

AVIS

*Pour une stratégie
du Québec en santé*

Décider et agir



Dix ans

de conseils avisés
en santé



**Conseil de la santé
et du bien-être**

Québec



Membres du Conseil de la santé et du bien-être

M^{me} Hélène Morais

Présidente

M. André Archambault

Directeur général

Auberge communautaire du Sud-Ouest

M. Christophe Auger

Directeur des ressources humaines

Confédération des syndicats nationaux

M^{me} Linda Beauchamp Provencher

Denturologiste

*Présidente du conseil d'administration des
CLSC, CHSLD et CH de la MRC d'Asbestos*

M. François Béland

Chercheur et professeur titulaire

GRIS – Faculté de médecine

Université de Montréal

M^{me} Gylaine Boucher

Directrice générale

CLSC Jean-Olivier-Chénier

M. Jean-Yves Bourque

Sous-ministre adjoint

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

M. Yvon Caouette

Éducateur à la retraite

M. Paul-André Comeau

Professeur invité – ÉNAP

M^{me} Martine Couture

Directrice générale

CH, CHSLD, CLSC Cléophas Claveau

M^{me} Gisèle Dubé

Coordonnatrice à la pastorale diocésaine

Diocèse de Gaspé

M^{me} Mireille Fillion

Sous-ministre adjointe

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Jacques Fiset

Directeur général

CLD Québec-Vanier

M^{me} Micheline Gamache

Sous-ministre adjointe

Ministère de la Famille et de l'Enfance

M^{me} Linda Jones

Présidente

Écomertours

M^{me} Yolette Lévy

Conseillère municipale

Ville de Val-d'Or

M^{me} Louise Massicotte

Directrice générale

Régie régionale de la santé et

des services sociaux de Lanaudière

M^{me} Louise-Andrée Moisan

Directrice des communications

Fédération québécoise des municipalités

M^{me} Marie Soleil Renaud

Psychologue

Centre hospitalier de Gaspé

M. André Thibault

Vice-président

Professeur

Université du Québec à Trois-Rivières

M^{me} Marielle Tremblay

Professeure

Université du Québec à Chicoutimi

M^{me} Vicky Trépanier

Membre du Conseil d'administration

de Centraide Québec

M. Stanley Vollant

Chef du service de chirurgie générale

Centre hospitalier régional de Baie-Comeau

M. Lionel Robert

Secrétaire

M^{me} Anne Marcoux

Secrétaire par intérim

AVIS

*Pour une stratégie
du Québec en santé*

**Décider
et agir**



Le présent avis a été adopté par les membres
du Conseil de la santé et du bien-être à
la séance des 11 et 12 avril 2002 et transmis
au ministre le 15 mai 2002.

Analyse, rédaction et coordination

M^{me} Nathalie Bolduc

Agente de recherche, Conseil de la santé et du bien-être

Analyse et rédaction

M^{me} Francine Lacroix

Agente de recherche, Conseil de la santé et du bien-être

Soutien technique

M. Gerard Donnelly

M^{me} Ginette Langlois

M^{me} Carole Noël

M^{me} Céline Vaillancourt

Édition produite par :

Le Conseil de la santé et du bien-être

Pour obtenir un exemplaire de ce document,
faites parvenir votre commande par :

téléphone : (418) 643-3040

télécopieur : (418) 644-0654

courriel : csbe@msss.gouv.qc.ca

la poste : Conseil de la santé et du bien-être
880, chemin Sainte-Foy, RC
Québec (Québec) G1S 2L2

Le présent document est disponible à
la section Publications du site internet
du Conseil de la santé et du bien-être :
www.csbe.gouv.qc.ca

Graphisme :
Francine Pilon communication

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN : 2-550-39692-8

© Gouvernement du Québec

Le Conseil de la santé et du bien-être a été créé par une loi en mai 1992. Il a pour fonction de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Le Conseil se compose de 23 membres représentatifs des usagers des services de santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des personnes engagées dans l'intervention, la recherche ou l'administration du domaine de la santé et du domaine social, et de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention ont des conséquences sur la santé et le bien-être de la population.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur collaboration aux réflexions et travaux ayant conduit à la réalisation de cet avis :

Les membres du comité de travail sur la Politique de la santé et du bien-être

M. Hervé Anctil	<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
M ^{me} Huguette Blouin	<i>Association des hôpitaux du Québec</i>
M ^{me} Gylaine Boucher	<i>Membre du Conseil de la santé et du bien-être</i>
M. Janvier Cliche	<i>Conseil régional de développement de l'Estrie</i>
M ^{me} Martine Couture	<i>Membre du Conseil de la santé et du bien-être</i>
M. André Garon	<i>Collège des médecins du Québec</i>
M. Claude Leblond	<i>Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec</i>
M ^{me} Louise Massicotte	<i>Membre du Conseil de la santé et du bien-être</i>
M ^{me} Hélène Morais	<i>Présidente du Conseil de la santé et du bien-être</i>
M. Raynald Pineault	<i>Université de Montréal</i>
M. Jacques Rhéaume	<i>CLSC Côte-des-Neiges</i>
M ^{me} Colette Roberge	<i>Conseil médical du Québec</i>
M. Lionel Robert	<i>Secrétaire du Conseil de la santé et du bien-être</i>
M. Denis Roy	<i>Régie régionale de Montréal-Centre</i>
M ^{me} Jocelyne Sauvé	<i>Régie régionale des Laurentides</i>
M. Jean-Bernard Trudeau	<i>Centre hospitalier Pierre-Janet</i>
M ^{me} Marie Valois	<i>Ordre des infirmières et infirmiers du Québec</i>

Les autres collaborateurs et collaboratrices

M. René Auclair	<i>CLSC de la Jacques-Cartier</i>
M. Jean-Pierre Bélanger	<i>Conseil québécois de la recherche sociale</i>
M. Pierre Bergeron	<i>Institut national de santé publique du Québec</i>
M. Réal Boisvert	<i>Régie régionale de la Mauricie et Centre-du-Québec</i>
M ^{me} Patricia Caris	<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
M. Robert Choinière	<i>Régie régionale de Montréal-Centre</i>
M. Hugues Cormier	<i>Médecin</i>
M ^{me} Suzanne Dannuzio	<i>Conseil québécois de la recherche sociale</i>
M ^{me} Nicole Demers	<i>Régie régionale de la Côte-Nord</i>
M. François Desbiens	<i>Régie régionale de Chaudière-Appalaches</i>
M ^{me} France Filiatrault	<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
M. Jean-Paul Fortin	<i>Université Laval</i>
M. Hughes Germain	<i>Président de la Table des présidents et vice-présidents des Commissions médicales régionales</i>
M. Léonard Gilbert	<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
M. Marc Lacour	<i>Régie régionale de la Mauricie et Centre-du-Québec</i>
M ^{me} Odette Laplante	<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
M. Marc-André Maranda	<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
M. Laurent Marcoux	<i>Régie régionale de Lanaudière</i>
M. Richard Massé	<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
M. Denis Roy	<i>Régie régionale de Montréal-Centre</i>
M. Guy Roy	<i>Régie régionale de Québec</i>
M. Denis Saint-Amand	<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
M ^{me} Louise Therrien	<i>Régie régionale de Québec</i>
M ^{me} Johanne Turgeon	<i>Régie régionale de l'Estrie</i>
	<i>Membres de la Table des présidents et vice-présidents des Commissions médicales régionales</i>

Avant-propos



S'inscrivant dans le prolongement de la réforme du système de services, la Politique de la santé et du bien-être, adoptée en 1992, se veut un instrument pour guider l'organisation et le fonctionnement du réseau de services de santé et de services sociaux. Elle fixe pour le système de santé des objectifs de résultats quant aux gains pour la santé des populations. La Politique vise à réduire certains problèmes de santé et certains problèmes sociaux. Elle vise également à réduire les écarts de santé observés entre les régions et les groupes, à soutenir le développement des personnes et des communautés, à améliorer les milieux de vie et les conditions de vie, à harmoniser les interventions publiques et à orienter le système de services vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses.

La Politique a maintenant dix ans. Dans le présent avis, le Conseil de la santé et du bien-être présente au ministre de la Santé et des Services sociaux un scénario d'évolution de la Politique. Il recommande d'en réviser les fondements et les objectifs et de cibler davantage les conditions garantissant le succès de sa mise en œuvre.

L'évaluation de la mise en œuvre de la Politique nous permet de constater que les objectifs fixés pour réduire la mortalité, ceux fixés en santé publique et ceux fixés en intégration sociale ont presque tous été atteints. Toutefois, alors que la santé est définie comme la capacité physique, psychologique et sociale des personnes d'exercer leurs rôles sociaux, nous observons une aggravation des problèmes limitant ces capacités. De plus, des écarts de santé et de bien-être subsistent entre les régions, les territoires et les groupes. Par ailleurs, nous observons que les communautés se sont relativement mobilisées au moment du choix des priorités régionales, ce qui ne fut pas le cas de l'ensemble du personnel et des professionnels du réseau des services de santé et des services sociaux. Enfin, nous constatons qu'il est difficile



d'atteindre les objectifs de la Politique lorsque le lien entre les priorités définies et l'allocation des ressources est très faible, lorsque de nouvelles priorités gouvernementales et ministérielles se succèdent et lorsque la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être n'est pas accompagnée d'une évaluation continue.

Cet avis résulte d'une démarche amorcée au printemps 2000, moment où le Conseil a réalisé une analyse des orientations adoptées par le gouvernement québécois en matière de services de santé et de

services sociaux depuis 1960. Par la suite, le Conseil a réalisé des études sur l'évolution des problèmes de santé et de bien-être retenus dans la Politique de 1992, sur la mise en œuvre régionale et ministérielle de la Politique ainsi que sur l'expérience d'autres pays en la matière. Fort de ces différentes études, il a élaboré un scénario de révision de la Politique qu'il a soumis à deux reprises à un comité, formé principalement d'acteurs du secteur de la santé et de chercheurs. Je tiens, par la présente, à remercier chaleureusement toutes ces personnes, qui ont fait preuve d'une grande générosité en acceptant de participer à la réflexion menée par le Conseil sur la Politique de la santé et du bien-être.

Le Conseil de la santé et du bien-être a été créé en 1992, dans la foulée de la réforme du système de services et de la Politique pour maintenir une vision large de la santé et pour conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur la réalisation des objectifs de santé et de bien-être. C'est avec fierté que je vous invite à prendre connaissance de cet avis qui marque une étape importante pour le Conseil, soit son dixième anniversaire d'existence. Une fois de plus, le Conseil souhaite, par cet avis, contribuer au choix des meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise.

La présidente,

Hélène Morais

Cet avis est le résultat de l'exercice de notre mandat principal, qui est de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être ainsi que sur les moyens appropriés pour les atteindre. Notre évaluation de la Politique nous permet de constater des forces et des faiblesses de son application. Nous proposons un scénario pour sa révision incluant des objectifs et des conditions concrètes de mise en œuvre.

À la lumière de cette évaluation, nous pouvons nous réjouir du fait que les objectifs fixés pour réduire la mortalité, ceux fixés en santé publique et ceux fixés en intégration sociale, ont presque tous été atteints. Toutefois, alors que la santé est définie, dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, comme la capacité physique, psychologique et sociale des personnes d'exercer leurs rôles sociaux, nous observons une aggravation des problèmes limitant ces capacités. Les maladies engendrant des incapacités physiques à long terme, les problèmes d'adaptation sociale et ceux de santé mentale sont en croissance au Québec. De plus, nous observons que des écarts subsistent entre les régions, les territoires et les groupes.

Si les communautés se sont relativement mobilisées au moment du choix des priorités régionales, ce n'est pas le cas de l'ensemble du personnel et des professionnels du réseau des services de santé et des services sociaux. De plus, nous avons constaté que les efforts pour améliorer la santé et le bien-être inspirés par la Politique n'ont réussi que partiellement à mobiliser les acteurs des différents secteurs de la société autour de l'amélioration des conditions de vie, des milieux de vie et des habitudes de vie. Enfin, il fut difficile d'atteindre les objectifs de la Politique alors que le lien entre les priorités définies et l'allocation des ressources a été très faible, que de nouvelles priorités gouvernementales et ministérielles se sont succédées et que le Ministère n'a pas assuré le suivi systématique de sa propre politique.

Par ailleurs, un regard sur des expériences étrangères nous a montré que plusieurs pays occidentaux ont également développé des stratégies, des orientations et des politiques visant l'amélioration de la santé et du bien-être des individus et des populations. Après évaluation, ils les ont révisées et maintenues en insistant sur le suivi des objectifs et en privilégiant l'action intersectorielle comme stratégie permettant d'atteindre les objectifs.

Le Conseil est d'avis que la Politique de la santé et du bien-être de demain doit poursuivre ce qui a été amorcé en 1992. Il faut tabler sur les acquis de la Politique et proposer des pistes de solution pour éviter les écueils déjà rencontrés. Pour ce faire, le Conseil suggère de réviser les fondements et les objectifs de la Politique et de cibler les conditions garantissant le succès de sa mise en œuvre.

Le Conseil recommande que la Politique de la santé et du bien-être oriente les décisions et les actions en matière de services de santé et de services sociaux en mettant l'accent sur la prévention et en s'appuyant sur un engagement gouvernemental soutenu. De plus, la Politique doit réaffirmer la conception interactive de la santé qui définit la santé en termes de capacités des personnes à exercer leurs rôles et de résultat de l'interaction continue entre l'individu et son environnement.

De façon à améliorer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois, le Conseil recommande également que la Politique de la santé et du bien-être révisée contiennent des objectifs diversifiés. Quatre groupes d'objectifs sont proposés : ceux visant la réduction de problèmes prioritaires, ceux visant la réduction des écarts, ceux visant l'amélioration des déterminants sociaux de la santé et du bien-être et ceux visant l'amélioration du système de services de santé et des services sociaux.

Ces objectifs doivent viser à réduire prioritairement les problèmes de santé et de bien-être suivants : la violence, les troubles de comportement chez les enfants et les adolescents, les maladies cardio-vasculaires, le cancer (sein, poumon), le suicide, les troubles mentaux et les maladies respiratoires, les maux de dos et le diabète. Dans cette perspective, il est important d'accorder une attention particulière aux régions, aux territoires et aux groupes les plus touchés par ces problèmes (particulièrement les peuples des Premières Nations). De plus, afin de réduire ces problèmes, le Conseil recommande au ministre d'agir sur les déterminants sociaux de la santé que sont les conditions de vie, les habitudes de vie et les milieux de vie. Enfin, le Conseil est d'avis qu'une politique de la santé et du bien-être révisée doit également contenir des objectifs portant sur l'organisation des services (accessibilité des services de première ligne), la qualité des soins et des services, la répartition des ressources et l'amélioration des pratiques professionnelles, de façon à orienter celles-ci vers la prévention, l'interdisciplinarité, la continuité et le soutien de l'autonomie des personnes et des communautés.

Pour la mise en œuvre, le Conseil formule des recommandations sur ce qui lui apparaît être les conditions essentielles de réussite d'une politique de la santé et du bien-être révisée : des responsabilités partagées (interaction constante entre les paliers, reddition de comptes, suivi), la participation des acteurs locaux et régionaux, la participation du personnel et des professionnels du réseau de services, l'existence d'une marge de manœuvre régionale en matière d'allocation des ressources et l'intersectorialité.



Table des matières

PAGE

■ Synthèse de l'état de la situation	8
■ Synthèse des recommandations	9
■ Introduction	10
1. Les fondements d'une Politique de la santé et du bien-être révisée	11
Conception interactive de la santé	11
Prévention des problèmes de santé et de bien-être et promotion de la santé	12
Continuité entre les orientations et l'action dans le réseau de services	13
Engagement gouvernemental soutenu	13
2. Les objectifs visant l'amélioration de la santé et du bien-être	15
Réduction des problèmes	15
Réduction des écarts	15
Écarts régionaux	
Écarts intra-régionaux	
Écarts entre les groupes	
Action sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être	16
Conditions de vie	
Milieux de vie	
Habitudes de vie	
Amélioration du système de services de santé et de services sociaux	18
Organisation des services	
Pratiques professionnelles	
Qualité des soins et des services	
Partage des ressources	
3. Les conditions de réussite de la mise en œuvre d'une politique de la santé et du bien-être révisée	21
Responsabilités partagées	21
Participation des acteurs locaux et régionaux	22
Participation du personnel et des professionnels du réseau	23
Marge de manœuvre dans l'allocation des ressources	24
Intersectorialité	25
■ Conclusion	26
■ Sommaire des recommandations	27

■ Annexe

A. La Politique de la santé et du bien-être de 1992	31
B. L'étude de l'évolution des problèmes retenus dans la Politique de la santé et du bien-être de 1992	32
Évolution des problèmes de santé et de bien-être	32
Écarts observés	37
Ce que l'on retient de l'évolution des problèmes de santé et de bien-être	38
C. Les réalisations régionales en lien avec la Politique de la santé et du bien-être de 1992	38
Fondements	38
Contenu	39
Conditions de mise en œuvre	41
Ce que l'on retient de la mise en œuvre régionale	42
D. Les réalisations du ministère de la Santé et des Services sociaux en lien avec la Politique de la santé et du bien-être de 1992	42
E. Les réalisations du Conseil de la santé et du bien-être en lien avec la Politique de la santé et du bien-être de 1992	43
F. Les expériences étrangères	44
Fondements	44
Contenu	44
Conditions de réussite de la mise en œuvre	45
G. Conclusion	45

■ Bibliographie

46

■ Notes et références

47

■ La prévalence des problèmes de santé et de bien-être dans les régions sociosanitaires du Québec

48

Synthèse de l'état de la situation

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE

Objectifs atteints

- MTS, sida
- Maladies infectueuses
- Traumatismes routiers
- Cancer du poumon
- Maladies cardio-vasculaires
- Intégration sociale des personnes âgées et des personnes handicapées

Aggravation

- Abus sexuels, négligence et violence envers les enfants
- Troubles de comportement
- Délinquance
- Naissances prématurées
- Maladies respiratoires
- Suicide

Écarts persistants

- Régionaux
- Intra-régionaux
- Groupes

Réalisations régionales

- Mobilisation des communautés au moment du choix des priorités régionales.
- Attention accordée aux problèmes sociaux.
- Développement d'actions intersectorielles.
- Faible lien entre les priorités et l'allocation des ressources.
- Faible mobilisation du personnel et des professionnels du réseau.

Réalisations ministérielles

- Adoption d'orientations ministérielles à portée intersectorielle.
- Utilisation de la Politique pour guider la recherche.
- Succession de priorités gouvernementales et ministérielles en matière de santé et de bien-être.
- Faible lien entre les priorités de santé et de bien-être et l'allocation des ressources.
- Suivi sporadique et non systématique de l'actualisation de la Politique.

Politiques de santé ailleurs dans le monde

- Reposent sur une conception holistique de la santé ;
- Résultent d'un processus d'élaboration dynamique ;
- Retiennent comme priorités : blessures, cancer, santé mentale, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires et diabète ;
- Proposent des objectifs de santé et des objectifs de services ;
- Considèrent l'action intersectorielle comme une stratégie efficace pour atteindre les objectifs ;
- Mettent l'accent sur le suivi et l'évaluation.

POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE RÉVISÉE

Fondements

- Conception interactive de la santé
- Prévention des problèmes
- Continuité entre les orientations et l'action
- Engagement gouvernemental soutenu

Objectifs

- Réduction de problèmes prioritaires
- Réduction des écarts
 - Régionaux
 - Intra-régionaux
 - Relatifs aux Premières Nations
- Amélioration des déterminants sociaux de la santé
- Amélioration du système de services de santé et de services sociaux
 - Organisation des services
 - Pratiques professionnelles
 - Qualité des soins et des services
 - Équité dans le partage des ressources

Conditions de réussite

- Responsabilités partagées
- Participation des acteurs locaux et régionaux
- Participation du personnel et des professionnels du réseau
- Marge de manœuvre régionale dans l'allocation des ressources
- Intersectorialité

Introduction

Le Conseil de la santé et du bien-être a pour mandat de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les meilleurs moyens à prendre pour améliorer la santé et le bien-être de la population. De façon plus particulière, il doit le conseiller sur les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être ainsi que sur les moyens appropriés pour les atteindre.

La Politique de la santé et du bien-être adoptée en 1992 vise à orienter le système vers des objectifs de réduction des problèmes de santé et des problèmes sociaux qui touchent le plus la population québécoise ; dix-neuf problèmes y sont documentés. La Politique vise également à réduire les écarts de santé observés entre les régions et entre les groupes, à soutenir le développement des personnes et des communautés, à améliorer les milieux de vie et les conditions de vie, à harmoniser les interventions publiques et à orienter le système de services vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses.

Le bilan de la Politique, présenté en annexe, fait ressortir les principales réussites et les principales faiblesses de la mise en œuvre de la Politique de 1992. S'il est vrai que tous les objectifs de la Politique n'ont pas été atteints, il n'en demeure pas moins que plusieurs actions ont été réalisées. Convaincu que recommencer à zéro aurait un effet démobilisateur sur les acteurs locaux et régionaux, le Conseil propose au ministre de la Santé et des Services sociaux

de réviser la Politique de la santé et du bien-être, en tenant compte des résultats des priorités et des plans d'action régionaux, et d'en consolider les mécanismes de mise en œuvre de façon à améliorer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois.

Par le passé, constatant le manque de précision et de clarté entourant les finalités du système de services, le Conseil a invité le ministre de la Santé et des Services sociaux à utiliser la Politique de la santé et du bien-être comme un instrument d'orientation pour l'ensemble du système sociosanitaire. C'est dans cette même perspective que le Conseil élabore, dans cet avis, un scénario d'évolution de la Politique de la santé et du bien-être.

