernement du Québec	24 735 724	14 599 605
Gouvernement du Canada	3 017 866	4 090 145
Autres	1 406 845	1 664 190
	29 160 435	20 353 940
Moins : portion échéant au cours du prochain exercice		
Gouvernement du Québec	(12 210 739)	(10 989 815)
Gouvernement du Canada	(2 655 224)	(4 090 145)
Autres	(1 391 805)	(1 440 150)
	(16 257 768)	(16 520 110)
	12 902 667	3 833 830

NOTES COMPLÉMENTAIRES

AU 31 MARS 2009

9. CRÉANCE À LONG TERME

Dans le cadre d'un mandat confié par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), relativement à l'acquisition et au fonctionnement d'une unité mobile pour le dépistage des maladies professionnelles, l'Institut détient une créance à long terme à recevoir.

	2009	2008
	\$	\$
Créance à long terme, au taux fixe de 5,52 %, encaissable par versements mensuels de 8 271 \$, incluant capital et intérêts, échéant en janvier 2017	575 222	640 752
Moins : portion échéant au cours du prochain exercice	(69 239)	(65 529)
	505 983	575 223

10. IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	2009			2008
	COÛT	AMORTISSEMENT CUMULÉ	NET	NET
	\$	\$	\$	\$
Aménagements majeurs	11 969 580	3 948 625	8 020 955	8 852 036
Équipements spécialisés	8 740 938	4 521 661	4 219 277	4 197 281
Matériel informatique	4 942 060	3 932 047	1 010 013	1 326 431
Logiciels et licences	1 099 860	1 060 765	39 095	106 319
Matériel roulant	1 435 747	794 312	641 435	774 943
Mobilier et équipements	3 187 259	2 372 233	815 026	988 118
Améliorations locatives	207 641	184 648	22 993	40 781
Développement informatique en cours	5 973 639	—	5 973 639	2 402 260
	37 556 724	16 814 291	20 742 433	18 688 169

Les acquisitions s'élèvent à 4 872 937 \$ (2008 : 3 414 198 \$) dont un montant de 4 123 442 \$ (2008 : 3 195 085 \$) déboursé au cours de l'exercice. Un montant de 219 113 \$ (2008 : 806 407 \$) a été déboursé au cours de l'exercice concernant les acquisitions de l'exercice précédent.

Le développement informatique en cours représente la participation de l'Institut à la réalisation de la phase québécoise de la solution pancanadienne nommée PANORAMA. La participation de l'Institut va permettre de développer un système d'information en santé publique qui supportera les fonctions suivantes :

- la gestion de l'immunisation incluant le registre de vaccination, le suivi des manifestations cliniques inhabituelles et la gestion des produits immunisants;
- la surveillance et le signalement des syndromes infectieux et des maladies à déclaration obligatoire;
- la gestion des cas et des contacts des maladies infectieuses;
- la gestion des éclosions liées aux poussées épidémiques de maladies infectieuses;
- la gestion des alertes sanitaires.

Le développement en cours d'un montant total autorisé de 15 635 897 \$ est financé à même la marge de crédit (note 11) qui est réservée à cette fin. Les intérêts de la marge de crédit sont capitalisés au coût du développement informatique en cours. Lorsque le développement informatique en cours sera terminé, la marge de crédit sera transférée dans un emprunt à long terme. Cet emprunt sera remboursé à partir de nouveaux crédits budgétaires octroyés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

NOTES COMPLÉMENTAIRES

AU 31 MARS 2009

Les subventions à recevoir, les produits reportés et les apports reportés relatifs aux immobilisations corporelles de l'exercice terminé le 31 mars 2008 ont été retraités en ce qui concerne la comptabilisation du projet PANORAMA d'un montant de 11 710 000 \$, 9 307 740 \$ et 2 402 260 \$ respectivement compte tenu du fait que ce projet n'est pas considéré comme étant un projet spécial.

Aucun amortissement n'a été comptabilisé relativement au développement informatique en cours étant donné que le système n'est pas en service au 31 mars 2009.