Ce scénario réaffirme l'approche interactive de la santé contenue dans la Politique de 1992. Tenant compte des changements survenus dans le contexte sociopolitique québécois, des succès et des faiblesses de la mise en œuvre de la première politique de la santé et du bien-être ainsi que de certaines expériences étrangères en la matière, le Conseil formule des recommandations sur les fondements, les objectifs et les conditions de réussite de la mise en œuvre d'une politique de la santé et du bien-être renouvelée.



Pour le Conseil, les assises d'une politique de la santé et du bien-être renouvelée sont une conception interactive de la santé, la prévention des problèmes, la promotion de la santé, la continuité entre les orientations et l'action dans le réseau de services et un engagement gouvernemental soutenu.

Conception interactive de la santé

La Politique de la santé et du bien-être adoptée en 1992 repose sur une conception interactive de la santé et du bien-être, ces derniers étant définis, dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, comme la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir, de façon acceptable pour elle et pour sa communauté, les rôles qu'elle entend assumer. Selon cette conception, la santé et le bien-être résultent des interactions constantes entre les individus et leur milieu. Ainsi, le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être passent par le partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie¹, les acteurs du développement économique (des secteurs privé et public), l'ensemble des secteurs d'activité (public et privé) et les pouvoirs publics d'une société.

Au moment du choix des priorités régionales, nous avons observé une appropriation relative de cette conception de la santé par les populations locales. Or, cette façon de concevoir la santé et le bien-être est largement reprise dans les politiques du même type adoptées ailleurs en Occident.

Suivant ce constat, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

1. de réaffirmer la conception de la santé en termes de capacités des personnes à exercer leurs rôles et en termes de résultat de l'interaction continue entre l'individu et son environnement. Le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les acteurs du développement économique, l'ensemble des secteurs d'activités et les pouvoirs publics d'une société.
2. de mesurer les résultats visés en tenant compte :
 - de la durée de vie, de la qualité de vie et des inégalités ;
 - de la disponibilité dans le réseau de services des interventions jugées efficaces et de l'intervention des acteurs des collectivités.

Prévention des problèmes de santé et de bien-être et promotion de la santé

La Politique de la santé et du bien-être considère la prévention des problèmes et la promotion de la santé et du bien-être comme des moyens privilégiés permettant d'atteindre les objectifs fixés pour les dix-neuf problèmes retenus. Le fait de concevoir la santé comme étant le résultat des interactions continues entre un individu et son environnement a un impact sur la notion de prévention. Cette dernière ne peut seulement se limiter à l'action sur la maladie et les problèmes sociaux. Elle doit également impliquer des actions sur les déterminants sociaux de la santé que sont les conditions de vie, les milieux de vie et les habitudes de vie.

L'étude de la mise en œuvre régionale de la Politique montre que les régions régionales ont repris ce moyen d'action. Elles ont réalisé une multitude d'activités visant la promotion de la santé et la prévention de la maladie et des problèmes sociaux en lien avec les priorités régionales retenues. Toutefois, beaucoup d'acteurs ne se sont pas sentis interpellés par cette Politique qui valorisait l'action en amont. La prévention était alors perçue comme étant le champ d'expertise d'une catégorie de professionnels et de personnel bien définie.

Par ailleurs, l'examen de quelques politiques du même type, adoptées ailleurs dans le monde, nous a appris que la prévention de la maladie et la promotion de la santé constituent un moyen d'action privilégié pour améliorer l'état de santé et de bien-être des populations.

Fort de ces constats et à l'instar de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, qui recommande de faire de la prévention l'élément central d'une Politique de la santé et du bien-être renouvelée, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

3. d'axer la future politique de la santé et du bien-être sur la prévention de la maladie et des problèmes sociaux et l'action sur les déterminants sociaux.

Certaines précisions sont cependant nécessaires. Le ministère de la Santé et des Services sociaux, s'inspirant de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, définit ainsi les missions du système de services : prévenir, guérir et soutenir. Malheureusement, trop souvent ces différentes missions sont considérées en vase clos. De l'avis du Conseil, l'action préventive ne peut se

limiter à la mission « prévenir ». Elle appartient également aux deux autres missions, soit guérir et soutenir. D'ailleurs, les acteurs de ces deux missions reconnaissent que l'action préventive fait partie de leur travail. Grâce au décloisonnement de l'action préventive, tous les acteurs du réseau pourront s'identifier à la Politique de la santé et du bien-être et se l'approprier. C'est seulement de cette façon qu'elle portera les fruits espérés.

Le Conseil affirme l'importance de concevoir l'action préventive non pas de façon verticale et cloisonnée, mais plutôt à l'horizontale. Cela implique qu'il faut intégrer, de façon non équivoque, l'action préventive dans l'ensemble des missions du système de services.

Le Conseil recommande donc au ministre de la Santé et des Services sociaux :

4. de prendre des dispositions afin que l'action préventive soit intégrée à l'ensemble des missions du réseau.

Par ailleurs, puisque que la prévention implique également l'action sur les déterminants sociaux de la santé, les acteurs des autres secteurs, dont ceux du développement économique des secteurs privé et public, doivent se sentir interpellés par l'action préventive. Ils doivent être conscientisés quant à leurs responsabilités face à l'état de santé et de bien-être des populations.

Aussi, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

5. de poursuivre la sensibilisation des acteurs publics et privés des autres secteurs, dont ceux du développement économique, quant à leurs responsabilités face à l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois afin qu'ils se sentent interpellés par l'action préventive relative aux conditions de vie, aux milieux de vie et aux habitudes de vie.

Continuité entre les orientations et l'action dans le réseau de services

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a adopté quelques orientations à portée intersectorielle. Toutefois, le Conseil observe un certain manque d'intégration des interventions ministérielles dans le réseau ainsi que l'absence de continuité. Le Ministère introduit régulièrement de nouvelles priorités qui ne sont pas toujours cohérentes avec les précédentes. Dans un tel contexte il devient difficile pour le personnel et les professionnels du réseau ainsi que pour les instances régionales et locales de se mobiliser pour atteindre les objectifs prioritaires retenus et de s'approprier ces derniers.

Certains pays et provinces ont utilisé ce type de Politique pour orienter le système de services. Par exemple, en Ontario et en Nouvelle-Zélande, des politiques de ce type sont adoptées pour apporter des ajustements à un système de services qui ne répond plus aux besoins des citoyens. Par ailleurs, en temps de crise financière, la Finlande et la France adoptent des politiques de ce genre dans le but de transformer le système de services.

Récemment, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux a affirmé qu'une politique de la santé et du bien-être renouvelée « doit être porteuse de la vision qui orientera toutes les actions en matière de services de santé et de services sociaux ». En fait, la Politique « doit devenir l'outil de base pour le gouvernement du Québec et pour tous les intervenants et gestionnaires du réseau des services de santé et des services sociaux » (La Commission, 2000 : 33).

Considérant ces différents éléments et dans un souci de cohérence et d'efficacité du système, le Conseil propose que les grandes orientations du système de services soient présentées dans une seule et même politique. Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- 6. de prendre les dispositions nécessaires pour que la Politique de la santé et du bien-être oriente les décisions et les actions en matière de services de santé et de services sociaux.**

Engagement gouvernemental soutenu

La mise en œuvre régionale de la Politique s'est bien amorcée. Les acteurs locaux et régionaux se sont mobilisés au moment du choix des priorités régionales. Toutefois, l'annonce de compressions budgétaires par le gouvernement a obligé les autorités ministérielles à imposer le Défi qualité-performance. Ce dernier relègue à l'arrière-plan la Politique de la santé et du bien-être, tous les efforts étant dès lors consacrés à la transformation du réseau de services. À partir de cet instant, le processus de mise en œuvre de la Politique a été sérieusement compromis et les résultats observés sont mitigés.

Plus récemment, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux s'est interrogée sur la responsabilité des différents acteurs en matière de santé et a proposé que le gouvernement québécois « reconnaisse sa responsabilité et son imputabilité globales face à la santé de la population » (La Commission : 2000 : 35). Pour la Commission, il apparaît évident, compte tenu de l'importance des déterminants de la santé, que le ministère de la Santé et des Services sociaux ne peut assumer seul la responsabilité de la santé de la population québécoise, ce à quoi le Conseil souscrit. Puisqu'un bon nombre de décisions gouvernementales influent sur les différents déterminants de la santé et, par conséquent, sur la santé de la population, le gouvernement doit reconnaître sa pleine responsabilité et s'assurer d'être cohérent dans ses décisions afin de favoriser la santé.

La Politique repose sur une conception interactive de la santé. Cette façon de concevoir la santé a conduit à une réflexion sur le développement social, thème englobant l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. Le forum organisé par le Conseil sur ce thème fait entre autres ressortir le rôle que doit jouer le gouvernement québécois dans une perspective de développement social et, par le fait même, en matière d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Le gouvernement doit s'engager à soutenir le développement social de la société québécoise. Toutefois, cet engagement doit être accompagné d'une ouverture et d'un soutien aux initiatives des milieux. Cela implique nécessairement de la cohérence dans ses actions.

Au sujet de la forme que doit prendre l'engagement gouvernemental, le Conseil souhaite que le gouvernement québécois considère cette Politique comme l'un des éléments constitutifs d'un projet gouvernemental d'ensemble, comme une stratégie

nationale sur le développement économique et social. Dans un tel contexte, le secteur des services de santé et des services sociaux, tout comme les autres secteurs d'activité, serait invité à définir sa contribution à la mise en oeuvre de cette stratégie. Ce faisant, aucun secteur n'aurait l'impression d'être au service de l'autre et chacun profiterait de la collaboration de tous au développement social de la population. Ainsi, la Politique de la santé et du bien-être représenterait l'engagement concret du secteur des services de santé et des services sociaux au projet gouvernemental de développement social.

Il importe de préciser que l'engagement gouvernemental doit nécessairement se traduire par un appui aux politiques sectorielles développées en lien avec la stratégie nationale, de façon à assurer la cohérence des actions gouvernementales.

De l'avis du Conseil, à défaut d'adopter un projet gouvernemental d'ensemble, le gouvernement doit s'engager à faire d'une politique de la santé et du bien-être renouvelée une politique gouvernementale. Les déterminants de la santé étant multisectoriels, le gouvernement aura l'obligation d'interpeller les différents secteurs afin que ces derniers définissent leur contribution à cette politique gouvernementale.

Considérant ces différents éléments, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

**7. de prendre les dispositions pour que la
Politique de la santé et du bien-être soit
soutenue de façon continue par un
engagement gouvernemental ferme.**

C'est seulement de cette façon qu'elle pourra véritablement orienter le système de services et favoriser l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

La Politique québécoise de 1992 identifie dix-neuf objectifs afin de réduire les problèmes de santé et de bien-être, regroupés en cinq catégories : l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale et l'intégration sociale. Elle présente également six stratégies d'action permettant d'atteindre ces objectifs.

Jetant un coup d'œil sur ce qui se fait ailleurs, le Conseil constate que les politiques de ce type adoptées récemment dans quelques pays occidentaux contiennent une diversité d'objectifs. En plus de viser la réduction des problèmes de santé et des écarts, elles portent sur différentes facettes du système de services, dont l'accessibilité et l'organisation de certains types de services.

Soucieux d'avoir une politique de la santé et du bien-être qui puisse orienter l'ensemble du système, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

8. d'inclure dans la Politique de la santé et du bien-être quatre types d'objectifs portant sur :

- la réduction de problèmes de santé et de bien-être;
- la réduction des écarts;
- l'amélioration des déterminants sociaux de la santé et du bien-être;
- l'amélioration du système de services (son organisation, la qualité des services, les pratiques professionnelles et l'allocation des ressources).

Réduction des problèmes

Au moment du choix régional des priorités de santé et de bien-être, les problèmes les plus souvent retenus ont été les abus, la négligence et la violence à l'endroit des enfants, la violence faite aux femmes, les toxicomanies, la santé mentale, le cancer et les maladies cardio-vasculaires.

L'étude de l'évolution des problèmes de santé et de bien-être retenus dans la Politique de 1992 nous permet de constater que certains objectifs ont été atteints ou presque. C'est le cas des objectifs portant sur les maladies transmises sexuellement, le sida, les maladies infectieuses, les traumatismes routiers, le cancer du poumon, les maladies cardio-vasculaires et l'intégration sociale des personnes âgées et des personnes handicapées. Cependant, la plupart des objectifs fixés n'ont pas été atteints. Nous constatons que les maladies cardio-vasculaires et le cancer demeurent les causes les plus importantes de mortalité au Québec, malgré une certaine diminution

du nombre de cas. De plus, nous remarquons que quelques problèmes de santé et de bien-être sont en pleine progression, soit le suicide, la violence², les troubles de comportement chez les enfants et les adolescents et des maladies qui causent des incapacités à long terme (ex.: maladies respiratoires, maux de dos, diabète). Finalement, les troubles mentaux, plus particulièrement leur augmentation en milieu de travail, préoccupent un nombre croissant d'intervenants. Ces différents problèmes réduisent de façon importante la capacité d'action des Québécoises et des Québécois.

Considérant les priorités régionales retenues et l'évolution des problèmes de santé et des problèmes sociaux, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

9. de fixer des objectifs visant à réduire prioritairement les problèmes de santé et de bien-être suivants : la violence, les troubles de comportement chez les enfants et les adolescents, les maladies cardio-vasculaires, le cancer (sein, poumon), le suicide, les troubles mentaux, les maladies respiratoires, les maux de dos et le diabète.

Réduction des écarts

Différents écarts de santé et de bien-être subsistent entre les régions du Québec, à l'intérieur de ces régions et entre certains groupes. Ce constat conduit le Conseil à formuler des recommandations sur la réduction des écarts régionaux, des écarts intra-régionaux et des écarts touchant un groupe particulier, les Premières Nations.

Écarts régionaux

Certaines régions sont plus touchées que d'autres par les problèmes de santé et de bien-être retenus dans la recommandation précédente (voir le tableau *La prévalence des problèmes de santé et de bien-être dans les régions sociosanitaires du Québec* à la page 49). Ainsi, nous constatons que les régions de la Côte-Nord, du Bas-Saint-Laurent et de Montréal-Centre sont particulièrement aux prises avec les problèmes de violence. Nous remarquons également que les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nunavik ont un taux élevé de mortalité lié aux maladies cardio-vasculaires, au cancer (poumon), aux maladies respiratoires et au suicide.



Le constat d'écarts régionaux importants conduit le Conseil à recommander au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- 10. de fixer des objectifs de réduction des écarts régionaux observés pour les neuf problèmes ciblés en accordant une priorité à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie dans les régions suivantes : Abitibi-Témiscamingue, Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Montréal-Centre et Nunavik.**

Écarts intra-régionaux

Le Conseil est conscient que les régions ne forment pas un tout homogène. Certaines régions peuvent afficher un bilan positif concernant les problèmes ciblés, mais cela n'exclut pas la possibilité qu'un de leurs territoires sous-régionaux soit gravement touché par l'un ou plusieurs de ces problèmes.

L'existence d'écarts intra-régionaux conduit le Conseil à recommander au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- 11. de fixer des objectifs généraux de réduction des écarts intra-régionaux et d'identifier, pour l'ensemble des régions sociosanitaires, avec l'aide des régies régionales, les écarts intra-régionaux de façon à cibler les territoires locaux aux prises avec les problèmes retenus comme étant prioritaires et ainsi contribuer efficacement à la réduction des problèmes.**

Écarts entre les groupes

Certains écarts sont observables entre les femmes et les hommes, les différents groupes d'âge et les communautés culturelles. Le sombre bilan de santé des populations des Premières Nations inquiète particulièrement les membres du Conseil. Constatant que les populations des Premières Nations sont gravement touchées par bon nombre de problèmes (maladies cardio-vasculaires, cancer, suicide, maladies de l'appareil respiratoires et diabète), le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- 12. de fixer des objectifs de réduction des écarts et d'amélioration de la santé et du bien-être des populations des Premières Nations.**

Action sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être

Afin d'améliorer la santé et le bien-être, la Politique de 1992 privilégiait l'action sur les facteurs déterminants de la santé. En fait, considérer la santé comme résultant de l'interaction de l'individu et de son environnement implique que l'on accorde une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé et du bien-être. Une politique de la santé et du bien-être renouvelée axée sur la prévention des problèmes se doit donc de reprendre cette stratégie d'action. Ce constat conduit le Conseil à formuler des recommandations sur les conditions de vie, les milieux de vie et les habitudes de vie.

Conditions de vie

La Politique de la santé et du bien-être retient comme stratégie l'action sur les conditions de vie. Il est affirmé dans la Politique que « [la] santé et le bien-être sont largement déterminés par le revenu, la scolarité, les conditions de logement et les chances d'accès au marché du travail » (1992 : 156). Dans la Politique, le ministre de la Santé et des Services sociaux s'engage à « s'associer à ses collègues des autres ministères et organismes concernés par la pauvreté et la dépendance sociale qui en découle, afin de préparer au cours des prochains mois un plan d'action gouvernemental de réduction de la pauvreté visant prioritairement les familles ayant de jeunes enfants. » (1992 : 157)

La lecture du portrait de santé du Québec effectuée par l'Institut national de santé publique du Québec nous informe quant à l'évolution des conditions de vie des Québécoises et des Québécois. Ainsi, nous constatons que le revenu personnel disponible par habitant a peu augmenté au cours de la dernière décennie si nous tenons compte de l'inflation. Ce revenu est inférieur à la moyenne canadienne. Pour la même période, nous observons l'augmentation de la proportion de personnes vivant sous le seuil du faible revenu. Selon l'Enquête sociale et de santé 1998 (2000), près d'un ménage québécois sur cinq montre un niveau de revenu dit très pauvre (10 %) ou pauvre (13 %). Environ le tiers des ménages québécois (32 %) ont un revenu plutôt modeste (moyen inférieur). Les autres ménages ont soit un revenu moyen supérieur (35 %) ou supérieur (10 %). Il faut toutefois souligner que le pourcentage de prestataires d'aide sociale n'a cessé de diminuer depuis 1996. Il se situe maintenant sous la barre des 10 %, ce qui représente malgré tout environ 600 000 personnes.

Il ressort, par ailleurs que la scolarité s'est accrue. Ainsi, la proportion de Québécoises et de Québécois ayant réalisé des études postsecondaires inférieures au baccalauréat ou des études universitaires est en hausse.

Concernant le logement, nous observons que, depuis près de deux ans, une crise secoue les grands centres urbains du Québec. Pour l'ensemble du Québec, le taux d'inoccupation des logements est passé de 6,3 % en 1996 à 2,2 % en 2001. Dans les centres urbains, il se situe à 1,3 % et il est de 0,9 % dans les régions métropolitaines. Cette rapide réduction du taux d'inoccupation a des répercussions sur le coût des logements et sur l'état des logements loués.

Au sujet du taux de chômage au Québec, nous notons que, bien qu'il soit en baisse depuis quelques années, il est encore supérieur à la moyenne canadienne ainsi qu'aux taux des principaux pays de l'OCDE. En 2001, il était de 8,7 %.

Récemment, le Conseil a présenté aux ministres responsables de la Solidarité sociale et de la Lutte à la pauvreté et l'exclusion un mémoire intitulé *Orientations et perspectives d'action en matière de lutte à la pauvreté*. Considérant que la pauvreté n'est pas seulement une question de privation de ressources matérielles et financières, mais aussi d'exclusion sociale et de marginalisation, le Conseil formule trois propositions sur les moyens permettant de lutter efficacement contre elle. À court terme, le gouvernement doit adopter un ensemble d'actions structurantes de lutte contre la pauvreté. La lutte à la pauvreté passe également par la mobilisation des communautés et par le soutien que le gouvernement doit apporter à l'action des communautés. Finalement, le gouvernement doit situer la lutte contre la pauvreté à l'intérieur d'une stratégie globale de développement social.

Tenant compte de ces différents éléments, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

13. de préciser sa contribution à l'amélioration des conditions de vie favorables à la prévention des problèmes de santé et de bien-être et de s'associer à cette fin à ses collègues des autres ministères concernés : Affaires municipales, Éducation, Emploi et Solidarité sociale, Industrie et Commerce, Travail, Transports.

Milieus de vie

Considérant que l'individu exerce ses activités dans certains milieux qui sont susceptibles d'avoir un effet sur sa santé et son bien-être, la Politique de 1992 abordait la question des milieux de vie dans son analyse des problèmes et ses stratégies d'action. Elle identifiait trois milieux de vie immédiats : la famille, l'école et le milieu de travail. L'amélioration de la santé et du bien-être des individus et celle des habitudes de vie passent par le soutien de ces milieux de vie et par la prévention des problèmes dans ces mêmes milieux.

Certains pays et provinces ont également traité, dans leur Politique de santé, des milieux où l'action préventive doit être particulièrement développée. Dans ce contexte, le Danemark identifie entre autres l'école primaire, le milieu de travail et les communautés locales comme milieux de vie.

Les forums régionaux sur le développement social ont pour leur part fait ressortir l'importance des milieux de vie que sont la famille, l'école, le milieu de travail et les communautés locales dans une approche de développement.

Le Conseil est convaincu que l'amélioration de la santé et du bien-être en lien avec les problèmes prioritaires passe par l'action sur ces différents milieux de vie. Aussi, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

14. de fixer des objectifs relatifs à la valorisation et au soutien des milieux de vie constituant des facteurs de risque ou de protection pour les problèmes de santé et de bien-être jugés prioritaires. Les milieux de vie retenus sont la famille, l'école, le milieu de travail et la communauté locale.

Habitudes de vie

Les répercussions des mauvaises habitudes de vie sur la santé et le bien-être sont connues depuis longtemps. La mauvaise alimentation, le tabagisme, le manque d'activité physique et la consommation abusive d'alcool, de drogues illicites et de médicaments sont reconnus dans la Politique de 1992 comme étant des habitudes de vie néfastes pour la santé. Récemment, l'Institut national de santé publique du Québec a procédé à l'examen de ces différentes habitudes. Voici ses constats :

« Bien qu'on observe de modestes progrès dans la lutte au tabagisme, cette habitude est encore très répandue puisque environ le tiers des Québécois de 15 ans et plus fume. La population est de plus en plus sédentaire alors que la moitié des adultes ne pratique aucune activité physique de loisir sur une base hebdomadaire. Parallèlement, on constate que l'excès de poids, qui touche trois personnes de 15 ans et plus sur dix, est en progression alors que peu de Québécois perçoivent avoir de moyennes ou de mauvaises habitudes alimentaires » (2001 : XIII).

De plus, nous observons une augmentation du nombre de personnes ayant une consommation abusive d'alcool ainsi qu'une hausse dans la consommation des médicaments psychotropes.

Le Conseil recommande donc au ministre de la Santé et des Services sociaux :

15. de fixer des objectifs visant l'amélioration des habitudes de vie constituant des facteurs de risque ou de protection pour les problèmes de santé et de bien-être jugés prioritaires. Ces habitudes concernent l'alimentation, l'usage du tabac, l'activité physique et la consommation d'alcool, de médicaments et de drogues illicites.

Amélioration du système de services de santé et de services sociaux

Le Conseil propose que la Politique de la santé et du bien-être révisée présente des objectifs portant sur le système de services. De façon plus particulière, la Politique doit contenir des objectifs portant sur l'organisation des services, les pratiques professionnelles, la qualité des soins et des services et le partage des ressources.

Organisation des services

La Politique de la santé et du bien-être abordait la question du système de services pour chaque problème et dans ses stratégies d'action. Pour atteindre les objectifs fixés dans la Politique, il était proposé d'accroître et de consolider les services de base. Plus précisément, on suggérait de consolider les CLSC comme établissements de première ligne et d'accroître la disponibilité de leurs services. De façon générale, les personnes consultées par le Conseil ont déploré l'absence d'objectifs portant sur l'organisation des services de santé et des services sociaux dans la Politique de 1992. Dans un souci de cohérence et d'efficacité, elles souhaitent qu'une politique de la santé et du bien-être renouvelée contienne de tels objectifs. C'est le cas d'ailleurs des politiques de ce type adoptées récemment dans quelques pays occidentaux.

Les Québécoises et les Québécois sont préoccupés par la question de l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux et plus particulièrement par les délais de réponse (liste d'attente, urgence). Ils se soucient également de l'équité interrégionale.

Comme le Conseil l'a déjà souligné par le passé, l'amélioration de l'accessibilité des services passe par la consolidation des services de première ligne. Le Conseil va dans le même sens que la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux en proposant que le réseau de première ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux. Cette proposition va directement dans le sens d'une politique de la santé et du bien-être axée sur la prévention. Toutefois, comme nous l'avons mentionné précédemment, la prévention n'est pas le monopole des professionnels de première ligne. Elle fait également partie des responsabilités des professionnels œuvrant dans les services de deuxième et troisième lignes.

Le Conseil recommande donc au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- 16. de fixer des objectifs visant à augmenter la part des ressources et des interventions dans les services de santé et les services sociaux de première ligne et visant à accroître la disponibilité des services à domicile afin de réduire les problèmes de santé et de bien-être jugés prioritaires ;**
- 17. de fixer des objectifs visant à soutenir la contribution des services de deuxième et de troisième lignes à la réduction des problèmes de santé et de bien-être jugés prioritaires ;**
- 18. de fixer des objectifs de réduction des écarts dans l'accès aux services en lien avec les problèmes de santé et de bien-être jugés prioritaires.**

Pratiques professionnelles

De façon générale, les professionnels de la santé se sont sentis peu concernés par la Politique de la santé et du bien-être. Pour qu'une politique de la santé et du bien-être renouvelée donne les résultats escomptés, les différents professionnels de la santé doivent conjuguer leurs actions. D'une part, tous doivent reconnaître leur part de responsabilités dans l'amélioration de la santé et du bien-être. Leur engagement consiste également à reconnaître et à développer leur rôle en matière de prévention. D'autre part, la santé étant un phénomène complexe, les professionnels de la santé doivent établir une coopération et une collaboration interprofessionnelles. Tout comme la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, le Conseil croit que des efforts doivent être faits pour favoriser le travail interdisciplinaire.

Depuis sa création, le Conseil s'est intéressé aux pratiques professionnelles. Il a affirmé à maintes reprises³ que les privilèges consentis par le Code des professions aux professionnels du secteur des services de santé et des services sociaux ont des effets négatifs, à savoir qu'ils limitent la collaboration interprofessionnelle et l'autonomie des personnes et des communautés. Ils sont également lourds de conséquences pour les décisions relatives à la planification et à l'organisation des services sociosanitaires dans les régions québécoises. Afin de s'assurer de l'atteinte des objectifs fixés dans une politique de la santé et du bien-être renouvelée, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- 19. de fixer des objectifs visant à améliorer les pratiques professionnelles dans le secteur des services de santé et des services sociaux de façon à les orienter vers la prévention, l'interdisciplinarité, la continuité et le soutien de l'autonomie des personnes et des communautés.**

Les changements souhaités dans les pratiques des professionnels passent nécessairement par la formation. Des efforts doivent être faits lors de la formation des professionnels du réseau afin que ceux-ci intègrent les nouvelles orientations souhaitées et développent des pratiques orientées vers la prévention, l'interdisciplinarité, la continuité et le soutien de l'autonomie de façon à atteindre les objectifs de réduction des problèmes et des écarts. Des efforts semblables doivent être faits pour la formation continue des professionnels œuvrant déjà dans le réseau. Le Conseil recommande donc au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- 20. de prendre les dispositions nécessaires afin que la formation des professionnels des services de la santé et des services sociaux soit orientée vers la prévention, l'interdisciplinarité, la continuité et le soutien de l'autonomie des personnes et des communautés.**

Enfin, l'amélioration de la santé et du bien-être des individus est tributaire de la connaissance qu'ont les professionnels du réseau des interventions pertinentes et efficaces. Aussi, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- 21. de consolider les systèmes d'information à la disposition des professionnels du réseau de façon à leur permettre de choisir les interventions les plus efficaces et efficientes.**

Qualité des soins et des services

La qualité des soins et des services dans le secteur de la santé et du bien-être s'évalue en tenant compte de la structure, des processus et des résultats du réseau de services (Brunelle, 1993). La structure renvoie aux aspects organisationnels et physiques du réseau de services ainsi qu'aux caractéristiques des ressources et des dispensateurs. Le processus fait référence aux façons de faire, aux normes et aux pratiques professionnelles. Enfin, les résultats renvoient à l'amélioration ou à la modification de l'état de santé et de bien-être que l'on attribue aux soins et services reçus.

La qualité des soins et des services préoccupe les usagers, le personnel, les professionnels et les gestionnaires du réseau de la santé. Un effort a été fait dans le cadre de la réforme des services de santé et des services sociaux, au début des années 1990, pour définir ce qu'est la qualité des soins et des services⁴. On convient alors que la qualité tient à la continuité, à la compétence professionnelle, à l'efficacité des techniques et des équipements, à l'accessibilité des services ainsi qu'à la satisfaction des usagers. On convient également que le contrôle de la qualité doit impliquer les citoyens, consommateurs des soins et des services. Suivant ces constats des mécanismes de traitement des plaintes sont instaurés. La responsabilité de l'appréciation de la qualité des soins et des services offerts dans le réseau est alors partagée entre les différents acteurs du réseau, dont les ordres professionnels, les conseils de médecins dentistes et pharmaciens, les conseils des infirmières et des infirmiers et les conseils multidisciplinaires. L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et le Conseil médical du Québec assument également des responsabilités en cette matière.

La question de la qualité des soins et des services nous amène par ailleurs à traiter des accidents évitables dans la prestation des soins de santé. Les récents travaux du comité ministériel chargé d'étudier cette question soulignent que « [la] sécurité du patient doit trouver sa place, et cela de façon explicite, parmi les dimensions essentielles de la qualité des services que le réseau a mission d'assurer à la population » (Le comité, 2001 : 10). Le comité constate que les accidents évitables dans la prestation des services constituent une cause significative de morbidité et de mortalité au Québec. Afin de réduire ce nombre d'accidents, le comité ministériel propose d'utiliser les mécanismes déjà existants dans le réseau.

Tenant compte de ces différents éléments et considérant les trois critères de performance retenus par le ministre de la Santé et des Services sociaux, soit la satisfaction des usagers, les coûts et l'accessibilité des services, le Conseil recommande à ce dernier :

22. de consolider les différents mécanismes d'appréciation de la qualité des services de santé et des services sociaux existants, de façon à améliorer la pertinence, l'efficacité et l'efficience de ces services, de même qu'à augmenter la satisfaction des usagers ;

23. d'utiliser ces mécanismes pour réduire les accidents évitables dans la prestation des soins et des services.

Partage des ressources

En 1992, on soulignait l'importance de revoir le mode de répartition des ressources, compte tenu des objectifs de la Politique. Le Conseil constate la faiblesse d'un lien entre les priorités de santé et de bien-être et les priorités budgétaires centrales en matière de services de santé et de services sociaux.

L'étude de l'évolution des problèmes de santé et des problèmes sociaux met en relief quelques écarts régionaux. Comme nous l'avons mentionné précédemment, certaines régions sont particulièrement touchées par les problèmes jugés prioritaires. C'est le cas de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord, de Montréal-Centre et du Nunavik.

Le Conseil est d'avis que la répartition des ressources entre les régions doit permettre de corriger les écarts régionaux observés. Pour que la Politique de la santé et du bien-être donne les résultats escomptés en matière d'amélioration de la santé et du bien-être et de réduction des écarts et considérant les intentions annoncées par le ministre au sujet de l'équité interrégionale, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

24. de fixer des objectifs de réduction des écarts entre les régions et entre les territoires locaux afin d'améliorer l'équité dans la répartition des ressources.

Pour qu'une politique de la santé et du bien-être puisse atteindre ses objectifs, certaines conditions doivent être présentes. Le Conseil en indique cinq : des responsabilités partagées, la participation de la population, la participation du personnel et des professionnels du réseau, l'existence d'une marge de manœuvre régionale en matière d'allocation des ressources et l'intersectorialité.

Responsabilités partagées

De l'avis du Conseil, une politique de la santé et du bien-être renouvelée ne pourra donner les résultats escomptés que si les responsabilités sont partagées entre les différents acteurs. Cela signifie pour le Conseil que les processus de révision et de mise en œuvre de la Politique favorisent l'interaction des acteurs des différents paliers, que les acteurs soient responsables de la bonne conduite des processus et de l'atteinte des résultats en lien avec les objectifs de la Politique et qu'un suivi systématique des effets de la Politique soit fait.

Plusieurs acteurs du réseau ont émis des commentaires négatifs sur le processus d'élaboration de la Politique de la santé et du bien-être ; ils lui reprochent son caractère centralisé. En fait, un bon nombre se sont sentis exclus de ce processus.

Le processus décentralisé de mise en œuvre a, quant à lui, favorisé une appropriation régionale relative de la Politique de 1992. Cependant, l'exercice de priorisation réalisé au palier régional n'a pas réussi à remonter au palier central et à influencer les priorités de ce dernier. Le processus décentralisé mis en place en 1992 a donc eu un demi-succès.

Si nous regardons comment ce type de Politique est élaboré et mis en œuvre ailleurs dans le monde occidental, nous constatons que le palier central détermine les priorités nationales après avoir consulté des experts, les populations locales et les paliers régionaux. Par la suite, il incombe aux autorités régionales de fixer leurs propres objectifs et stratégies en rapport avec les orientations centrales. Un large processus participatif au moment de l'élaboration de la Politique au palier national ainsi qu'au moment du choix des priorités régionales est nécessaire pour assurer la pérennité de la Politique. Cela permet de lier les différents acteurs participant (politiciens, personnel du réseau, citoyens,

chercheurs et groupes de pression) à la destinée de la Politique. La participation ne peut toutefois se limiter au processus d'élaboration, elle doit également être encouragée lors de la mise en œuvre. C'est la seule façon de s'assurer de la pérennité d'une telle Politique.

Récemment, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux a affirmé « [qu'il] faut remettre à jour la Politique de la santé et du bien-être par un processus participatif et décentralisé, à partir des collectivités locales et des personnes travaillant dans le réseau [...] » (2000 : 208).

Par ailleurs, la Politique de la santé et du bien-être avait pour intention d'orienter le système de services vers des objectifs de résultats. L'introduction d'un modèle de gestion par résultats avait pour but d'augmenter l'efficacité du système de services. Quoique ce modèle ait fait partie de préoccupations régionales dans les différentes régies, ces dernières ne définissent pas les résultats en termes d'objectifs de santé mais plutôt en termes d'activités réalisées en fonction des allocations budgétaires prévues pour chacun des objectifs. Parfois, dans certaines régions, cette évaluation est plus poussée. Elle tente d'analyser la pertinence des activités financées dans le cadre de la Politique. Cette analyse se base alors sur la perception des résultats obtenus. Certains efforts ont été faits par le ministère pour interpeller les régions afin qu'elles adoptent un modèle de gestion par résultats. Nous en prenons pour exemple les indicateurs produits sur la transformation du réseau ainsi que sur la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être. Toutefois, ces efforts ont obtenu un résultat mitigé en raison du caractère déficient du suivi de la Politique.

L'implantation d'un système de gestion par résultats promu par la Politique de la santé et du bien-être a connu quelques ratés. Cependant, si nous voulons qu'une politique de la santé et du bien-être puisse véritablement orienter le système de services, il nous faut persévérer dans cette voie. Pour ce faire, nous devons préciser d'entrée de jeu les responsabilités des différents acteurs participant à son élaboration et à sa mise en œuvre. Le Conseil recommande donc au ministre de la Santé et des Services sociaux :

25. d'identifier en début de processus les responsabilités des différentes instances impliquées, dont celles des régies régionales, dans l'élaboration et la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être et de s'assurer d'une interaction constante entre les différentes instances.



26. d'utiliser les ententes de gestion et d'imputabilité entre les établissements publics et les régies régionales, et entre les régies régionales et le ministre pour assurer le suivi de la mise en œuvre d'une politique de la santé et du bien-être renouvelée.

Concevoir la santé comme le résultat de l'interaction continue entre l'individu et son environnement signifie reconnaître l'apport des autres secteurs à la santé et au bien-être des individus. Selon la nature de certains problèmes, la collaboration de plusieurs secteurs est requise. Le Conseil propose, dans ces cas, d'établir les rôles et les responsabilités des différents partenaires de façon concertée.

Une gestion proactive orientée vers les résultats implique l'existence de mécanismes d'échange d'information sur les problèmes, les facteurs de risque, les interventions efficaces, etc. Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

27. de consolider les processus et les politiques d'échange systématique des connaissances entre les chercheurs, les intervenants et les citoyens.

Finalement, pour s'assurer de l'atteinte des objectifs, il importe d'en suivre régulièrement l'évolution. Cela permet d'ajuster les interventions au fur et à mesure selon la progression observée et les connaissances disponibles.

Les politiques du même type adoptées plus récemment dans d'autres pays et provinces soulignent toute l'importance du suivi. Elles accordent une attention particulière à la question du suivi et de l'évaluation des progrès réalisés en lien avec les différents objectifs.

Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

28. de mettre en place des mécanismes de veille relativement à la Politique de la santé et du bien-être ;

29. de prendre les dispositions nécessaires pour assurer un suivi évaluatif systématique des répercussions de la Politique et ce, à tous les paliers, local, régional et national, avec la collaboration des organismes subventionnaires de recherche.

Participation des acteurs locaux et régionaux

Il y a eu mobilisation des communautés au moment du choix des priorités régionales. Toutefois, l'annonce de restrictions budgétaires a mené les communautés à se mobiliser sur d'autres enjeux.

De façon générale, les acteurs régionaux et locaux⁵ sont consultés par le palier national ou régional au moment de l'élaboration de ce type de Politique. Ils déterminent également les priorités régionales et locales.

La conception interactive de la santé présente dans la Politique inclut la participation des citoyens, ce qui leur permet de contrôler leur destinée face aux forces multiples qui l'influencent. De plus, elle augmente le sentiment d'appartenance à la communauté. Une population qui participe est une population en santé. C'est aussi une population qui contribue à son propre développement.

Le Conseil recommande donc au ministre de la Santé et des Services sociaux :

30. de prendre les dispositions pour que les processus de révision, de mise en œuvre et d'évaluation de la prochaine politique de la santé et du bien-être soient participatifs. Ils doivent poursuivre dans la voie de la participation des acteurs locaux et régionaux.

Les acteurs locaux et régionaux doivent participer aux instances publiques du réseau des services de santé et des services sociaux. La participation publique peut prendre différentes formes – sondage, consultation, concertation et prise de décisions⁶ – qui ont en commun le besoin d'information. Aussi, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

31. d'accroître ses activités de communication et d'information sur les problèmes de santé et de bien-être et leur évolution, ainsi que sur les solutions efficaces, de façon à éclairer les acteurs locaux et régionaux dans leur prise de décision.

Pour le Conseil, la participation des acteurs locaux et régionaux ne peut se limiter aux fonctions de consultation ou de conciliation. Elle doit également se traduire par une participation à la prise de décision, sinon les acteurs locaux et régionaux se désintéresseront de la participation publique. Il est difficile de demeurer mobilisé devant un constat d'inefficacité de l'action.

Il existe quelques instances dans le secteur de la santé au sein desquels les acteurs locaux et régionaux peuvent participer comme les conseils d'administration, les comités d'usagers et les sous-comités dans les établissements. Toutefois, certains jugent que ces lieux de participation ne sont pas bien utilisés. D'une part, il manque des liens entre les comités d'usagers, les sous-comités d'établissement et les centres de décision. D'autre part, bon nombre de citoyens ignorent le rôle, la composition, voire même l'existence de ces lieux de participation.

Récemment, un forum de la population a été institué dans chaque région du Québec, avec le mandat de consulter la population et de formuler des recommandations sur la satisfaction de celle-ci au regard des services disponibles et sur les besoins en matière d'organisation de services. Le Conseil trouve ce mandat trop restrictif. Comme il l'a indiqué par le passé⁷, il souhaite que ce forum intervienne sur les questions touchant la participation de la population, le choix des priorités de santé et de bien-être, les priorités d'organisation des services, les priorités d'allocation des ressources et l'efficacité des services.

Considérant ces différents éléments, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

32. d'accroître ses activités de communication et d'information, à l'intention des acteurs locaux et régionaux, au sujet des mécanismes de participation au système de services de santé et de services sociaux ;

33. d'utiliser les mécanismes de participation existants, soit le forum de la population (en apportant des modifications à son mandat), les conseils d'administration, les comités d'usagers et les sous-comités dans les établissements, pour faire participer les acteurs locaux et régionaux aux processus de révision et de mise en œuvre des priorités locales et régionales de santé et de bien-être.

Par ailleurs, les acteurs locaux et régionaux peuvent également participer aux activités des centres locaux et des centres régionaux de développement, qui ont des répercussions sur la santé et le bien-être des individus selon l'approche interactive de la santé.

Participation du personnel et des professionnels du réseau

La Politique de la santé et du bien-être n'a pas réussi à mobiliser le personnel et les professionnels du réseau. De façon générale, les acteurs œuvrant en restauration de la santé et en réadaptation n'ont pas trouvé leur compte dans la Politique. Exclue de son processus d'élaboration, ils ne se sont pas sentis interpellés par cette dernière, qui semble avoir davantage mobilisé les gestionnaires du réseau que les professionnels. Toutefois, un regard plus attentif nous permet de constater que la mobilisation a été plus forte chez les gestionnaires des CLSC que chez ceux des établissements médico-hospitaliers.

Les expériences étrangères soulignent l'importance de la présence des acteurs du réseau de services dans les processus d'élaboration et de mise en œuvre de ce type de politique. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la participation du personnel et des professionnels en assure la pérennité.

Tout comme les acteurs régionaux et locaux, le personnel et les professionnels du réseau de services de santé et de services sociaux seront motivés à participer s'ils sentent qu'ils peuvent influencer la prise de décision. De plus, cette participation doit être reconnue dans le réseau, entre autres dans la gestion du temps.

Reconnaissant que la participation du personnel et des professionnels du réseau est une condition de réussite de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une politique de la santé et du bien-être, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

34. de prendre les dispositions nécessaires pour inclure le personnel et les professionnels du réseau dans les processus de révision, de mise en œuvre et d'évaluation de la prochaine politique de la santé et du bien-être. La participation passe par l'information et la formation dispensées au personnel et aux professionnels des services de santé et des services sociaux et par leur contribution active et collective à la compréhension des problèmes, à l'examen des priorités, à l'évaluation des interventions et à l'ajustement des pratiques.

Réfléchissant sur les mécanismes de participation du personnel et des professionnels du réseau, le Conseil croit qu'il vaut mieux éviter de créer des mécanismes de participation propres à la Politique de la santé et du bien-être. À l'instar de ce qui a été recommandé en ce qui concerne la participation de la population, le Conseil propose d'utiliser des structures déjà existantes.