11. MARGE DE CRÉDIT

L'Institut dispose d'une marge de crédit pour la réalisation des activités liées au développement informatique en cours. La marge de crédit d'un montant autorisé de 7 000 000 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires de 30 jours, plus 0,3 %, et vient à échéance en décembre 2011. Au 31 mars 2009, le taux est de 0,959 %.

12. CHARGES À PAYER ET FRAIS COURUS

	2009	2008
	\$	\$
Gouvernement du Québec	2 130 406	2 045 312
Provision pour congés de maladie payables annuellement	200 727	173 844
Autres	11 362 276	7 688 810
	13 693 409	9 907 966

Les charges à payer et frais courus liés à l'exploitation s'élèvent à 12 943 914 \$ (2008 : 9 688 853 \$) et ceux liés à l'acquisition d'immobilisations corporelles s'élèvent à 749 495 \$ (2008 : 219 113 \$).

13. PRODUITS REPORTÉS

	2009	2008
	\$	\$
Gouvernement du Québec	28 534 213	23 460 059
Gouvernement du Canada	3 509 230	4 461 579
Autres	1 729 012	2 909 972
	33 772 455	30 831 610
Moins : portion échéant au cours du prochain exercice		
Gouvernement du Québec	(18 258 503)	(18 133 392)
Gouvernement du Canada	(3 146 588)	(4 461 579)
Autres	(1 363 435)	(2 277 310)
	(22 768 526)	(24 872 281)
	11 003 929	5 959 329

NOTES COMPLÉMENTAIRES

AU 31 MARS 2009

14. DETTE À LONG TERME

	2009	2008
	\$	\$
Emprunts sur billets :		
taux fixe de 5,52 %, garanti par la créance à recevoir, remboursable par versements mensuels de 8 271 \$ incluant capital et intérêts, échéant en janvier 2017	629 621	692 670
remboursés au cours de l'exercice	–	631 043
Emprunts auprès de la Société immobilière du Québec :		
taux fixe de 4,28 %, remboursable par versements mensuels de 1 172 \$ incluant capital et intérêts, échéant en novembre 2010	22 579	–
taux fixe de 4,48 %, remboursable par versements mensuels de 3 812 \$ incluant capital et intérêts, échéant en juillet 2012	141 379	179 843
taux fixe de 4,70 %, remboursable par versements mensuels de 15 463 \$ incluant capital et intérêts, échéant en mai 2014	849 705	991 681
taux fixe de 6,08 %, remboursables par versements mensuels de 52 317 \$ incluant capital et intérêts, échéant en août 2017	4 075 986	4 443 750
taux fixe de 5,52 %, remboursable par versements mensuels de 34 106 \$ incluant capital et intérêts, échéant en août 2018	3 000 233	3 236 761
	8 719 503	10 175 748
Moins : portion échéant au cours du prochain exercice	(909 183)	(1 478 366)
	7 810 320	8 697 382

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

	\$
2010	909 183
2011	956 367
2012	1 001 420
2013	1 027 947
2014	1 071 485
2015 et suivantes	3 753 101

15. OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

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

NOTES COMPLÉMENTAIRES

AU 31 MARS 2009

16. AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Institut participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Depuis le 1^{er} janvier 2008, le taux de cotisation de l'Institut au RREGOP est de 8,19 % (7,06 % avant le 1^{er} janvier 2008) de la masse salariale et celui du RRPE est de 10,54 % (7,78 % avant le 1^{er} janvier 2008).

Les cotisations de l'Institut imputées aux résultats de l'exercice s'élèvent à 1 678 654 \$ (2008 : 1 359 908 \$). Les obligations de l'Institut envers ces régimes gouvernementaux se limitent à ses cotisations à titre d'employeur.

Provision pour congés de maladie

L'Institut a modifié au cours de l'exercice sa méthode d'évaluation des obligations relatives aux congés de maladie accumulés. Ces obligations sont dorénavant évaluées selon une méthode actuarielle qui tient compte de la répartition des prestations constituées. Ce changement d'estimation comptable a eu peu d'effet sur la valeur de l'obligation au 31 mars 2009 et a été appliqué de manière prospective.