Tenant compte des modifications récentes apportées à la gouvernance du réseau, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

35. d'utiliser, au palier régional, les commissions médicales régionales, les commissions infirmières régionales, les commissions multidisciplinaires régionales et les départements régionaux de médecine générale pour mobiliser le personnel et les professionnels du réseau de services de santé et de services sociaux autour d'une politique de la santé et du bien-être renouvelée;

36. d'utiliser, au palier local, les conseils de médecins, dentistes et pharmaciens, les conseils des infirmières et infirmiers, les conseils multidisciplinaires des établissements et les groupes de médecine de famille pour mobiliser le personnel et les professionnels du réseau de services de santé et de services sociaux autour d'une politique de la santé et du bien-être renouvelée.

Marge de manœuvre dans l'allocation des ressources

Certains efforts ont été faits pour lier l'allocation des ressources aux priorités régionales. Cependant, le contexte de crise budgétaire a fragilisé ce lien. La recentralisation des décisions concernant l'allocation des ressources a enlevé aux régies régionales leur marge de manœuvre en la matière.

Une politique sans moyen est une politique condamnée à l'échec.

L'instauration d'une dynamique décentralisée d'allocation des ressources orientée vers l'atteinte des objectifs de la Politique constitue pour le Conseil un moyen à privilégier.

À cette fin, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

37. de prendre les dispositions nécessaires au palier national pour que les ressources soient réparties entre les régions en fonction des bassins de population à desservir et de leurs caractéristiques;

38. d'assurer, aux paliers régional et local, une marge de manœuvre pour que les ressources soient également allouées en fonction des bassins de population à desservir et des caractéristiques de ces populations. Cette marge de manœuvre doit inciter les acteurs locaux et régionaux à retenir les interventions jugées les plus efficaces et les moins coûteuses. Elle doit aussi être accompagnée de mécanismes de reddition de comptes;

39. d'actualiser les ententes de gestion et d'imputabilité entre, les établissements publics et les régies régionales ainsi que les régies régionales et le ministre, pour consolider les responsabilités et la reddition de comptes quant à l'utilisation des ressources.

Intersectorialité

Concevoir la santé de façon interactive implique qu'il faut reconnaître les limites d'intervention du réseau des services de la santé et des services sociaux dans le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être des populations. Ce réseau ne peut évidemment pas intervenir directement dans les décisions concernant d'autres secteurs (ex. : l'emploi, l'éducation, l'économie). Tous s'entendent pour dire que seule une action intersectorielle, à savoir une action concertée impliquant différents secteurs de la société, peut permettre de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être des populations et des clientèles d'autres secteurs (décrochage, sécurité, etc.).

Nous constatons que bien que certains acteurs aient été amenés à échanger et à collaborer au sujet de certaines priorités régionales, il n'en demeure pas moins que l'absence d'un soutien au développement d'actions intersectorielles en matière de santé et de bien-être a grandement nui à l'émergence de telles actions.

Les politiques de santé et de bien-être adoptées ailleurs dans le monde soulignent l'importance de l'action intersectorielle comme stratégie permettant d'atteindre les objectifs définis dans une telle politique. Dans certains cas, ces politiques vont même jusqu'à proposer des mécanismes formels de partenariat et d'intersectorialité.

Le Conseil recommande donc au ministre de la Santé et des Services sociaux :

40. de réaffirmer, dans une politique de la santé et du bien-être renouvelée, l'importance de l'action intersectorielle comme stratégie permettant d'atteindre les objectifs fixés.

Si l'importance de l'action intersectorielle comme facteur permettant d'améliorer la santé et le bien-être des individus n'est plus à démontrer, nous devons cependant nous questionner sur la façon de favoriser le développement de telles actions. Certains auteurs s'intéressant à cette question ont identifié des conditions favorisant l'action intersectorielle. Nous en retenons quatre.

Premièrement, les acteurs en présence doivent avoir des valeurs et des intérêts communs. Il est facile de cerner l'intérêt du secteur de la santé pour une action concertée favorisant la santé et le bien-être de la population ; là est la mission du secteur. Il en va tout autrement pour les autres secteurs. Ceux-ci peuvent y voir de l'intérêt dans la mesure où ils recherchent un résultat connexe comme par

exemple, la qualité de vie, le bien-être économique ou social.

Deuxièmement, l'action doit viser des objectifs concrets et des résultats tangibles. Les partenaires cherchent à réaliser des actions concrètes qui rapportent à court terme des résultats palpables. Ils évaluent la pertinence de leur participation en fonction des résultats qu'ils espèrent atteindre et du coût de leur participation. L'action intersectorielle doit être perçue comme un avantage par les acteurs participants.

Troisièmement, l'environnement politique et législatif doit être favorable au développement d'actions intersectorielles. L'appui des politiciens et la mise en place de politiques gouvernementales facilitant l'action collective sont nécessaires à l'action intersectorielle.

Quatrièmement, l'action intersectorielle doit résulter d'un processus inclusif et collégial. Les principaux intervenants des secteurs amorçant une action intersectorielle ainsi que les partenaires potentiels doivent participer dès le tout début au processus. Tous doivent sentir qu'ils ont la possibilité de promouvoir leur propre cause. Dans cet esprit, le processus de prise de décision doit être collégial. C'est la seule façon de maintenir « l'esprit d'équipe » nécessaire à l'action intersectorielle.

Le Conseil croit qu'un projet gouvernemental d'ensemble, comme une stratégie québécoise sur le développement social et économique ou une politique gouvernementale de la santé et du bien-être, contribuera fortement au développement d'actions intersectorielles. Fondé sur des valeurs chères aux Québécoises et aux Québécois, ce projet ciblera de grands objectifs. Pour les atteindre, cela exigera cependant un engagement gouvernemental ferme et soutenu ainsi qu'un engagement individuel des différents ministres à établir des liens de collaboration et de concertation avec leurs collègues. Par ailleurs, l'intersectorialité doit être encouragée à tous les paliers au moyen de structures et de règles favorisant le développement d'actions intersectorielles.

Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

41. d'exercer un leadership au sein du gouvernement, au moyen des mécanismes de coopération interministérielle existants ou à créer, pour s'assurer de la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être.

Conclusion



La Politique de la santé et du bien-être adoptée en 1992 était une politique particulièrement ambitieuse. Elle visait, à la fois à promouvoir une nouvelle conception de la santé, à orienter le système de services de santé et de services sociaux vers des objectifs de résultats, à mobiliser les communautés locales et régionales autour de priorités de santé et de bien-être, à assurer une cohérence entre les priorités de santé et de bien-être et l'allocation des ressources, à introduire dans le système sociosanitaire des mécanismes d'évaluation et de reddition de comptes, à développer des actions intersectorielles pour améliorer la santé et le bien-être et à consolider la recherche.



La Politique n'a pas atteint toutes ses visées, mais il n'en demeure pas moins que plusieurs interventions régionales ont été réalisées en lien avec les priorités de santé et de bien-être et que plusieurs acteurs issus de différents secteurs se sont mobilisés dans le but d'améliorer la santé et le bien-être des populations locales et régionales. Convaincu que reformuler une nouvelle politique de la santé et du bien-être sans tenir compte des réalisations passées aurait un effet démobilisateur sur les acteurs locaux et régionaux, le Conseil propose de réviser la Politique en reprenant ses acquis et en travaillant sur ses faiblesses.

Le Conseil recommande de reprendre la conception interactive de la santé présente dans la Politique de 1992 et d'axer la Politique révisée sur la prévention des problèmes et la promotion de la santé. Pour le Conseil, cette Politique doit orienter les décisions et les actions en matière de services de santé et de services sociaux, et cela ne peut se faire sans un engagement gouvernemental soutenu.

Le Conseil recommande que la Politique de la santé et du bien-être révisée contiennent des objectifs diversifiés, soit des objectifs portant sur la réduction des problèmes, la réduction des écarts de santé et de bien-être (régionaux, intra-régionaux et entre les groupes), les conditions de vie, les milieux de vie et les habitudes de vie, l'organisation des services, les pratiques professionnelles, la qualité des soins et des services et la répartition des ressources.

Enfin, le Conseil formule des recommandations sur les conditions essentielles de réussite d'une politique de la santé et du bien-être révisée. Ce sont les cinq conditions suivantes : des responsabilités partagées, la participation des acteurs locaux et régionaux, la participation du personnel et des professionnels du réseau de services, l'existence d'une marge de manœuvre régionale en matière d'allocation des ressources et l'intersectorialité.

Déplorant le manque de précision et de clarté entourant les finalités du système de services de santé et de services sociaux, le Conseil de la santé et du bien-être voit dans la révision de la Politique de la santé et du bien-être une occasion de donner des orientations à l'ensemble du système.

Sommaire des recommandations

Les fondements d'une politique de la santé et du bien-être révisée

Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- 1-** de réaffirmer la conception de la santé en termes de capacités des personnes à exercer leurs rôles et en termes de résultat de l'interaction continue entre l'individu et son environnement. Le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les acteurs du développement économique, l'ensemble des secteurs d'activités et les pouvoirs publics d'une société;
- 2-** de mesurer les résultats visés en tenant compte :
 - de la durée de vie, de la qualité de vie et des inégalités;
 - de la disponibilité dans le réseau de services des interventions jugées efficaces et de l'intervention des acteurs des collectivités;
- 3-** d'axer la future politique de la santé et du bien-être sur la prévention de la maladie et des problèmes sociaux et l'action sur les déterminants sociaux;
- 4-** de prendre des dispositions afin que l'action préventive soit intégrée à l'ensemble des missions du réseau;
- 5-** de poursuivre la sensibilisation des acteurs publics et privés des autres secteurs, dont ceux du développement économique, quant à leurs responsabilités face à l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois afin qu'ils se sentent interpellés par l'action préventive relative aux conditions de vie, aux milieux de vie et aux habitudes de vie;
- 6-** de prendre les dispositions nécessaires pour que la Politique de la santé et du bien-être oriente les décisions et les actions en matière de services de santé et de services sociaux;
- 7-** de prendre les dispositions pour que la Politique de la santé et du bien-être soit soutenue de façon continue par un engagement gouvernemental ferme.

Les objectifs visant l'amélioration de la santé et du bien-être

Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- 8-** d'inclure dans la Politique de la santé et du bien-être quatre types d'objectifs portant sur :
 - la réduction de problèmes de santé et de bien-être;
 - la réduction des écarts;
 - l'amélioration des déterminants sociaux de la santé et du bien-être;
 - l'amélioration du système de services (son organisation, la qualité des services, les pratiques professionnelles et l'allocation des ressources);
- 9-** de fixer des objectifs visant à réduire prioritairement les problèmes de santé et de bien-être suivants : la violence, les troubles de comportement chez les enfants et les adolescents, les maladies cardio-vasculaires, le cancer (sein, poumon), le suicide, les troubles mentaux, les maladies respiratoires, les maux de dos et le diabète;
- 10-** de fixer des objectifs de réduction des écarts régionaux observés pour les neuf problèmes ciblés en accordant une priorité à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie dans les régions suivantes : Abitibi-Témiscamingue, Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Montréal-Centre et Nunavik;
- 11-** de fixer des objectifs généraux de réduction des écarts intra-régionaux et d'identifier, pour l'ensemble des régions sociosanitaires, avec l'aide des régies régionales, les écarts intra-régionaux de façon à cibler les territoires locaux aux prises avec les problèmes retenus comme étant prioritaires et ainsi contribuer efficacement à la réduction des problèmes;
- 12-** de fixer des objectifs de réduction des écarts et d'amélioration de la santé et du bien-être des populations des Premières Nations;
- 13-** de préciser sa contribution à l'amélioration des conditions de vie favorables à la prévention des problèmes de santé et de bien-être et de s'associer à cette fin à ses collègues des autres ministères concernés : Affaires municipales, Éducation, Emploi et Solidarité sociale, Industrie et Commerce, Travail, Transports;



- 14-** de fixer des objectifs relatifs à la valorisation et au soutien des milieux de vie constituant des facteurs de risque ou de protection pour les problèmes de santé et de bien-être jugés prioritaires. Les milieux de vie retenus sont la famille, l'école, le milieu de travail et la communauté locale ;
- 15-** de fixer des objectifs visant l'amélioration des habitudes de vie constituant des facteurs de risque ou de protection pour les problèmes de santé et de bien-être jugés prioritaires. Ces habitudes concernent l'alimentation, l'usage du tabac, l'activité physique et la consommation d'alcool, de médicaments et de drogues illicites ;
- 16-** de fixer des objectifs visant à augmenter la part des ressources et des interventions dans les services de santé et les services sociaux de première ligne et visant à accroître la disponibilité des services à domicile afin de réduire les problèmes de santé et de bien-être jugés prioritaires ;
- 17-** de fixer des objectifs visant à soutenir la contribution des services de deuxième et de troisième ligne à la réduction des problèmes de santé et de bien-être jugés prioritaires ;
- 18-** de fixer des objectifs de réduction des écarts dans l'accès aux services en lien avec les problèmes de santé et de bien-être jugés prioritaires ;
- 19-** de fixer des objectifs visant à améliorer les pratiques professionnelles dans le secteur des services de santé et des services sociaux de façon à les orienter vers la prévention, l'interdisciplinarité, la continuité et le soutien de l'autonomie des personnes et des communautés ;
- 20-** de prendre les dispositions nécessaires afin que la formation des professionnels des services de la santé et des services sociaux soit orientée vers la prévention, l'interdisciplinarité, la continuité et le soutien de l'autonomie des personnes et des communautés ;
- 21-** de consolider les systèmes d'information à la disposition des professionnels du réseau de façon à leur permettre de choisir les interventions les plus efficaces et efficientes ;

- 22-** de consolider les différents mécanismes d'appréciation de la qualité des services de santé et des services sociaux existants, de façon à améliorer la pertinence, l'efficacité et l'efficience de ces services, de même qu'à augmenter la satisfaction des usagers ;
- 23-** d'utiliser ces mécanismes pour réduire les accidents évitables dans la prestation des soins et des services ;
- 24-** de fixer des objectifs de réduction des écarts entre les régions et entre les territoires locaux afin d'améliorer l'équité dans la répartition des ressources.

Les conditions de réussite de la mise en œuvre d'une politique de la santé et du bien-être révisée

Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux :

- 25-** d'identifier en début de processus les responsabilités des différentes instances impliquées, dont celles des régies régionales, dans l'élaboration et la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être et de s'assurer d'une interaction constante entre les différentes instances ;
- 26-** d'utiliser les ententes de gestion et d'imputabilité entre les établissements publics et les régies régionales, et entre les régies régionales et le ministre pour assurer le suivi de la mise en œuvre d'une politique de la santé et du bien-être renouvelée ;
- 27-** de consolider les processus et les politiques d'échange systématique des connaissances entre les chercheurs, les intervenants et les citoyens ;
- 28-** de mettre en place des mécanismes de veille relativement à la Politique de la santé et du bien-être ;
- 29-** de prendre les dispositions nécessaires pour assurer un suivi évaluatif systématique des répercussions de la Politique et ce, à tous les paliers, local, régional et national, avec la collaboration des organismes subventionnaires de recherche ;

- 30-** de prendre les dispositions pour que les processus de révision, de mise en œuvre et d'évaluation de la prochaine politique de la santé et du bien-être soient participatifs. Ils doivent poursuivre dans la voie de la participation des acteurs locaux et régionaux ;
- 31-** d'accroître ses activités de communication et d'information sur les problèmes de santé et de bien-être et leur évolution, ainsi que sur les solutions efficaces, de façon à éclairer les acteurs locaux et régionaux dans leur prise de décision ;
- 32-** d'accroître ses activités de communication et d'information, à l'intention des acteurs locaux et régionaux au sujet des mécanismes de participation au système de services de santé et de services sociaux ;
- 33-** d'utiliser les mécanismes de participation existants, soit le forum de la population (en apportant des modifications à son mandat), les conseils d'administration, les comités d'usagers et les sous-comités dans les établissements, pour faire participer les acteurs locaux et régionaux aux processus de révision et de mise en œuvre des priorités locales et régionales de santé et de bien-être ;
- 34-** de prendre les dispositions nécessaires pour inclure le personnel et les professionnels du réseau dans les processus de révision, de mise en œuvre et d'évaluation de la prochaine politique de la santé et du bien-être. La participation passe par l'information et la formation dispensées au personnel et aux professionnels des services de santé et des services sociaux et par leur contribution active et collective à la compréhension des problèmes, à l'examen des priorités, à l'évaluation des interventions et à l'ajustement des pratiques ;
- 35-** d'utiliser, au palier régional, les commissions médicales régionales, les commissions infirmières régionales, les commissions multidisciplinaires régionales et les départements régionaux de médecine générale pour mobiliser le personnel et les professionnels du réseau de services de santé et de services sociaux autour d'une politique de la santé et du bien-être renouvelée ;
- 36-** d'utiliser, au palier local, les conseils de médecins, dentistes et pharmaciens, les conseils des infirmières et infirmiers, les conseils multidisciplinaires des établissements et les groupes de médecine de famille pour mobiliser le personnel et les professionnels du réseau de services de santé et de services sociaux autour d'une politique de la santé et du bien-être renouvelée ;
- 37-** de prendre les dispositions nécessaires au palier national pour que les ressources soient réparties entre les régions en fonction des bassins de population à desservir et de leurs caractéristiques ;
- 38-** d'assurer, aux paliers régional et local, une marge de manœuvre pour que les ressources soient également allouées en fonction des bassins de population à desservir et des caractéristiques de ces populations. Cette marge de manœuvre doit inciter les acteurs locaux et régionaux à retenir les interventions jugées les plus efficaces et les moins coûteuses. Elle doit aussi être accompagnée de mécanismes de reddition de comptes ;
- 39-** d'actualiser les ententes de gestion et d'imputabilité entre les établissements publics et les régies régionales ainsi que les régies régionales et le ministre, pour consolider les responsabilités et la reddition de comptes quant à l'utilisation des ressources ;
- 40-** de réaffirmer, dans une politique de la santé et du bien-être renouvelée, l'importance de l'action intersectorielle comme stratégie permettant d'atteindre les objectifs fixés ;
- 41-** d'exercer un leadership au sein du gouvernement, au moyen des mécanismes de coopération interministérielle existants ou à créer, pour s'assurer de la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être.



Cette annexe présente sommairement le contenu de la Politique de la santé et du bien-être de 1992, des interrogations sur l'évolution des problèmes qu'elle retient et des informations sur les moyens utilisés aux paliers régional et national pour attendre les objectifs qu'elle identifie. Une étude comparative vient ensuite compléter ce tableau qui nous a permis d'élaborer le présent avis.

A La Politique de la santé et du bien-être de 1992

La Politique de la santé et du bien-être repose sur une conception holistique de la santé. D'entrée de jeu, il y est clairement énoncé que « [la] santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu » (La Politique, 1992 : 11). Conformément à l'article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la santé et le bien-être désignent « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie ». Dans un tel contexte, le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur le partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité que l'on retrouve dans la société (La Politique, 1992 : 11).

La Politique de la santé et du bien-être identifie dix-neuf problèmes de santé et problèmes sociaux. Les problèmes retenus sont classés en cinq groupes : l'adaptation sociale⁸, la santé physique⁹, la santé publique¹⁰, la santé mentale¹¹ et l'intégration sociale¹².

À chaque problème correspond un objectif défini en termes de population. Par exemple, le huitième objectif est de réduire de 30 % la mortalité causée par les maladies cardiovasculaires. Tous les objectifs sont présentés de la même façon : la description du problème, les principaux facteurs qui lui sont associés, les groupes les plus touchés, l'analyse critique des façons actuelles d'intervenir, le choix des moyens les plus efficaces pour prévenir et réduire le problème et la recherche.

Comme il est indiqué dans la Politique, « [la] compréhension des problèmes de santé et des problèmes sociaux révèle d'une part que des facteurs se retrouvent invariablement associés à la plupart de ces problèmes, et d'autre part que certains groupes de la population sont davantage affectés » (La Politique, 1992 : 133). Cette constatation conduit à l'identification de facteurs déterminants de la santé et du bien-être. Ces facteurs sont regroupés en six catégories :

- 1- les facteurs biologiques ;
- 2- les habitudes de vie et les comportements liés à la santé, comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'activité physique, l'alimentation et les comportements sexuels ;
- 3- les milieux de vie, c'est-à-dire la famille, l'école ou le milieu de travail et l'environnement social, plus spécifiquement le réseau social et les rapports hommes-femmes ;
- 4- l'environnement physique ;
- 5- les conditions de vie, c'est-à-dire le revenu, la scolarité, le logement et l'emploi ;
- 6- le système de services.

S'inspirant des facteurs déterminants, la Politique retient six stratégies d'action permettant d'atteindre l'ensemble de ces objectifs et d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Ces stratégies sont :

- 1- favoriser le renforcement du potentiel des personnes (les caractéristiques biologiques, les habitudes de vie et les comportements, les capacités psychologiques et sociales) ;
- 2- soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires (les milieux de vie immédiats, le réseau social, la nature des rapports hommes-femmes et les caractéristiques physiques de l'environnement influant la santé et le bien-être) ;
- 3- améliorer les conditions de vie (revenu, scolarité, conditions de logement, marché de l'emploi) ;
- 4- agir pour et avec les groupes vulnérables (selon le sexe, l'âge, la culture ou le milieu géographique, le niveau socioéconomique) ;
- 5- harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être (coordination des interventions des pouvoirs publics, développement du dynamisme local et régional) ;
- 6- orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses (conception des programmes sur le plan national, régionalisation de l'organisation des services et de l'aménagement des ressources pour mettre en œuvre les programmes, répartition équitable des ressources, évaluation des résultats).

B

L'étude de l'évolution des problèmes retenus dans la Politique de la santé et du bien-être de 1992

La proposition d'un scénario d'évolution de la Politique de la santé et du bien-être implique inévitablement un retour sur les problèmes contenus dans la première Politique. Pour ce faire, nous avons utilisé les données contenues dans *Le portrait de santé : le Québec et ses régions* produit par l'Institut national de santé publique du Québec en 2001. De plus, nous avons consulté les exercices de suivi des indicateurs de la Politique de la santé et du bien-être et des indicateurs sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse produits par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'objectif poursuivi par cette analyse est double. D'une part, nous voulons savoir comment les différents problèmes de santé et de bien-être retenus dans la Politique de 1992 ont évolué au cours de la dernière décennie. Se sont-ils aggravés? La situation s'est-elle améliorée? D'autre part, nous souhaitons faire ressortir pour chacun des problèmes les écarts observés. Compte tenu de la nature des données utilisées, nous observerons principalement des écarts entre les différentes régions du Québec. Nous identifions donc, pour chacun des problèmes traduits sous forme d'objectifs, les régions sociosanitaires qui sont, en termes statistiques, significativement les plus touchées par ces différents problèmes.

Évolution des problèmes de santé et de bien-être

Le premier objectif de la Politique vise à diminuer les **cas d'abus sexuel, de violence et de négligence à l'endroit des enfants** et à atténuer les conséquences de ces problèmes. Depuis le début des années 90, nous observons une augmentation du nombre de signalements évalués en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse. En 1999-2000, les régions de la Côte-Nord (69,7 cas sur 1 000 jeunes), de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (55,5 cas sur 1 000 jeunes) et de l'Outaouais (53,6 cas sur 1 000 jeunes) ont eu les taux de signalement les plus élevés; à l'opposé, la Montérégie (19,6 cas sur 1 000 jeunes) et Laval (23,2 cas sur 1 000 jeunes) ont eu les taux les plus bas.

Pour ce qui est de la prise en charge de ces cas, nous remarquons que la situation s'est également détériorée. Le taux est passé de 4,09 nouvelles prises en charge pour 1 000 jeunes, en 1993-1994, à 5,47 cas sur 1 000 jeunes, en 1999-2000. Cette augmentation est principalement due aux situations de négligence. Pour la période 1993-1999, les taux de prises en charge les plus élevés en raison de négligence sont observables dans les régions de la Côte-Nord (2,9 cas sur 1 000 jeunes), de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (3,5 cas sur 1 000 jeunes), du Bas-Saint-Laurent (2,9 cas sur 1 000 jeunes), de Québec (2,6 cas sur 1 000 jeunes) et de Montréal-Centre (2,5 cas sur 1 000 jeunes), la moyenne québécoise se

situant à 2,2 prises en charge pour 1 000 jeunes. Les taux de prise en charge pour abus physiques les plus élevés sont observables, pour la même période, dans les régions de la Côte-Nord (0,5 cas sur 1 000 jeunes) et de Montréal-Centre (0,5 cas sur 1 000 jeunes), la moyenne québécoise se situant à 0,3 prise en charge pour 1 000 jeunes. Finalement, c'est dans les régions du Bas-Saint-Laurent (0,6 cas sur 1 000 jeunes), de la Côte-Nord (0,5 cas sur 1 000 jeunes) et des Laurentides (0,3 cas sur 1 000 jeunes) que nous observons, pour la même période, les taux de prise en charge pour abus sexuels les plus élevés, la moyenne québécoise étant de 0,2 prise en charge pour 1 000 jeunes. Pour la même période, les taux les plus faibles de prise en charge pour l'ensemble de ces problèmes sont observés dans les régions de Chaudière-Appalaches et de Laval.

Dans les exercices de suivi faits par le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'augmentation du nombre de signalements et du nombre de prises en charge dans les cas d'abus et de troubles de comportement est interprétée comme étant une aggravation du problème. Certaines réserves doivent être apportées à cette interprétation. D'une part, une tendance plus forte à signaler les cas ne signifie pas nécessairement une aggravation du problème. Elle peut être imputable à une plus grande sensibilisation à ce problème. D'autre part, une plus grande prise en charge peut s'expliquer par des pratiques différentes, par une disponibilité différente des ressources ou encore par une répartition différente des responsabilités entre les CLSC et les centres jeunesse d'un territoire par rapport à un autre ou dans le temps¹³. Ces réserves s'appliquent également au problème suivant, soit les troubles de comportement chez les enfants et les adolescents.

Le deuxième objectif a pour but la réduction des **troubles de comportement les plus graves chez les enfants et les adolescents**. Un seul indicateur est utilisé pour mesurer cet objectif, soit la prise en charge. Depuis le début des années 90, nous remarquons une légère augmentation du nombre de cas pris en charge. Les taux de prise en charge les plus élevés sont observés, pour la période 1993-1999, dans les régions de la Côte-Nord (3,3 cas sur 1 000 jeunes), de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (2,6 cas sur 1 000 jeunes), du Bas-Saint-Laurent (2,4 cas sur 1 000 jeunes) et de Montréal-Centre (1,7 cas sur 1 000 jeunes). Les régions où l'on note le taux le plus faible sont celles de Québec (1,3 cas sur 1 000 jeunes), Chaudière-Appalaches (1,2 cas sur 1 000 jeunes), Laval (1,2 cas sur 1 000 jeunes) et l'Outaouais (0,9 cas sur 1 000 jeunes). Au cours de cette période, la moyenne québécoise se situe à 1,6 prises en charge pour 1 000 jeunes.

Le troisième objectif a trait à la diminution de la **prévalence et de la gravité de la délinquance**. Les données sur les jeunes contrevenants et sur les crimes avec violence commis par les jeunes nous apprennent que la majorité de ces crimes sont commis par des garçons. Le taux de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel a fluctué au cours de la dernière décennie. Nous remarquons toutefois que ce taux est à la baisse depuis

1996. En 1999, nous constatons que le taux de jeunes contrevenants est plus élevé dans les régions de l'Outaouais (8 155 cas sur 100 000 jeunes), de l'Abitibi-Témiscamingue (6 837 cas sur 100 000 jeunes), de Québec (6 793 cas sur 100 000 jeunes), de la Mauricie et du Centre-du-Québec (6 743 cas sur 100 000 jeunes) et de la Côte-Nord (6 647 cas sur 100 000 jeunes). Il est le plus faible dans la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (4 104 cas sur 100 000 jeunes), de Laval (4 128 cas sur 100 000 jeunes), de Lanaudière (4 796 cas sur 100 000 jeunes) et de l'Estrie (4 945 cas sur 100 000). En 1999, la moyenne québécoise de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois est de 5 963 cas pour 100 000 jeunes.

Par ailleurs, le taux de jeunes contrevenants ayant commis des crimes avec violence a crû de façon notable ayant presque doublé au cours des dix dernières années. Les régions de Montréal-Centre et de l'Outaouais sont les plus touchées par ce problème.

Le quatrième objectif concerne la diminution des cas de **violence faite aux femmes en milieu familial**. Un rapport récent du ministère de la Sécurité publique nous apprend que le nombre de cas de violence conjugale signalés, dont près de 80 % des victimes sont des femmes, a augmenté au cours des dernières années. Les actes de violence les plus courants sont les voies de fait simples, les menaces, le harcèlement criminel et les agressions armées ou causant des lésions. Dans une moindre mesure, les personnes violentées sont victimes d'agressions sexuelles, de meurtre ou de tentatives de meurtre et de voies de fait graves. Près d'une victime sur deux subit des blessures physiques. La récurrence de la violence subie par les femmes s'observe chez les groupes d'âge suivants : 30-39 ans (33,9 %); 18-24 ans (22,4 %); et 40-49 ans (18,1 %). Selon un récent rapport statistique sur la violence conjugale :

« Au cours des quatre dernières années, la violence conjugale signalée à la police a connu une augmentation au Québec : le nombre de victimes est passé de 13 250 à 15 824, et le taux de victimisation de violence conjugale de 213 à 251 pour 100 000 habitants. Cette augmentation a été observée principalement pour les hommes, les jeunes de 12 à 17 ans, les victimes de harcèlement criminel et celles d'agressions armées ou causant des lésions corporelles. La croissance a également été plus importante dans certaines régions, notamment le Centre-du-Québec, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Montréal. » (Ministère de la Sécurité publique, 2001 : 47).

Toutefois, pour les rédacteurs de ce rapport, cette hausse peut refléter une tendance à porter ces crimes à l'attention des autorités plutôt qu'un accroissement du nombre d'actes commis.

En 1999, les taux de victimisation pour violence conjugale les plus élevés sont observés dans les régions de Montréal-Centre (623 cas pour 100 000 habitants de 12 ans et plus), de l'Outaouais (481 cas pour 100 000 habitants de 12 ans et plus) et de la Côte-Nord (417 cas pour 100 000 habitants de 12 ans et plus). Les régions où nous observons les taux de victimisation les plus faibles

sont celles de Chaudière-Appalaches (187 cas pour 100 000 habitants de 12 ans et plus) et de l'Estrie (22 cas pour 100 000 habitants de 12 ans et plus). Pour cette année, le taux québécois moyen de victime de violence conjugale faite aux femmes est de 376 cas pour 100 000 habitants de 12 ans et plus.

Le cinquième objectif porte sur la prévention de **l'itinérance** à Montréal et à Québec et sur la réinsertion sociale des itinérants. À ce jour, nous dénombrons deux enquêtes réalisées sur la clientèle des ressources pour itinérants. Malheureusement, ces enquêtes ne nous permettent pas de tirer des conclusions sur l'évolution de ce problème.

Le sixième objectif vise à réduire de 15 % la **consommation d'alcool**, de 10 % la **consommation de médicaments psychotropes** chez les personnes âgées et chez les bénéficiaires de l'aide de dernier recours et à augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de **drogues illégales**. Concernant la consommation d'alcool, l'objectif de réduction est loin d'être atteint. En effet, nous observons depuis 1992 une augmentation du taux de personnes de plus de quinze ans qui déclarent boire plus de quatorze verres d'alcool par semaine, ainsi que l'augmentation depuis 1995 des ventes annuelles d'alcool par habitant en âge de consommer. De façon plus particulière, nous constatons que les buveurs de plus de quatorze verres par semaine sont principalement des hommes âgés de 20 à 64 ans. *L'Enquête sociale et de santé* de 1998 met en relief également que c'est à Québec et dans l'Estrie que l'on retrouve les plus grands consommateurs d'alcool au Québec. Dans la région Mauricie et Centre-du-Québec, nous retrouvons les consommateurs les plus modérés. Par ailleurs, en comparant les données des enquêtes de 1992 et de 1998, il en ressort une diminution importante du nombre de buveurs de quatorze verres et plus dans les régions de Lanaudière et de Laval.

Un autre indicateur d'une consommation élevée d'alcool est le fait d'avoir pris cinq consommations et plus en une même occasion au moins cinq fois au cours de l'année. Pour cet indicateur, c'est dans les régions du Nord-du-Québec (33,9 % de la population de 15 ans et plus), de la Côte-Nord (30,9 % de la population de 15 ans et plus), de l'Abitibi-Témiscamingue (30,6 % de la population de 15 ans et plus), de Québec (28,0 % de la population de 15 ans et plus) et du Saguenay-Lac-Saint-Jean (27,3 % de la population de 15 ans et plus) que nous observons les taux les plus élevés. Les taux les plus bas sont observés dans les régions de Laval (19,6 % de la population de 15 ans et plus), de la Mauricie et Centre-du-Québec (20,2 % de la population de 15 ans et plus) et de Montréal-Centre (20,6 % de la population de 15 ans et plus). La moyenne québécoise se situe à 23,2 % des Québécoises et des Québécois de 15 ans et plus.

Pour ce qui est de la consommation de médicaments psychotropes, la tendance est également à la hausse chez les prestataires de l'assistance-emploi et les personnes âgées. Le nombre moyen annuel d'ordonnances pour des médicaments psychotropes a doublé chez les prestataires de l'assistance-emploi. Ce phénomène est particulièrement

marquant dans les régions de Chaudière-Appalaches et de Québec (plus de 1,5 ordonnances par prestataire) ; il l'est moins dans le Nord-du-Québec (moins de 0,5 ordonnance par prestataire). Le nombre de prestataires consommant des psychotropes a augmenté de façon continue (hausse de 50 %). En 1999, un prestataire sur sept en consommait. Ce sont les femmes de 45 à 54 ans et de 65 à 69 ans qui viennent en tête. Les hommes consomment davantage de psychotropes que les femmes aux deux extrémités de la vie (avant 15 et après 85 ans). Le nombre moyen d'ordonnances de psychotropes a également augmenté chez les personnes âgées entre 1992 et 1998. Il existe des variations régionales. Ainsi, c'est dans les régions de Québec, de l'Outaouais et du Saguenay-Lac-Saint-Jean que le nombre d'ordonnances est le plus élevé, plus de 0,9 ordonnance par personne de 65 ans et plus, alors que dans le Nord-du-Québec, il est de beaucoup inférieur à la moyenne québécoise qui est légèrement inférieure à 0,8 ordonnances par personne âgée. De 1993 à 1999, le taux de personnes âgées consommant des psychotropes a augmenté progressivement. En 1999, il s'agissait d'une personne âgée sur huit. Les femmes âgées de 65 à 69 ans sont presque deux fois plus nombreuses que les hommes à en consommer.

Le septième objectif vise à réduire à moins de 5 % les **naissances prématurées**, à moins de 4 % les **naissances de bébés de poids insuffisant**, ainsi qu'à diminuer l'incidence des anomalies congénitales ou génétiques. Nous constatons que le taux de naissances prématurées est en hausse constante depuis 1979. Les femmes de moins de 20 ans et de plus de 35 ans sont les plus à risque. Pour la période 1994-1998, toutes les régions du Québec, à l'exception des régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James, ont plus de 6,8 % de naissances prématurées. Depuis 1996, ce taux est d'environ 8 % dans trois régions : Nunavik (12 %), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (près de 9 %) et Côte-Nord (près de 8 %). Par ailleurs, nous observons une décroissance du pourcentage de naissances de bébés de faible poids entre 1975 et 1993. Depuis 1994, cette baisse s'est arrêtée autour de 6 %, alors que l'objectif de la Politique est fixé à 4 %. Tout comme pour les prématurés, ce sont les femmes de moins de 20 ans et de plus de 35 ans qui sont les plus susceptibles de mettre au monde des bébés de faible poids. Les régions les plus touchées par ce problème sont la Côte-Nord (7,1 %), l'Estrie (6,4 %) et Montréal-Centre (6,1 %). La région la moins touchée est celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James (2,9 %).

Le huitième objectif vise à réduire de 30 % la mortalité résultant de **maladies cardio-vasculaires**. L'examen du taux de mortalité lié aux maladies cardio-vasculaires nous apprend que l'objectif de réduction est presque atteint (258 pour 100 000 habitants), mais qu'il y a eu un certain essoufflement au cours des dernières années. Par ailleurs, les hommes sont davantage victimes de maladies cardio-vasculaires que les femmes. Finalement, le taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires est très élevé dans les régions du Nunavik (439 cas pour 100 000 habitants), de l'Abitibi-Témiscamingue (287 cas pour 100 000 habitants), de l'Outaouais (284 cas pour 100 000 habitants), des Laurentides (282 cas pour

100 000 habitants) et de la Montérégie (271 cas pour 100 000 habitants). Il est plus bas dans les régions de Laval (238 cas pour 100 000 habitants), de Chaudière-Appalaches (244 cas pour 100 000 habitants) et de Québec (246 cas pour 100 000 habitants). La moyenne québécoise est de 258 cas pour 100 000 habitants.

Le neuvième objectif fixé est la stabilisation du taux de mortalité causée par le **cancer du poumon** et la réduction de 15 % de la mortalité résultant du **cancer du sein**. Au cours de la dernière décennie, le taux de mortalité par cancer du poumon s'est stabilisé. Toutefois, il n'en demeure pas moins qu'il s'agissait du type de cancer le plus meurtrier en 1998. Le taux de mortalité causée par le cancer du poumon tend à croître lorsque les personnes avancent en âge. Chez les personnes de moins de 50 ans, les femmes sont maintenant plus touchées par ce problème que les hommes. Chez les plus de 50 ans, c'est le contraire ; les hommes en sont les principales victimes. Au cours de la période 1994-1998, les régions où l'on observe les plus hauts taux de mortalité en raison du cancer du poumon sont le Nunavik (197 cas pour 100 000 habitants), le Nord-du-Québec (142 cas pour 100 000 habitants), la Côte-Nord (96 cas pour 100 000 habitants), l'Abitibi-Témiscamingue (83 cas pour 100 000 habitants), Lanaudière (79 cas pour 100 000 habitants), le Saguenay-Lac-Saint-Jean (77 cas pour 100 000 habitants) et les Laurentides (73 cas pour 100 000 habitants). La moyenne québécoise est alors de 65 cas pour 100 000 habitants. *L'Enquête sociale et de santé* de 1998 s'est intéressée à une des causes réputées du cancer du poumon : le tabagisme. Il en ressort les éléments suivants : 1) les jeunes de 15 à 19 ans des deux sexes fument dans des proportions semblables ; 2) chez les 20 à 24 ans, les hommes fument dans une proportion beaucoup plus importante que les femmes ; 3) 77 % des personnes de plus de 15 ans qui fument appartiennent à la classe moyenne et supérieure.

Le taux de mortalité associé au cancer du sein est demeuré sensiblement le même (32 décès pour 100 000 habitants). Ce type de cancer se manifeste à partir de 25 à 29 ans et les risques qui y sont associés croissent de façon continue à mesure que les femmes avancent en âge. La région des Terres-Cries-de-la-Baie-James est la plus touchée par ce problème, avec 52 décès pour 100 000 habitants.

Le dixième objectif vise à réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux **traumatismes**. Dans un premier temps, nous notons une diminution marquée du taux de mortalité suivant un traumatisme non intentionnel. En y regardant de plus près, nous constatons une réduction importante de la mortalité (plus de 30 %) et de la morbidité (plus de 20 %) dues aux accidents impliquant un véhicule à moteur. En 1998, les hommes étaient cinq fois plus susceptibles de mourir dans un accident routier ou d'être hospitalisés pour ce type d'accident que les femmes. Les hommes de 15 à 24 ans et ceux de plus de 75 ans sont les plus à risque. Pour la période 1994-1998, les régions les plus urbanisées (Montréal-Centre, Laval et Québec) comptent le moins de décès sur la route, soit en moyenne un peu moins de 6 décès pour 100 000

habitants. C'est au Nunavik (25 cas pour 100 000 habitants), dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James (24,2 cas pour 100 000 habitants), sur la Côte-Nord (20,4 cas pour 100 000 habitants), en Chaudière-Appalaches (20,7 cas pour 100 000 habitants) et dans le Bas-Saint-Laurent (19,8 cas pour 100 000 habitants) que le taux de mortalité lors d'un accident impliquant un véhicule à moteur est le plus élevé. La moyenne québécoise est de 10,4 décès pour 100 000 habitants.

Si l'objectif est atteint pour les traumatismes routiers, nous ne pouvons pas en dire autant pour les autres types de traumatismes. Les cas de traumatismes qui se produisent à domicile¹⁴ ont diminué d'environ 10 %. Ce sont des personnes de toutes les catégories d'âge qui meurent à domicile des suites d'un traumatisme. Cependant, c'est vers l'âge de 75 ans que l'on compte le plus de victimes. Considérant tous les groupes d'âge, la probabilité de décès en raison d'un traumatisme à domicile est plus forte pour un homme que pour une femme. C'est au Nord-du-Québec (près de 50 décès pour 100 000 habitants) et au Nunavik (plus de 35 décès pour 100 000 habitants) que le taux de mortalité à la suite d'un traumatisme à domicile est le plus élevé. La moyenne québécoise se situe aux environs d'une quinzaine de décès pour 100 000 habitants. C'est chez les hommes de 64 ans et moins que l'on retrouve le taux le plus élevé d'hospitalisation résultant d'un traumatisme à domicile; passé cet âge, ce sont les femmes qui sont les plus touchées. Les régions les plus concernées par ce problème, pour la période 1998-2000, sont le Nord-du-Québec (environ 1 250 cas pour 100 000 habitants), le Nunavik (environ 1 250 cas pour 100 000 habitants), l'Abitibi-Témiscamingue (1 000 cas pour 100 000 habitants) et la Mauricie et le Centre-du-Québec (un peu moins de 1 000 cas pour 100 000 habitants); Montréal et Laval sont les moins touchées, avec moins de 600 cas pour 100 000 habitants.

Pour ce qui est des lésions professionnelles et des blessures sportives, la diminution est de moins de 5 %. Concernant les lésions professionnelles, l'introduction, en 1990, d'un nouveau modèle de tarification des employeurs semble avoir un lien avec la sous-déclaration des lésions professionnelles, qui étaient jusque-là indemnisées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Cette remarque apportée, nous observons que les régions ayant les plus hauts taux de lésions professionnelles pour la période 1997-1999 sont Chaudière-Appalaches et l'Estrie avec plus de 5 cas pour 100 personnes occupées; l'Outaouais vient en dernier lieu avec un peu plus de 2 cas pour 100 personnes. La moyenne québécoise se situe à un peu plus de 4 cas pour 100 personnes occupées. Par ailleurs, en matière de blessures sportives, les hommes sont trois fois plus victimes de ce genre de traumatisme que les femmes. Les jeunes de 15 à 24 ans en sont les principales victimes. Il semble que les régions éloignées et intermédiaires soient plus touchées par ce problème que les régions centrales urbanisées.