L'Institut ne dispose pas d'un programme d'accumulation à long terme de congés de maladie. Cependant, l'Institut reconnaît les banques de maladies accumulées par les salariés lorsqu'ils sont transférés à l'Institut par un organisme disposant d'un tel programme. Par contre, le droit d'accumuler des congés de maladie se termine au moment du transfert.

Les salariés visés ont droit annuellement de se les faire monnayer en cas de cessation d'emploi, de départ à la retraite ou de décès, à raison de 100 % pour les 60 premiers jours accumulés et de 50 % pour les jours additionnels, et cela, jusqu'à concurrence d'un montant représentant l'équivalent de 90 jours. Les salariés peuvent également faire le choix d'utiliser ces journées accumulées comme journées d'absence pleinement rémunérées dans un contexte de départ en préretraite.

La provision pour congés de maladie est ajustée pour tenir comptes des ajustements salariaux annuels. Elle est établie à l'aide d'une méthode qui répartit le coût de ce programme sur la durée de la carrière active des employés.

Évaluations et estimations subséquentes

La provision pour congés de maladie provenant du programme d'accumulation pour des employés transférés a fait l'objet d'une actualisation sur la base des estimations et des hypothèses économiques à long terme suivantes au 31 mars 2009 :

	RREGOP	RRPE
Taux d'indexation	2 %	2 %
Taux d'actualisation (taux des obligations du Québec échéant dans 10 ans)	2,53 %	1,59 %
Durée résiduelle moyenne d'activité des salariés actifs	5 ans	2 ans
	2009	2008
	\$	\$
Solde au début	424 901	470 599
Charge de l'exercice	42 489	(11 049)
Prestations versées au cours de l'exercice	(58 163)	(34 649)
Solde à la fin	409 227	424 901

NOTES COMPLÉMENTAIRES

AU 31 MARS 2009

La provision pour congés de maladie payables annuellement au montant de 200 727 \$ (2008 : 173 844 \$) est incluse au poste charges à payer et frais courus. Aucun calcul d'actualisation concernant la provision pour congés de maladie payables annuellement n'est jugé nécessaire, puisque les congés seront pris ou monnayés au cours de l'exercice suivant.

La provision pour vacances au montant de 2 753 268 \$ (2008 : 2 531 710 \$) est incluse au poste charges à payer et frais courus. Aucun calcul d'actualisation concernant la provision pour vacances n'est jugé nécessaire, puisque l'Institut estime que les vacances accumulées seront prises dans l'exercice suivant.

17. ENGAGEMENTS

Au 31 mars 2009, l'Institut s'est engagé auprès de l'axe de recherche «santé des populations et environnementales» du CHUQ à verser, jusqu'en décembre 2012, un montant maximum de 1 771 667 \$ pour la réalisation de divers mandats en santé publique.

L'Institut s'est également engagé en vertu d'ententes à verser un montant de 2 155 717 \$ pour la réalisation de divers travaux. Les paiements minimums exigibles en vertu de ces ententes pour les cinq prochains exercices s'élèvent à 1 634 834 \$ en 2009-2010, 208 176 \$ en 2010-2011, 102 179 \$ en 2011-2012, 104 222 \$ en 2012-2013 et 106 306 \$ en 2013-2014.

18. ÉQUITÉ SALARIALE

À la suite de l'adoption de la Loi sur l'équité salariale le 21 novembre 1996, l'Institut doit effectuer une démarche d'évaluation de différents corps d'emploi. À la date de préparation des états financiers, l'Institut n'est pas en mesure d'évaluer précisément le montant qu'elle pourrait devoir déboursier étant donné que les travaux relatifs à cette démarche ne sont pas encore menés à terme. Une provision est inscrite aux états financiers pour tenir compte de l'avancement des travaux et révisée sur une base régulière.

19. CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de 2008 ont été reclassés afin qu'ils soient conformes à la présentation adoptée en 2009.