Le onzième objectif porte sur la réduction **des maux de dos, de l'arthrite et des rhumatismes**. Les données recueillies montrent que la situation s'est quelque peu détériorée. *L'Enquête sociale et de santé* nous apprend qu'il y a eu augmentation de la prévalence des maux de dos ou de la colonne de 1987 à 1998, augmentation qui est observable tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, nous remarquons que les femmes semblent légèrement plus touchées par ce problème que les hommes. En consultant les données sur le nombre de journées au cours desquelles une personne est incapable ou restreinte dans l'accomplissement de ses activités habituelles, nous observons une augmentation du temps d'incapacité. Les maux de dos prennent de l'ampleur pour les groupes d'âge entre 25 et 49 ans. Ils deviennent plus critiques entre 45 et 64 ans. La région la plus touchée par ce problème est le Bas-Saint-Laurent, 12,9 % des habitants de cette région étant aux prises avec ce problème alors que la moyenne provinciale est de 10,2 %.

Nous constatons également une augmentation de la prévalence de l'arthrite et des rhumatismes entre 1987 et 1998. Les femmes sont un peu plus concernées par ce problème que les hommes. La région la plus touchée par ce problème est Montréal-Centre avec 14,1 % de sa population, la moyenne québécoise étant de 11,8 %.

Le douzième objectif vise à réduire de 10 % la mortalité due aux **maladies respiratoires**. L'objectif est loin d'être atteint, puisque depuis 1981 la situation ne cesse de s'aggraver. En 1998, les maladies du système respiratoire sont une cause importante de mortalité au Québec. La consultation des indicateurs de la Politique nous révèle que la mortalité due aux problèmes respiratoires double en importance tous les cinq ans d'âge, à partir de l'âge de 35 ans. Par ailleurs, nous apprenons qu'à compter de 60 ans il existe un écart important entre les sexes, les hommes étant alors plus atteints. Finalement, des écarts régionaux sont observables pour la période allant de 1994 à 1998. Le problème est plus critique dans les régions du Nunavik (350,8 décès pour 100 000 habitants), des Terres-Cries-de-la-Baie-James (178 décès pour 100 000 habitants), de l'Abitibi-Témiscamingue (90,7 décès pour 100 000 habitants), du Nord-du-Québec (84,4 décès pour 100 000 habitants), de Lanaudière (84,3 décès pour 100 000 habitants), du Saguenay-Lac-Saint-Jean (75,5 décès pour 100 000 habitants) et des Laurentides (73,5 décès pour 100 000 habitants). Les régions de Laval (54,1 décès pour 100 000 habitants) et de Montréal-Centre (61,5 décès pour 100 000 habitants) sont les moins touchées, la moyenne québécoise se situant à 65,6 décès pour 100 000 habitants.

Le treizième objectif vise à réduire l'incidence du virus **du sida et des maladies transmissibles sexuellement** et à stabiliser les **infections résistant aux antibiotiques classiques**. Les données dont nous disposons nous permettent de constater que l'objectif est atteint pour le sida et les MTS. Le taux de déclaration de nouveaux cas de sida a plafonné entre 1989 et 1996 pour ensuite accuser une baisse spectaculaire. Le sida est un problème plus fréquent chez les hommes, particulièrement chez les 30 à 59 ans. Les femmes atteintes ont surtout entre 30 et 44

ans. La région de Montréal est de loin la région la plus touchée par ce problème. L'objectif est également atteint dans le cas des MTS. Par ailleurs, deux fois plus de femmes que d'hommes en sont atteintes. Le groupe d'âge le plus à risque est celui des 15 à 24 ans. Les régions les plus touchées par ce problème sont le Nunavik (près de 3 000 cas pour 100 000 habitants) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (près de 1 000 cas pour 100 000 habitants). En terminant, soulignons l'augmentation de l'incidence de la chlamydie et de la gonorrhée au cours des dernières années.

Le quatorzième objectif a pour objet l'élimination et la réduction du nombre de cas de certaines **maladies infectieuses**. L'objectif d'éliminer totalement les maladies comme la rougeole, la rubéole, la diphtérie, le tétanos, les oreillons et la poliomyélite est à toutes fins pratiques atteint. Les résultats sont également positifs pour ce qui est de la réduction du nombre de cas d'influenza de type B. De façon générale, ce sont les moins de cinq ans qui sont les plus susceptibles de contracter cette maladie. Pour la période 1998-2000, les régions de Lanaudière et de l'Estrie sont de loin les plus aux prises avec ce problème avec plus de 0,9 cas pour 100 000 habitants alors que la moyenne provinciale est d'un peu plus de 0,2 cas. Par ailleurs, nous remarquons qu'en Abitibi-Témiscamingue le nombre de nouveaux cas déclarés a diminué de moitié au cours des six dernières années.

Seule la coqueluche continue de préoccuper les autorités, particulièrement dans la région du Bas-Saint-Laurent, qui a connu un taux beaucoup plus élevé que toutes les autres régions du Québec au cours de cinq dernières années, soit de 133,5 cas pour 100 000 habitants alors que la moyenne provinciale est de 36,8 cas.

Le quinzième objectif concerne la **santé dentaire** des enfants et des adultes. Il vise à réduire de 50 % le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de 6 à 12 ans et à abaisser à moins de 5 % le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans. Nous ne disposons pas de données récentes sur la santé dentaire des adultes. Pour ce qui est de celle des enfants, nous observons que, pour la dentition primaire, l'objectif est presque atteint, alors qu'il l'est entièrement dans le cas de la dentition permanente. En 1996-1997, les enfants du Saguenay-Lac-Saint-Jean sont ceux qui, au Québec, ont la moins bonne dentition primaire en sixième année. Leur indice de surfaces de dents cariées, absentes ou obstruées est de 2,6 alors que l'indice québécois moyen est de 1,9. Dans le cas de la dentition permanente, ce sont les enfants de sixième année du Nord-du-Québec (5,5), de la Côte-Nord (4,3), du Saguenay-Lac-Saint-Jean (3,9) et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (3,9) qui obtiennent les moins bons résultats, la moyenne québécoise se situant à 3,1. Si nous considérons les deux types de dentition, c'est donc au Saguenay-Lac-Saint-Jean que la santé dentaire des enfants est la moins bonne.

Le seizième objectif vise la diminution des problèmes de **santé mentale**. Nous observons une diminution de la détresse psychologique chez les personnes âgées de 15 ans et plus. Selon l'enquête, 20 % de la population québécoise de 15 ans et plus se classe dans la catégorie

élevée de l'indice de détresse psychologique. Les femmes en souffrent davantage que les hommes. Un peu plus d'un jeune de 15 à 24 ans sur quatre souffre de détresse psychologique, alors que la proportion chez les personnes âgées de 65 ans et plus est de un sur dix. Entre 1992 et 1998, la situation s'est améliorée dans toutes les régions du Québec. En 1998, Laval (23,4 % de la population) et Québec (22,8 % de la population) connaissent le niveau de détresse le plus élevé, alors que le Nord-du-Québec (16,5 % de la population) est la région la moins touchée, la moyenne québécoise étant de 20,1 %.

De plus, l'*Enquête sociale et de santé* la plus récente soulève des interrogations concernant la perception qu'ont les Québécois de leur propre santé mentale. Chez les plus de 15 ans, 8 % d'entre eux estiment que leur santé mentale est moyenne ou mauvaise. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à porter ce jugement. Les jeunes de 15 à 24 ans, sexes confondus, considèrent également qu'ils sont en moins bonne santé que leurs aînés.

Le dix-septième objectif vise la réduction du nombre de **tentatives de suicide et de suicides**. En cette matière, le bilan québécois n'est guère reluisant. Au cours de la dernière décennie, la situation n'a pas cessé de se détériorer. Depuis 1983, nous observons une augmentation quasi continue du taux d'hospitalisation pour tentative de suicide au Québec. Les femmes de 15 à 19 ans et de 35 à 44 ans sont les plus souvent hospitalisées pour cette raison. Les régions de Laval et de Montréal sont celles où le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est le plus faible (moins de 50 cas pour 100 000 habitants), alors que le Nunavik (plus de 200 cas pour 100 000 habitants) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (près de 100 cas pour 100 000 habitants) sont les plus touchées. La proportion de personnes présentant des idées suicidaires sérieuses est en hausse constante depuis 1987. Par ailleurs, nous observons une augmentation du taux de suicide au Québec dans tous les groupes d'âge. Ce taux est plus élevé chez les hommes (29,3 cas sur 100 000) que chez les femmes (8,4 cas sur 100 000). Pour la période 1994-1998, nous constatons que treize régions se situent au-dessus de la moyenne québécoise qui est de 19,1 cas pour 100 000 habitants. Les régions les plus touchées sont le Nunavik (70,7 cas pour 100 000 habitants), l'Abitibi-Témiscamingue (28,2 cas pour 100 000 habitants), Chaudière-Appalaches (26,3 cas pour 100 000 habitants), Mauricie et Centre-du-Québec (23,6 cas pour 100 000 habitants) et Québec (23,2 cas pour 100 000 habitants). Montréal-Centre (14, 8 cas pour 100 000 habitants) et la Montérégie (15,7 cas pour 100 000 habitants) sont celles où on dénombre le moins de suicides.

Le dix-huitième objectif vise à réduire les obstacles à l'**intégration sociale des personnes âgées**. L'examen de l'indicateur utilisé par le Ministère pour assurer le suivi de cet objectif, soit l'indice de soutien social, nous apprend que, généralement, plus les personnes vieillissent, plus leur niveau de soutien social diminue. Jusqu'à 65 ans, la proportion des hommes ayant un faible niveau de soutien social est plus élevée que celle des femmes. Cette situation s'inverse chez les personnes de 75 ans et plus. Il existe également des écarts régionaux ; en 1998, c'est dans les

régions de Lanaudière et de Laval que nous retrouvons la plus grande proportion de personnes âgées ayant un indice de soutien social faible soit près de 20 % d'entre elles, alors que la moyenne québécoise est d'environ 15 %. L'évolution se fait dans le sens souhaité. Toutefois, un bémol est amené : « tel que formulé, cet objectif sera difficile à atteindre. » (MSSS, 2001 : objectif 18).

Le dix-neuvième objectif a trait à la baisse du nombre de **situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités**. Les données concernant l'intégration des élèves handicapés dans les écoles publiques et les adultes handicapés au marché du travail font ressortir que des améliorations ont été apportées à cet effet. Pour ce qui est de l'intégration scolaire, en 2000, quatre enfants handicapés sur cinq sont intégrés à l'école publique. Il semble que les élèves des écoles primaires le sont dans une plus grande proportion (84 %) que ceux de l'école secondaire (73 %). En matière d'intégration au marché du travail, la situation s'est améliorée entre 1992 et 1998. En 1998, 36 % de la population handicapée participe au marché du travail, une amélioration d'environ 3 % si nous comparons avec les données de 1992. Ce sont les hommes qui ont davantage bénéficié de cette amélioration, car la situation des femmes handicapées a peu changé. Des écarts régionaux sont observables. Dans Lanaudière, près de 50 % des personnes handicapées travaillent, alors qu'en Maurice et Centre-du-Québec et en Abitibi-Témiscamingue il s'agit d'un taux inférieur à 25 %. La moyenne québécoise se situe aux environs de 35 %.

Écarts observés

L'étude de l'évolution des problèmes de santé et de bien-être qui précède montre que des écarts de santé et de bien-être subsistent entre les régions sociosanitaires québécoises, les hommes et les femmes et différents groupes d'âges. Si nous poussons davantage nos recherches sur la question, nous constatons, d'une part, que les régions ne sont pas homogènes et que des écarts sous-régionaux subsistent. D'autre part, des écarts sont également observés entre les différentes communautés culturelles. Voyons rapidement de quoi il en retourne lorsqu'il est question d'écarts régionaux et sous-régionaux ainsi que d'écarts entre les groupes (homme/femme et communautés culturelles).

Le Conseil n'a pas ici la prétention de faire une présentation exhaustive des écarts de santé et de bien-être existants. Son intention est plutôt d'illustrer ces différents écarts de façon à montrer leur importance.

1. Les écarts régionaux (Voir tableau page 49)

L'étude de l'évolution des problèmes nous a permis de constater que toutes les régions ne sont pas également touchées par ceux-ci. Certaines le sont plus que d'autres. Par exemple, dans le cas du suicide, nous avons constaté que la région du Nunavik affiche les plus forts taux de suicide et d'hospitalisation pour tentatives de suicide, alors que Montréal-Centre est celle qui affiche les meilleurs

taux. Lorsque nous comparons les régions entre elles, nous constatons que, pour l'ensemble des problèmes contenus dans la Politique les régions de Laval et de la Montérégie se démarquent avantageusement des autres régions sociosanitaires, à savoir qu'elles sont de loin les moins touchées par les problèmes contrairement au Saguenay-Lac-St-Jean, à l'Abitibi-Témiscamingue et à la Côte-Nord. Le manque de données nous empêche de considérer le Nord-du-Québec, le Nunavik et les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James dans cette comparaison.

L'étude régionale des problèmes de santé et de bien-être met en lumière la diminution d'une majorité de problèmes dans les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de l'Estrie, de Montréal-Centre, de l'Outaouais et de la Montérégie et par ailleurs l'aggravation d'une majorité de problèmes dans les régions de Québec, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de Chaudière-Appalaches, de Laval et des Laurentides. En ce qui a trait à la Côte-Nord et Lanaudière, nous notons une diminution d'un certain nombre de problèmes, mais il y en a tout autant qui se sont aggravés. Finalement, le manque de données nous empêche de classer les régions du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James dans l'une ou l'autre des catégories précédentes.

2. Les écarts intra-régionaux

Pour ce qui est des écarts intra-régionaux, les données consultées pour étudier l'évolution des problèmes de santé et de bien-être n'y font pas référence. Toutefois, nous ne pouvons nous tromper en affirmant que les territoires régionaux ne sont pas homogènes. Prenons pour exemple le cas de la région Montréal-Centre. En y regardant de plus près, nous constatons que l'espérance de vie à la naissance varie dans cette région selon les quartiers. On vit moins longtemps dans les quartiers du sud et de l'est de l'île que dans ceux de l'ouest (près de 11 ans). Les populations des quartiers du sud et de l'est de l'île meurent plus fréquemment par maladies de l'appareil circulatoire, par maladies de l'appareil respiratoire et par cancer que celles habitant les quartiers de l'ouest de l'île.

Si nous prenions le temps de regarder de plus près chacune des régions sociosanitaires, nous apercevriions que les différentes régions régionales ont fait des constats similaires sur l'existence d'écarts quant à l'espérance de vie et à la prévalence des problèmes de santé et de bien-être.

3. Les écarts entre les groupes

L'étude de l'évolution des problèmes de santé et de bien-être nous a également permis de constater que des écarts persistent entre les hommes et les femmes pour certains problèmes. Par exemple, les taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires, par suicide et par traumatismes routiers sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Par contre, les femmes sont, entre autres, plus touchées que les hommes par les problèmes d'arthrite, de rhumatisme et par les maladies transmissibles sexuellement. De plus, elles affichent un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide plus élevé que celui des hommes.

Des écarts sont également observables entre les différents groupes d'âge pour certains problèmes. Ainsi, les femmes de 45-54 ans et de 65-69 ans prestataires de l'assistance-emploi consomment davantage de psychotropes que les autres prestataires de l'assistance emploi. Par ailleurs, les femmes de moins de 20 ans et celles de plus de 35 ans sont les plus à risque dans les cas de naissances prématurées et de naissances de bébés de faible poids. Entre outre, les hommes de 15 à 24 ans et ceux de plus de 75 ans affichent les pires taux dans le cas des traumatismes routiers.

Des écarts de santé sont également observables entre les communautés culturelles. Ainsi, les données étudiées montrent que les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James affichent un bilan de santé plutôt sombre. Ce constat nous conduit à nous questionner davantage sur l'état de santé des populations autochtones. Selon des données du gouvernement fédéral, les peuples des Premières Nations ont une espérance de vie inférieure de six ans à la moyenne canadienne. En nous référant à un des documents produits pour amorcer les travaux de la Commission Clair¹⁵, nous constatons que, pour la période 1993-1997, l'espérance de vie à la naissance des hommes du Nunavik (63,2 ans) est de onze ans inférieure à l'espérance de vie moyenne des hommes du Québec (74,5 ans). Par ailleurs, le taux de mortalité infantile est quasiment le double de celui observé chez les populations non autochtones.

De façon plus particulière, nous observons que là où il y a concentration de populations autochtones, les taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire et cancer sont, toutes proportions gardées, entre une fois et demie et trois fois plus élevés. Les taux de mortalité par traumatisme et par suicide sont également très élevés chez les peuples des Premières Nations, jusqu'à cinq fois plus élevés. Les maladies chroniques, telles le diabète, l'hypertension et l'arthrite, étaient quant à elles de deux à trois fois plus fréquentes chez les peuples des Premières Nations, en 1997. Enfin, nous observons chez les populations autochtones des taux importants d'infections par maladies transmissibles sexuellement.

Ce que l'on retient de l'évolution des problèmes de santé et de bien-être

L'étude de l'évolution des problèmes de santé et de bien-être contenus dans la Politique de 1992 nous apprend que ces derniers n'ont pas tous évolué de la même façon au cours de la dernière décennie.

Aucun des objectifs fixés en adaptation sociale n'a été atteint, mais rappelons cependant que nous ne disposons pas d'information sur l'itinérance. Dans les faits, nous observons une aggravation des problèmes d'adaptation sociale.

Certains objectifs fixés en santé physique sont atteints. C'est le cas de la réduction de la mortalité par traumatismes routiers et par cancer du poumon. Nous constatons que d'autres objectifs sont presque atteints, comme la réduction de la mortalité par maladies cardiovasculaires, ou qu'il y a amélioration de la situation pour les problèmes de périnatalité, de cancer du sein et des traumatismes à domicile et professionnels. Cependant, les problèmes de dos, d'arthrite et de rhumatismes et la mortalité associée aux maladies respiratoires augmentent.

De façon générale, les objectifs fixés en santé publique ont été atteints, sauf celui de la réduction du nombre de cas de coqueluche à moins de 100 par année.

L'examen des objectifs du programme de santé mentale nous apprend qu'ils n'ont pas tous été atteints. Nous constatons une importante augmentation du nombre de tentatives de suicide et de suicides dans la société québécoise.

En outre, l'objectif a été atteint pour les personnes ayant des incapacités et, quant à l'intégration sociale des personnes âgées, la situation s'est légèrement améliorée.

Des écarts subsistent entre les régions du Québec, les sous-régions et les territoires, les hommes et les femmes, les groupes d'âge et les communautés culturelles quant à l'importance de certains problèmes de santé et de bien-être.

Finalement, l'étude que nous avons fait de l'évolution des problèmes de santé et de bien-être nous a permis de constater que certains problèmes de santé et de bien-être sont en progression au Québec. C'est le cas du diabète, des maladies respiratoires, des maux de dos, du suicide, de la violence (enfants, femmes et personnes âgées), des troubles de comportement chez les enfants et les adolescents, et des troubles mentaux (plus particulièrement en milieu de travail).

C Les réalisations régionales en lien avec la Politique de la santé et du bien-être de 1992

Dans cette partie, nous brossons le portrait des réalisations régionales en regard de la Politique de la santé et du bien-être. À la lumière des rapports annuels des régies régionales de la santé et des services sociaux (1994-1995 à 1999-2000) ainsi que des entrevues individuelles et collectives réalisées auprès d'informateurs provenant de ces mêmes régies, principalement issus du secteur de la santé publique, nous tentons de faire ressortir des éléments liés aux fondements, au contenu et aux conditions de mise en œuvre de la Politique de 1992. En terminant, nous faisons ressortir les principales forces et faiblesses de la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être.

Fondements

La Politique de la santé et du bien-être se fonde sur une nouvelle façon de concevoir la santé et le bien-être. Elle affirme que la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu. Cela étant, « le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective » (La Politique, 1992 : 11). Il semble que les populations des régions se soient relativement approprié cette nouvelle conception de la santé et du bien-être au moment du choix des priorités régionales. Elles ont pris conscience de leur état de santé et de leur part de responsabilités face à leur environnement. Elles ont identifié leurs problèmes de santé et de bien-être. Par la suite, elles ont pu cibler leurs priorités.

De plus, la Politique oriente le système vers des objectifs de résultats. Dans chacune des régions, au terme d'un important processus de consultation, des priorités régionales ont été retenues. Ces dernières se traduisent par des objectifs portant sur la santé, les services, les ressources, les stratégies, le rôle des acteurs ou encore sur la transformation des pratiques. Un effort considérable a été fait pour définir des priorités régionales. Toutefois, nous constatons qu'elles ont plus orienté les activités de prévention et les services sociaux que les services de santé. De plus, il existe un important problème d'arrimage entre les priorités régionales et les priorités nationales.

Contenu

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la Politique de 1992 identifie dix-neuf problèmes de santé et de bien-être et propose six stratégies d'action permettant d'améliorer la santé et le bien-être de la population et de réduire les écarts de santé pour l'ensemble de ces problèmes. Que retenons-nous du traitement régional des problèmes et des stratégies contenus dans la Politique ?

Les problèmes

Il ressort des rapports annuels des régions régionales de la santé et des services sociaux que les régions ont retenu, au moment des consultations, entre cinq et dix-neuf des problèmes de santé et de bien-être présentés dans la Politique. Les priorités les plus souvent retenues par les régions sont les abus, la négligence et la violence à l'endroit des enfants, la violence faite aux femmes, les toxicomanies, la santé mentale, le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Étant aux prises avec la majorité des problèmes mentionnés dans la Politique, les régions régionales se sont penchées sur seize des dix-neuf objectifs contenus dans la Politique, soit la violence, la négligence et les abus à l'endroit des enfants, les troubles de comportement chez les enfants et les adolescents, la délinquance, la violence faite aux femmes, l'alcool et la toxicomanie, les bébés de poids insuffisant et les bébés prématurés, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les traumatismes, les MTS et le sida, les maladies infectieuses,

la santé mentale, le suicide, l'intégration des personnes âgées et l'intégration des personnes handicapées. Les régions ont consacré peu de temps aux problèmes suivants : l'itinérance, les maladies respiratoires, les maux de dos, l'arthrite et les rhumatismes. Bien qu'ils ne soient pas considérés comme étant prioritaires dans la majorité des régions du Québec, ces problèmes ont quand même fait l'objet de quelques interventions. Ainsi constatons-nous que l'itinérance est entre autres abordée dans les travaux portant sur la santé mentale. De même, certaines régions travaillant sur le dossier de la qualité de l'air traitent des maladies respiratoires. Il est aussi parfois question de rhumatisme et d'arthrite dans les interventions pour les personnes âgées.

En lien avec les priorités régionales, les régions ont développé des services de différentes natures, comme la prévention, la formation, le soutien, la protection, la réadaptation, l'hébergement. Elles ont également élaboré des outils tels que des plans régionaux d'organisation de services, des campagnes d'information, des plans d'action régionaux, des cadres de référence et des programmes. De plus, toutes les régions ont réalisé des études, des enquêtes, des bilans et des évaluations. Les problèmes ayant suscité le plus grand nombre d'études sont la santé mentale, l'intégration sociale des personnes âgées, les bébés de poids insuffisant, la violence faite aux enfants, l'alcoolisme et la toxicomanie, les MTS et le sida. Les rapports annuels font mention de quelques évaluations portant sur l'efficacité des interventions. Notons celles qui concernent la prévention des traumatismes à domicile pour les enfants, l'organisation des soins et des services en traumatologie (régions 01 et 16), l'efficacité du programme *Naître égaux et grandir en santé* (région 08) et le programme de prévention des chutes chez les personnes âgées (régions 05). Finalement, les régions régionales ont également créé des mécanismes de coordination, appelés comités régionaux, tables de concertation et commissions régionales. Ceux-ci ont permis le développement de partenariats entre des acteurs de différents secteurs (éducation, économie, sécurité publique, etc.).

L'élaboration d'orientations provinciales favorise la mise en oeuvre d'actions. Le programme de dépistage du cancer du sein, le plan d'action face au suicide, les programmes fédéraux et provinciaux en regard du développement des jeunes et du soutien au rôle parental sont des exemples à cet effet.

Les stratégies

De façon générale, les régions ont repris les stratégies d'action contenues dans la Politique de 1992 ; elles en ont parfois ajouté. Les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec¹⁶, de l'Estrie¹⁷ et de Laval¹⁸ ont pour leur part développé leurs propres stratégies. L'étude des stratégies est rendue difficile par le fait que les rapports annuels n'en font pas directement mention. Elles sont intégrées aux différents programmes et objectifs de santé et de bien-être. Nous avons donc extrait des rapports annuels les interventions en lien avec les stratégies d'action telles qu'elles sont présentées dans la Politique de la santé et du bien-être. Que retenons-nous pour chacune d'elles ?

■ Favoriser le renforcement du potentiel des personnes

Trois composantes des capacités personnelles sont indiquées dans la Politique : les facteurs biologiques, les habitudes de vie et les capacités psychologiques et sociales. La lecture des rapports annuels nous apprend que les régions ont principalement travaillé sur les deux dernières composantes. Pour ce qui est des habitudes de vie, beaucoup d'efforts ont été faits pour promouvoir l'activité physique, des comportements sexuels responsables ainsi qu'une saine alimentation. De plus, plusieurs interventions ont visé à prévenir et à lutter contre le tabagisme. En ce qui a trait aux capacités psychologiques, nous remarquons qu'une très grande majorité de régions ont instauré des services de soutien au développement des compétences parentales, plusieurs accordant une attention particulière à l'engagement paternel. Par ailleurs, en matière de développement des capacités des personnes qui vivent des handicaps, nous constatons que les régions ont opté pour des services de réadaptation, d'interprétariat, de répit-dépannage et de soutien aux familles. Il est peu question de mesures de réinsertion sociale.

■ Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires

La Politique traite de trois milieux de vie : familial, scolaire et de travail. Relativement aux objectifs concernant les enfants (abus, négligence, violence et troubles de comportement), la violence faite aux femmes, la santé mentale et l'intégration sociale des personnes âgées, des plans d'action, des projets et des services (ex. : répit-dépannage) ont été mis en place dans la très grande majorité des régions sociosanitaires pour améliorer le milieu de vie familial. Beaucoup d'efforts ont également été consacrés à la question de la santé en milieu de travail. Les régions se sont principalement intéressées aux conditions de travail des travailleuses enceintes, aux lésions professionnelles et aux facteurs de risque pour la santé en milieu de travail (ex. : gestes répétitifs). La collaboration des intervenants du milieu scolaire en regard des objectifs portant sur les problèmes propres aux enfants, la toxicomanie et l'alcoolisme, la santé mentale, les maladies transmissibles, les MTS et le sida a pu contribuer à l'amélioration du climat scolaire.

En ce qui a trait à l'environnement, la majorité des régions sociosanitaires ont réalisé de nombreuses interventions en lien avec la qualité de l'eau et de l'air. De plus, les problèmes propres à certaines régions, comme l'exposition au bioxyde de soufre au Témiscamingue, ont conduit les régions à effectuer des études et introduire des interventions particulières.

■ Améliorer les conditions de vie

La plupart des régions se sont penchées sur la question de la pauvreté. Des projets pour lutter contre la pauvreté (ex. : cuisines collectives, banques alimentaires) et pour augmenter l'employabilité de certains groupes d'individus, comme les jeunes assistés sociaux, ont été mis en place. Les démarches entreprises dans certaines régions lors des travaux du Forum sur le développement social ont permis

de réaffirmer l'importance des conditions de vie quant à la santé et au bien-être des individus.

■ Agir pour et avec les groupes vulnérables

Les régions ne semblent pas avoir retenu une approche par clientèles ou par groupes vulnérables. Elles ont plutôt adopté une approche par programmes et par problèmes de santé et de bien-être. Toutefois, nous constatons que, si, dans une région, des problèmes semblent toucher plus particulièrement certains groupes, les régions mettent alors sur pied des projets et des services pour ces derniers. Cela est particulièrement vrai pour les objectifs en matière de violence, de périnatalité, d'alcoolisme et de toxicomanie. Les régions régionales financent également, par l'entremise du programme Soutien aux organismes communautaires (SOC), des organismes communautaires dont les actions visent à se rapprocher des groupes vulnérables.

■ Harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être

Telle qu'elle est présentée dans la Politique, cette stratégie concerne deux niveaux d'action : la coordination des politiques publiques nationales et le développement du dynamisme local et régional. Évidemment, les rapports annuels ne nous apprennent rien sur la coordination des politiques au palier national. Il en va tout autrement pour le développement du dynamisme régional et local. La Politique contient trois éléments de dynamisme. Au palier local, il est question d'initiatives telles le réseau *Villes et Villages en santé* et le soutien aux organismes communautaires. Les rapports annuels rendent compte d'une présence active du mouvement *Villes et Villages en santé* dans plus de la moitié des régions. De plus, l'étude des subventions attribuées dans le cadre du programme SOC permet de constater que les budgets accordés aux organismes communautaires ont considérablement augmenté dans les différentes régions du Québec au cours de la période étudiée. Le développement d'un dynamisme au palier régional passe par l'action intersectorielle. La mise en place de comités régionaux et de tables de concertation en lien avec des objectifs de la Politique a permis d'établir de nombreux partenariats entre des acteurs issus de différents secteurs. Les principaux partenaires sont les CLSC, le milieu scolaire (écoles, commissions scolaires), le monde municipal, les policiers, les organismes communautaires et les entreprises.

■ Orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses

Nous constatons que, de façon générale, les régions présentent leurs interventions selon les cinq champs déterminés par le Ministère, soit l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale et l'intégration sociale. En outre, des efforts ont été faits pour accroître les activités et les services de prévention et de promotion de la santé. Par ailleurs, nous remarquons, dans les dernières années étudiées, une certaine tendance des régions à mettre sur pied des réseaux intégrés multisectoriels, afin de couvrir les différentes facettes d'un même problème, ce qui va dans le sens de la Politique.

Toutefois, les régions ont effectué peu d'évaluations de leurs interventions, ce qui aurait permis de cerner les plus efficaces.

Certains ont déploré le faible intérêt accordé aux objectifs portant sur l'organisation des services de santé et des services sociaux dans la Politique de 1992. À leur avis, il importe qu'une telle Politique accorde plus d'attention à ce type d'objectifs.

Concernant les ressources, force nous est de constater que le secteur de la santé physique est toujours celui à qui la plus grande part est allouée. Si nous incluons au programme de santé physique les coûts des programmes administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, nous obtenons plus de 60 % des dépenses québécoises en matière de services de santé et de services sociaux en 1999-2000, soit environ la même proportion qu'en 1994-1995. En regardant d'un peu plus près les dépenses selon les programmes-clientèles, nous remarquons que les programmes dont l'allocation budgétaire a été augmentée entre 1994-1995 et 1999-2000 sont, dans l'ordre, la santé publique, l'alcoolisme et la toxicomanie, les services aux femmes et conjoints violents et la déficience physique. Les ressources budgétaires accordées pour certains programmes sont demeurées sensiblement les mêmes malgré le fait que les régions aient jugé prioritaires les problèmes associés à ces programmes. C'est le cas des programmes suivants : jeunes et famille, et santé mentale. Par ailleurs, la proportion relative des dépenses québécoises par programmes-clientèles est demeurée sensiblement la même au cours de la période étudiée. Finalement, l'étude du programme de soutien aux organismes communautaires fait ressortir que la proportion des dépenses régionales associées au financement des organismes communautaires a doublé entre 1994-1995 et 1999-2000, passant de 0,57 % des dépenses régionales totales à 1,11 %¹⁹.

Conditions de mise en œuvre

Pour que la Politique de la santé et du bien-être donne les résultats escomptés, certaines conditions doivent être présentes au moment de sa mise en œuvre. Nous en avons identifié cinq : la participation des communautés locales et régionales, la mobilisation des acteurs du réseau, une cohérence entre les objectifs poursuivis et l'allocation des ressources, le développement d'actions intersectorielles et l'introduction d'un système d'évaluation et de reddition de comptes.

■ *Participation des communautés locales et régionales*

Au moment du choix des priorités régionales, les communautés locales et régionales se sont mobilisées. Elles ont pris connaissance de leur état de santé et cela les a conduites à s'approprier certains des objectifs contenus dans la Politique de la santé et du bien-être. Cette prise de conscience les a également amenées à développer d'autres objectifs en lien avec les particularités de leur territoire et à mettre en place des moyens d'action locaux et régionaux

novateurs afin d'atteindre ces objectifs. Malheureusement, l'annonce de restrictions budgétaires dans le secteur des services de santé et des services sociaux combinée à l'annonce d'autres orientations ministérielles poussent les communautés locales et régionales à se mobiliser sur d'autres éléments.

■ *Mobilisation des acteurs du réseau*

Il semble que l'effet mobilisateur de la Politique ait été plus grand chez les gestionnaires du réseau que chez les professionnels de la santé. Plus précisément, la mobilisation a été plus forte chez les gestionnaires des CLSC que chez les gestionnaires des établissements médico-hospitaliers. En fait, les acteurs du réseau qui œuvrent en restauration de la santé et en réadaptation ne semblent pas avoir trouvé leur compte dans la Politique. Ils ne se sont pas reconnus dans les priorités retenues. Faute d'objectifs clairs et de moyens d'action correspondants, les acteurs du réseau ne se sont pas mobilisés autour des priorités de santé et de bien-être.

■ *Cohérence entre les objectifs et les ressources*

Des efforts de cohérence ont été faits dans les régions au moment de l'élaboration des plans d'action pour les priorités (1994), des plans de transformation (1995-1998) et, dans une moindre mesure, des plans de consolidation (1999). Ainsi, compte tenu des priorités régionales, les ressources attribuées aux services de première ligne ont été protégées des compressions et même parfois bonifiées. Aujourd'hui, nous constatons toutefois que le lien entre les priorités régionales et l'allocation des ressources s'est fragilisé. La fragilité du lien est entre autres attribuable aux restrictions budgétaires imposées, aux demandes extérieures incessantes et à l'émergence continue de problèmes qui doivent être résolus à brève échéance (gestion de crises). Cette fragilité du lien entre les objectifs et l'allocation des ressources est particulièrement observable depuis que les régies régionales ont perdu leur marge de manœuvre financière, depuis qu'il y a eu une recentralisation des décisions concernant l'allocation des ressources financières. Afin d'éliminer le risque d'affaiblissement du lien entre les objectifs et l'allocation des ressources, la transformation du système doit être partie intégrante de la Politique de la santé et du bien-être.

■ *Développement d'actions intersectorielles*

Au moment du choix des priorités régionales de santé et de bien-être, des acteurs issus de différents secteurs ont été amenés à échanger et à collaborer. Quelques années plus tard, les forums locaux et régionaux sur le développement social ont permis aux collectivités de se doter d'une vision commune de leurs besoins. Ils ont mis en lumière la nécessité de développer des actions intersectorielles afin d'améliorer la santé et le bien-être des populations. Dans le sillon des forums, certaines actions intersectorielles ont vu le jour. Cependant, ce type d'action est difficile à élaborer et à mettre en œuvre. L'absence d'un soutien explicite au développement d'actions intersectorielles en matière de santé et de bien-être nuit considérablement à l'émergence de telles actions.

■ Introduction d'un système d'évaluation et de reddition de comptes

L'absence de suivi sur les priorités régionales et sur la Politique a considérablement nui à la mise en place d'un système d'évaluation et de reddition de comptes. Les régies régionales ont tenté malgré tout d'évaluer leurs actions en lien avec les priorités régionales. Toutefois, elles ne définissent pas les résultats de leurs actions en matière d'objectifs de santé, mais plutôt en activités réalisées en fonction des allocations budgétaires et ce, pour chacun des objectifs.

Ce que l'on retient de la mise en œuvre régionale

Notre portrait des réalisations régionales nous permet de faire ressortir certains succès et certaines faiblesses de la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être. Nous retenons trois succès. Premièrement, l'actualisation de la Politique a permis de mobiliser les communautés locales et régionales sur une nouvelle conception de la santé et sur des priorités. Deuxièmement, la Politique a contribué à attirer l'attention sur les problèmes sociaux. Troisièmement, il y a eu un développement d'actions intersectorielles grâce au fait surtout que les localités et les régions se sont engagées dans un processus externe à l'actualisation de la Politique, processus qui a été notamment celui de la tenue de forums locaux et régionaux de développement social.

Quant aux faiblesses, nous en retenons deux : l'impact des priorités sur l'allocation des ressources a été faible et la mobilisation des ressources professionnelles a été minime.

En terminant, rappelons que ce portrait des réalisations régionales repose sur l'analyse des rapports annuels des régies régionales et sur des entretiens réalisés auprès d'informateurs provenant de ces mêmes régies. Afin de connaître le réel degré d'appropriation par les communautés de la Politique, il serait intéressant d'en sonder quelques-unes.

D

Les réalisations du ministère de la Santé et des Services sociaux en lien avec la Politique de la santé et du bien-être de 1992

La Politique de la santé et du bien-être vise à donner une direction à l'action gouvernementale en matière d'adaptation sociale, de santé physique, de santé publique, de santé mentale et d'intégration sociale. De façon plus particulière, elle a pour objectif de réduire les problèmes de santé et les problèmes sociaux qui touchent le plus la population.

Dans son sillon, plusieurs interventions sont réalisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Une politique de périnatalité et une politique en matière de violence conjugale sont adoptées. Un plan d'action et des orientations en vue de stopper le problème des agressions sexuelles sont annoncés. Entre autres, sont également rendus publics un programme de dépistage du cancer du sein, un programme de lutte contre le cancer, la Loi sur le tabac, un plan d'action en toxicomanie, des orientations sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie et des orientations sur le dépistage anonyme du VIH. Bien que ces différents documents ne fassent pas directement référence à la Politique de 1992, force nous est de reconnaître que des relations existent entre eux.

Premièrement, ces interventions concernent des problèmes identifiés dans la Politique. Deuxièmement, ces différentes interventions ministérielles et la Politique de 1992 ont en commun des moyens d'action : la prévention des maladies et des problèmes sociaux, la promotion de la santé et du bien-être, la promotion des interventions reconnues comme étant efficaces, l'allocation des ressources par programme et la concertation multisectorielle.

En 1997, le secteur de la santé publique manifeste clairement sa contribution à l'atteinte de certains objectifs contenus dans la Politique de la santé et du bien-être, soit le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, les maladies évitables par l'immunisation, le VIH, le sida et les maladies transmissibles sexuellement, le dépistage du cancer du sein, le tabagisme, les traumatismes non intentionnels et les traumatismes intentionnels, l'alcoolisme et les toxicomanies (*Les priorités nationales de santé publique 1997-2002*).

La Politique de la santé et du bien-être et les priorités nationales de santé publique font l'objet d'un certain suivi : on développe des indicateurs pour suivre l'évolution des problèmes retenus dans la Politique et on effectue des bilans annuels relativement aux priorités nationales de santé publique. Ces exercices nous donnent un aperçu de l'évolution régionale des problèmes de santé et de bien-être. Toutefois, nous constatons que peu a été fait pour suivre la mise en œuvre régionale de la Politique. Le suivi de l'actualisation régionale de la Politique fait par le ministère fut sporadique et non systématique.

Nous constatons que la Politique de la santé et du bien-être contribue à structurer la recherche sociale et la recherche en santé au Québec. À la suite de l'adoption de la Politique, le Conseil québécois de la recherche sociale subventionne la recherche portant sur les priorités contenues dans la Politique. Le Fonds de la recherche en santé finance, quant à lui, des recherches sur des problèmes de santé abordés dans la Politique, par exemple le cancer, les maladies cardiovasculaires et la santé mentale. Par ailleurs, le ministre crée trois instituts universitaires de recherche dans les domaines des jeunes en difficulté, de la violence chez les jeunes et de l'intégration et la réadaptation des personnes handicapées. La Politique contribue à structurer la recherche. Toutefois, nous observons d'importants problèmes d'échange des connaissances entre les chercheurs, les praticiens et les usagers, de diffusion des résultats de recherches et d'intégration de ces résultats aux pratiques du réseau de services.

Un examen un peu plus approfondi des interventions gouvernementales en matière de services de santé et de services sociaux nous amène à formuler certaines observations. Le législateur confie aux régies régionales la responsabilité d'établir des priorités, responsabilité qu'elles réalisent. Par la suite, le ministère de la Santé et des Services sociaux demande à ces mêmes régies d'élaborer des plans d'action permettant d'atteindre les objectifs fixés, mais, peu de temps après, il leur demande de procéder, de façon prioritaire, à des compressions budgétaires. Rappelons simplement que la situation budgétaire de l'époque oblige le gouvernement à entreprendre une opération de réaligement des finances publiques. Dans le contexte de cette opération, le ministère de la Santé et des Services sociaux doit dégager, par voie de réaménagement, une somme de 750 millions de dollars pour la période 1994-1997, tâche à laquelle doivent s'attaquer prioritairement les régies régionales. Le *Défi qualité-performance* souligne l'importance d'améliorer les conditions de santé et de bien-être de la population ainsi que la qualité des soins et des services aux personnes, et ce, en conformité avec la Politique de la santé et du bien-être. Une nouvelle dynamique s'installe. Quelques régions se basent sur les priorités pour guider leurs décisions au moment des compressions. Toutefois, dans plusieurs régions, les restrictions viennent jeter un voile sur les priorités de santé et de bien-être. Par la suite, les régies doivent élaborer des plans de consolidation et des plans de transformation, ce qui ne contribue pas à recentrer l'attention régionale sur les priorités de santé et de bien-être.

Nous observons aussi que les différents titulaires du poste de ministre de la Santé et des Services sociaux élaborent au cours de leur mandat des orientations ministérielles qui viennent s'ajouter aux orientations de la Politique, sans toutefois y référer véritablement. Ainsi, en 1998, le ministre propose des orientations portant sur les assises du système, les services à la population et les ressources humaines. L'année suivante, la nouvelle ministre propose d'autres priorités d'action : les urgences, l'accès aux services de chirurgie, la détresse des jeunes, les soins et les services à domicile.

Il faut attendre l'année 2001 pour que la Politique de la santé et du bien-être refasse partie du discours et des préoccupations du Ministère. La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidée par Michel Clair, préconise la mise à jour de la Politique qui doit être porteuse de la vision qui oriente toutes les actions du système. À cet effet, elle recommande d'axer la prochaine Politique sur la prévention de la maladie et des problèmes sociaux, sur la promotion et sur la protection de la santé. Toujours selon la Commission, la Politique mise à jour doit être également un instrument d'engagement gouvernemental et ministériel, un moyen d'interaction et de mobilisation et un outil de gestion et d'organisation.

Suivant les recommandations de la Commission Clair, le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux inscrit comme objectif, dans son plan stratégique 2001-2004, la révision de la Politique de la santé et du bien-être qu'il présente comme étant la politique-cadre du réseau des services de santé et des services sociaux.

E Les réalisations du Conseil de la santé et du bien-être en lien avec la Politique de la santé et du bien-être de 1992

Créé en 1992 dans la foulée de l'adoption de la Politique de la santé et du bien-être, le *Conseil de la santé et du bien-être* a pour mission de fournir des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux et d'informer le public sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise.