Annexe 1

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

OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

- 1 Le présent Code d'éthique et de déontologie a pour objectif de préserver le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité, l'impartialité et la transparence des décisions prises par les administrateurs publics, conformément au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (Décret 824-98, 17 juin 1998).
- 2 Sont administrateurs publics les membres du conseil d'administration de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Principes d'éthique

- 3 Les membres du conseil d'administration sont nommés par le gouvernement pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission confiée à l'INSPQ à l'effet de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les régions régionales en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Chapitre S-4.2), dans l'exercice de leur mission de santé publique.
- 4 La contribution des membres du conseil d'administration à la réalisation de la mission de l'INSPQ, doit se faire dans le respect des principes d'éthique et de déontologie prévus à la Loi du ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30, a. 3.0.1 et 3.0.2), ainsi que de ceux prévus dans le présent code d'éthique et de déontologie. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

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

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

Règles de déontologie

Discrétion

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

Relations avec le public

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

Neutralité

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

Conflits d'intérêts réels, potentiels ou apparents

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

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

- 10** Les membres du conseil d'administration doivent s'abstenir de participer à toute délibération ainsi qu'à toute décision en lien avec l'organisme, l'entreprise ou l'association dont ils ont un intérêt, tel que visé à l'article 9, et doivent se retirer lors de la durée des délibérations et du vote sur cette question.
- 11** Dans le but d'une plus grande transparence, le procès-verbal devra faire état de toute abstention d'un des membres du conseil d'administration, et ce, sur les décisions portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a un intérêt.
- 12** Les membres du conseil d'administration ne peuvent utiliser à leur profit ou au profit d'un tiers l'information confidentielle, inédite ou privilégiée obtenue dans l'exercice de leurs fonctions, à moins d'y être expressément autorisés par l'Institut.
- 13** À l'article 14 de la Loi constitutive de l'Institut, il est spécifié que le président-directeur général ne peut, sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Institut.

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

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

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

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

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

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

L'après-mandat

- 20** Le membre du conseil d'administration qui a cessé d'exercer ses fonctions au sein de l'Institut doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantage indu de ses fonctions antérieures.
- 21** Il est interdit à un membre du conseil d'administration, dans l'année qui suit la fin de l'exercice de ses fonctions à l'Institut, de divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue ni d'utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, l'information non disponible au public et obtenue dans le cadre de ses fonctions à l'Institut.

Activités politiques

- 22** Le président-directeur général doit informer le secrétaire général du Conseil exécutif s'il désire présenter sa candidature à une charge publique élective.
- 23** Le président-directeur général doit se démettre de ses fonctions s'il désire se porter candidat à une charge publique élective.

Exclusivité de fonction

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

Processus disciplinaire

- 25** En cas de manquement aux principes d'éthique et aux règles de déontologie du présent code, l'autorité compétente pour agir dans la situation où un membre du conseil d'administration est en cause, est le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.
- 26** Lorsqu'un acte répréhensible est détecté ou divulgué, l'Institut s'engage à assurer l'anonymat de la personne dénonciatrice.
- 27** Le membre du conseil d'administration à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions, par l'autorité compétente, afin de permettre la prise de décision appropriée dans le cas d'une situation considérée urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.
- 28** L'autorité compétente fait part au membre du conseil d'administration du manquement reproché ainsi que de la sanction qui pourra lui être imposée. Elle l'informe aussi qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et s'il le demande, être entendu sur le sujet.
- 29** La sanction imposée peut être de l'ordre de la réprimande ou d'une suspension sans rémunération d'une durée maximale de trois mois, dans le cas où la personne en cause est le président-directeur général, ou la révocation.
- 30** Toute sanction imposée à un membre du conseil d'administration doit être écrite et motivée.

Dispositions diverses

- 31** Le président-directeur général est responsable de la mise en œuvre et de l'application du présent code. Il doit s'assurer que tous les membres du conseil d'administration de l'INSPO respectent les principes d'éthique et les règles de déontologie qui y sont énoncés.
- 32** Les membres du conseil d'administration ont l'obligation de s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie en signant le formulaire prévu à cet effet.
- 33** Le conseil d'administration de l'Institut s'assurera de la publicisation du présent code, notamment en l'incluant dans le rapport annuel de l'Institut.
- 34** La révision du présent code d'éthique et de déontologie aura lieu à tous les deux ans suite à sa mise en application.
- 35** Au moment de la révision du présent code, les membres du conseil d'administration seront appelés à renouveler leur engagement à le respecter.

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



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