Dans la Politique de la santé et du bien-être, il est inscrit que le Conseil doit soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans la réalisation d'un forum national, tous les trois ans, portant sur l'évaluation des progrès réalisés en regard des objectifs et des stratégies contenus dans la Politique. En 1995, les ministres de la Santé et des Services sociaux et de la Sécurité du revenu s'associent pour formuler le projet de forums sur la lutte contre la pauvreté. Ce projet n'est cependant pas retenu par le gouvernement. Le Conseil prend alors l'initiative d'organiser un colloque (*Pour favoriser le potentiel des personnes et des communautés*) portant sur certaines stratégies de la Politique de la santé et du bien-être. Au terme de ce dernier, le Conseil se voit confier par le ministre de la Santé et des Services sociaux le mandat d'organiser un forum sur le développement social, car ce dernier considère que ce thème englobe les déterminants sociaux de la santé. Un consensus se dégage de cet important exercice de mobilisation quant aux moyens d'action pour faire du développement social. Ces moyens d'action sont la participation sociale, l'action locale, la décentralisation vue comme une condition essentielle à la concertation et à l'action intersectorielle et le maintien de la fonction régulatrice de l'État, qui doit cependant s'ouvrir sur une plus grande dynamique de soutien aux perspectives régionales et locales.

De façon plus particulière, l'examen des différentes réalisations du Conseil nous apprend que ce dernier a principalement travaillé sur les stratégies contenues dans la Politique. Il a produit des avis, des rapports, des mémoires et organisé des colloques portant notamment sur les sujets suivants : l'évolution des services de santé et des services sociaux, les politiques de lutte contre l'exclusion, le soutien à domicile pour les personnes âgées, les enjeux éthiques dans le secteur de la santé, l'information génétique, la participation sociale des jeunes, la lutte à la pauvreté, la participation publique, le système professionnel, l'assurance médicaments, la fiscalité et le financement des services publics, l'appropriation par les communautés de leur développement et le développement social.

En terminant, soulignons que le Conseil a entrepris, en 2000, une démarche visant à soumettre au ministre de la Santé et des Services sociaux un avis sur un scénario d'évolution de la Politique de la santé et du bien-être. Dans ce contexte, il a réalisé des études sur les orientations adoptées par le gouvernement québécois en matière de services de santé et de services sociaux, la mise en œuvre régionale de la Politique de la santé et du bien-être et quelques expériences étrangères en la matière. Le Conseil a également tenu diverses consultations sur le sujet.

F Les expériences étrangères

S'inspirant de la *Santé pour tous* développée par l'Organisation mondiale de la santé, plusieurs pays ont également adopté des politiques visant l'amélioration de la santé des individus et des populations ainsi que la réduction des écarts de santé. Afin de nous éclairer dans notre démarche de révision de la Politique de la santé et du bien-être, nous avons étudié les politiques adoptées dans quelques pays occidentaux²⁰. De cette étude²¹, nous retenons quelques éléments quant aux fondements, au contenu et aux conditions de réussite de la mise en œuvre de ce type de politique.

Fondements

Ces politiques reposent généralement sur une conception holistique de la santé. La santé résulte de l'interaction continue entre l'individu et son environnement. De ce fait, pour améliorer la santé et le bien-être des individus, il faut agir sur les différentes composantes de leur environnement. Cela signifie donc une action multisectorielle concertée.

Bien que ces politiques visent généralement l'amélioration de la santé et du bien-être et la réduction des écarts de santé, il arrive que les autorités politiques les utilisent à d'autres fins, par exemple pour apporter des ajustements à un système de santé qui ne répond plus aux besoins (ex.: Nouvelle-Zélande) ou encore pour réajuster le tir au moment d'une crise financière importante (ex.: Finlande, France).

Contenu

Les critères utilisés pour déterminer les problèmes de santé prioritaires retenus dans les politiques sont l'étendue et la gravité du problème, la sensibilité sociale et la faisabilité. S'ajoutent parfois à cette liste des considérations quant aux conséquences socioéconomiques du problème et à la mesure des interventions proposées. Certains problèmes de santé sont jugés prioritaires dans plusieurs pays : les séquelles d'accidents (blessures), le cancer, la santé mentale et, dans une moindre mesure, les maladies cardio-vasculaires, les maladies du système respiratoire, le diabète et les maladies du système musculo-squelettique.

Le nombre de domaines d'intervention prioritaires ou d'objectifs mentionnés dans chacune des politiques varie beaucoup. Nous observons que certains pays européens ont fait leurs, dans un premier temps, la quasi-totalité, voire la totalité, des 38 objectifs proposés par OMS-Europe. Toutefois, nous remarquons que, lorsque ces premières politiques sont révisées, le nombre de priorités et d'objectifs est beaucoup moins élevé. De façon générale, dans les différents cas étudiés, les politiques comptent entre cinq et quinze domaines d'action prioritaires. Les États-Unis se démarquent toutefois en ce domaine. Ainsi,

la révision de la Politique de 1990 a conduit à la détermination d'un plus grand nombre de champs d'action prioritaires et d'objectifs. La Politique *Health People 2010* compte maintenant 28 champs d'action, non plus seulement 22, et 467 objectifs.

La plupart des politiques adoptées récemment contiennent, en plus des objectifs de santé, des objectifs portant sur le système de services. Il est alors question de l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité, de l'organisation, de l'efficacité et de l'efficience des services ou de types de services précis, tels les services communautaires et les services de maintien à domicile, ou encore de la formation et de la rétention des ressources humaines. De façon générale, les objectifs ayant pour objet le système de services sont intégrés aux objectifs de santé. Toutefois, la Politique danoise se démarque à cet égard. Le plan national d'action en promotion de la santé, rendu public en 1999, considère différentes catégories d'objectifs, à savoir des objectifs généraux, des objectifs de santé et des objectifs structureaux. Les objectifs généraux se traduisent par l'augmentation de l'espérance de vie et de la qualité de vie des Danois et l'amélioration de l'équité en matière de santé. Les objectifs de santé sont regroupés en trois catégories : les facteurs de risque (tabagisme, alcoolisme, nutrition, obésité, accidents routiers), les groupes d'âge (enfants, jeunes, personnes âgées) et les environnements favorables à la promotion de la santé (écoles primaires, milieu de travail, communautés locales et services de santé). Pour ce qui est de la structure du système de services, les objectifs formulés sont les suivants : mieux définir l'organisation de la coopération entre les paliers central, régional et local, mettre l'accent sur les besoins de la recherche en promotion de la santé et introduire dans la formation du personnel des éléments de prévention et de promotion de la santé.

Généralement, les objectifs de santé et de bien-être fixés dans les politiques ne sont pas définis en termes quantitatifs. Certaines raisons expliquent ce choix. D'une part, il est plus facile d'obtenir un consensus sur des objectifs qualitatifs. D'autre part, il est difficile de d'appuyer scientifiquement des objectifs quantitatifs dans certains domaines. Finalement, certains gouvernements croient que le fait d'établir dans une politique de santé des objectifs quantifiés engage trop la responsabilité politique (ex.: Pays-Bas). Le gouvernement devient dès lors responsable de l'évolution de l'état de santé de ses citoyens. Malgré cette tendance lourde, certains pays adoptent des objectifs définis de façon quantitative, comme les États-Unis et l'Angleterre.

Certains pays ciblent des stratégies favorisant l'atteinte des objectifs contenus dans les politiques. Elles contiennent bien souvent des moyens d'action généraux. C'est le cas en Angleterre, en Catalogne, en Finlande, en Norvège, en Nouvelle-Zélande et en Suède. Dans ces pays, nous relevons les stratégies suivantes : mettre l'accent sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé, améliorer la formation des travailleurs de la santé, créer un observatoire ou un institut de santé publique, créer un fonds public, assurer la disponibilité d'information de qualité, établir des mécanismes de surveillance et évaluer

les actions réalisées. En France et dans les provinces canadiennes de la Colombie-Britannique et de l'Ontario, les stratégies proposées sont quelque peu différentes. Elles sont en fait des moyens d'action concrets permettant d'atteindre les objectifs fixés. En voici quelques exemples : donner des cours de nutrition, élaborer une stratégie de lutte contre le diabète et le tabagisme, créer des programmes de dépistage de cancer et créer des cliniques itinérantes.

Conditions de réussite de la mise en œuvre

Au moment de l'élaboration des politiques, le palier central détermine, après consultation²² d'experts, de la population et des paliers régionaux, les domaines d'interventions prioritaires. Par la suite, les autorités régionales sont appelées à fixer leurs propres objectifs et stratégies en lien avec les orientations centrales. Dans certains cas, il arrive que le palier central se base sur les plans d'action régionaux pour développer sa nouvelle politique ou de nouveaux programmes qui répondent aux besoins des régions (ex. : Danemark). Cette façon de faire favorise l'appropriation régionale.

La participation des acteurs des différents paliers et de la population ne se limite pas à l'élaboration de la Politique. Pour que son processus de mise en œuvre donne de bons résultats, il faut que les différents acteurs participent pleinement à sa réalisation.

Les politiques soulignent toute l'importance de l'action intersectorielle comme stratégie permettant d'atteindre les objectifs fixés. Cependant, dans bien des cas, rien de concret n'est fait, l'action intersectorielle demeurant un vœu pieux. Toutefois, nous notons que, dans certains pays, des mécanismes formels sont établis afin de développer ce type d'action. C'est, entre autres, le cas de la nouvelle Politique anglaise qui prévoit l'établissement de partenariats, de la Catalogne avec ses comités locaux de santé, du Comté Östergötland avec ses *Health facilitators* et de la Finlande.

De nombreux efforts sont faits, particulièrement dans le cas des politiques récentes, afin d'assurer un suivi et d'évaluer les progrès relatifs aux objectifs de résultats fixés. Il n'est pas rare de voir inscrite dans la Politique l'obligation de faire rapport, de rendre compte. Ainsi, dans bien des cas, deux ans après la mise en œuvre des politiques, des études et des rapports rendent compte des progrès réalisés. L'Australie, la Colombie-Britannique, la Finlande et la France en sont des exemples.

Il existe peu d'évaluations de ces politiques sous l'angle des résultats de santé. Bien qu'il demeure difficile de déterminer l'impact réel d'une telle politique sur l'état de santé des populations, les gouvernements ont décidé de poursuivre dans la voie amorcée, convaincus de sa pertinence. Toutefois, comme nous venons de le mentionner, des efforts additionnels sont faits afin de développer davantage de mécanismes de suivi qui permettront de mieux évaluer les résultats obtenus en lien avec les objectifs fixés.

G Conclusion

Les objectifs fixés en santé publique et en intégration sociale ainsi que les objectifs fixés en santé physique visant à réduire la mortalité ont presque tous été atteints. Toutefois, il est paradoxal de constater qu'alors que la santé est définie, dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, comme la capacité physique, psychologique et sociale des personnes, nous observons une aggravation des problèmes limitant ces capacités. Les maladies engendrant des incapacités physiques à long terme, les problèmes d'adaptation sociale et ceux de santé mentale sont en croissance au Québec et des écarts subsistent entre les régions, les territoires et les groupes.

Si les communautés se sont relativement mobilisées au moment du choix des priorités régionales, ce n'est pas le cas du personnel et des professionnels du réseau des services de santé et des services sociaux. De plus, nous avons constaté que les efforts pour améliorer la santé et le bien-être inspirés par la Politique n'ont réussi que partiellement à mobiliser les acteurs des différents secteurs de la société autour de l'amélioration des conditions de vie, des milieux de vie et des habitudes de vie. Enfin, il fut difficile d'atteindre les objectifs de la Politique alors que le lien entre les priorités définies et l'allocation des ressources a été très faible, que de nouvelles priorités gouvernementales et ministérielles se sont succédées et que le Ministère n'a pas assuré le suivi systématique de la Politique.

Par ailleurs, le regard jeté sur des expériences étrangères nous a montré que plusieurs pays occidentaux ont également développé des stratégies, des orientations et des politiques visant l'amélioration de la santé et du bien-être des individus et des populations. Après évaluation, ils les ont révisées et maintenues en privilégiant l'action intersectorielle comme stratégie permettant d'atteindre les objectifs, et en insistant sur le suivi des objectifs.

Le Conseil est d'avis que la Politique de la santé et du bien-être de demain doit poursuivre ce qui a été amorcé en 1992. Il faut tabler sur les acquis de la Politique et proposer des pistes de solution pour éviter les écueils déjà rencontrés. Pour ce faire, le Conseil suggère de réviser les fondements et les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être et de cibler les conditions garantissant le succès de sa mise en œuvre.

Bibliographie

BÉLANGER, JEAN-PIERRE (1999), « Les organismes communautaires, une composante essentielle de ce tiers secteur » dans *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 12, no 2, p. 89-102.

BRUNELLE, YVON (1993), *La qualité des soins et des services : un cadre conceptuel*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000), *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2002), *La Politique de la santé et du bien-être: regards sur quelques expériences étrangères : rapport*, Québec, Le Conseil.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2001), *Lutte à la pauvreté : agir tout de suite et sur le long terme. Mémoire au sujet des orientations et perspectives d'action en matière de lutte à la pauvreté*, Québec, Le Conseil.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2001), *La participation publique dans le système de services de santé et de services sociaux : mémoire déposé à la Commission des affaires sociales*, Québec, Le Conseil.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2001), *Vieillir dans la dignité : rapport*, Québec, Le Conseil.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2001), *L'appropriation par les communautés de leur développement : rapport*, Québec, Le Conseil.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2000), *Cadre de référence de la participation publique (démocratique, utile et crédible)*, Québec, Le Conseil.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2000), *Finir ce que l'on entreprend... Préparer l'avenir : mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Le Conseil.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2000), *La réforme du système professionnel, une condition à la transformation du système sociosanitaire québécois : mémoire présenté au Groupe de travail chargé de la consultation sur la modernisation de l'organisation professionnelle de la santé et des relations humaines*, Québec, Le Conseil.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1995), *Un juste prix pour les services de santé : avis*, Québec, Le Conseil.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC 1998 (2000), *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, l'Institut.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001), *Le portrait de santé : le Québec et ses régions*, Québec, Les Publications du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001), *La gestion des risques, une priorité pour le réseau : rapport du comité ministériel*, Québec, le Ministère.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001), *Indicateurs repères sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, 1993-1994 à 1999-2000*, Québec, le Ministère.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001), *Les indicateurs de la Politique québécoise de la santé et du bien-être : exercice de suivi 2001*, Québec, le Ministère.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992), *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, le Ministère.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2001), *La violence conjugale : statistiques 2000*, Québec, le Ministère.

1. Par milieux de vie, nous entendons la famille, l'école, le milieu de travail et les communautés locales.
2. Pour cet élément, nous reprenons de la Politique les abus, la négligence et la violence à l'endroit des enfants, la délinquance et la violence faite aux femmes. À cela nous ajoutons les abus, la négligence et la violence envers les aînés. Dans un récent rapport portant sur les personnes âgées, *Vieillir dans la dignité*, le Conseil a constaté l'importance de ce phénomène.
3. On peut consulter à ce sujet deux publications du Conseil, l'avis *Un juste prix pour les services de santé* (1995) et le mémoire *La réforme du système professionnel, une condition à la transformation du système sociosanitaire québécois* (2000).
4. Voir à ce sujet les orientations présentées par la ministre Thérèse Lavoie-Roux : *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : orientations* (1989), Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 52.
5. Par acteurs locaux et régionaux, nous entendons tous les individus et les groupes présents dans une communauté. Ce terme réfère tant aux citoyens en général qu'à des catégories particulières comme les utilisateurs et les utilisatrices des services ou encore les groupes communautaires.
6. Conseil de la santé et du bien-être (2000), *Cadre de référence de la participation publique (démocratique, utile et crédible)*, Québec, Le Conseil.
7. Voir à ce sujet le mémoire présenté, par le Conseil, à la Commission des affaires sociales au moment des consultations sur le projet de loi 28 : *La participation publique dans le système de services de santé et de services sociaux*, Québec, Le Conseil, juin 2001.
8. Les abus sexuels, la négligence et la violence à l'endroit des enfants; les troubles de comportement des enfants, des adolescents et des adolescentes; la délinquance; la violence faite aux femmes; l'itinérance; l'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes.
9. Les naissances prématurées ou de poids insuffisant et les anomalies congénitales ou génétiques; les maladies cardio-vasculaires; le cancer; les traumatismes; les maux de dos, l'arthrite et les rhumatismes; les maladies du système respiratoire.
10. Les maladies transmissibles sexuellement et le sida; les maladies infectieuses et les problèmes de santé dentaire.
11. Les problèmes de santé mentale et le suicide.
12. Les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées et les situations de handicap chez les personnes qui ont des incapacités.
13. Le Conseil s'est penché récemment sur la question de l'intervention auprès des jeunes en difficulté. Dans l'avis intitulé *Quel temps pour les jeunes ? La participation sociale des jeunes*, le Conseil propose de réviser les pratiques afin de passer d'une approche par problème et de prise en charge par les intervenants et les institutions des services sociaux à une approche qui redonne son sens à l'intervention auprès des jeunes (développement et participation des jeunes) tout en impliquant les communautés.
14. Le terme traumatisme à domicile réfère aux chutes accidentelles, aux intoxications alimentaires, aux incendies et aux brûlures.
15. *Santé au Québec : quelques indicateurs* (juin 2000), Québec, Le Ministère.
16. Seize stratégies sont retenues : diminuer la pauvreté et ses conséquences sur les jeunes familles; revaloriser et mieux soutenir le rôle de parent; privilégier les interventions souples dans les milieux fréquentés par les jeunes; améliorer la concertation sur le plan scolaire; stimuler les activités de prévention et de promotion de la santé; stimuler le développement de solutions alternatives à l'usage des médicaments; renforcer les activités éducatives et préventives (MTS et sida); renforcer le dépistage précoce du cancer; soutenir les personnes atteintes de maladies graves ou incurables et leurs proches; implanter un système de soins intégrés en traumatologie; accroître le soutien aux familles et les ressources de la communauté; réduire les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées; agir pour réduire les écarts de santé et de bien-être entre les hommes et les femmes; soutenir plus adéquatement le réseau communautaire; agir en priorité sur les facteurs de risque et agir sur la pauvreté et les conditions de vie.
17. Les six stratégies privilégiées sont les suivantes : la promotion et la prévention; le maintien des personnes dans leur milieu naturel grâce à un soutien accru aux familles et à la consolidation du secteur communautaire; la lutte à la pauvreté, en sensibilisant la société aux effets de la pauvreté et en ciblant nos interventions sur les clientèles concernées; le renforcement de la concertation entre les partenaires pour assurer des services mieux intégrés aux clientèles; l'utilisation plus systématique du plan de services individualisé et l'information de la population.
18. Les cinq stratégies retenues sont : favoriser le développement des compétences personnelles et sociales; soutenir et consolider les compétences parentales; soutenir le milieu scolaire et du travail et créer des environnements sains et sécuritaires; mobiliser les ressources de la communauté pour assurer des environnements favorables à la santé et au bien-être; contribuer à réduire les inégalités, en particulier la pauvreté et l'isolement social.
19. Selon Jean-Pierre Bélanger (1999), l'augmentation du financement accordé aux organismes communautaires s'explique par l'augmentation du nombre d'organismes subventionnés et non par la majoration de l'aide moyenne attribuée aux organismes.
20. Les pays étudiés sont l'Angleterre, l'Australie, le Canada (Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse et Saskatchewan), le Danemark, l'Espagne (Catalogne), les États-Unis, la Finlande, la France, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Suède et l'un de ses comtés, Östergötland.
21. Conseil de la santé et du bien-être 2002, *La Politique de la santé et du bien-être : regards sur quelques expériences étrangères*, Québec, Le Conseil.
22. Dans certains cas, les nouvelles technologies de l'information sont utilisées pour obtenir l'avis du plus grand nombre d'interlocuteurs possible. Par exemple, les États-Unis ont utilisé Internet lors de la révision de leur Politique de santé.

Les écarts régionaux

L'étude de l'évolution des problèmes nous a permis de constater que toutes les régions ne sont pas également touchées par ceux-ci. Certaines le sont plus que d'autres. Par exemple, dans le cas du suicide, nous avons constaté que la région du Nunavik affiche les plus forts taux de suicide et d'hospitalisation pour tentatives de suicide. Montréal-Centre est celle qui affiche les meilleurs taux. Lorsque nous comparons les régions entre elles, pour l'ensemble des problèmes contenus dans la Politique, nous constatons que les régions de Laval et de la Montérégie se démarquent avantageusement des autres régions sociosanitaires, à savoir qu'elles sont de loin les moins touchées par les problèmes contrairement au Saguenay–Lac-St-Jean, à l'Abitibi-Témiscamingue et à la Côte-Nord. Le manque de données nous empêche de considérer le Nord-du-Québec, le Nunavik et les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James dans cette comparaison.



Objectifs	Atteinte de l'objectif pour l'ensemble du Québec	Bas-Saint-Laurent	Saguenay-Lac-Saint-Jean	Québec	Mauricie et Centre-du-Québec	Estrie	Montréal-Centre	Outaouais	Abitibi-Témiscamingue	Côte-Nord	Nord-du-Québec	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Chaudière-Appalaches	Laval	Lanaudière	Laurentides	Montérégie	Numavik	Terres-Cries-de-la-Baie-James
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Adaptation sociale																			
1. Enfants victimes	NON				ND				ND		ND				ND		ND	ND	ND
• de négligence																			
• d'abus physique	NON				ND				ND		ND				ND		ND	ND	ND
• d'abus sexuel	NON				ND				ND		ND				ND		ND	ND	ND
2. Troubles de comportement	NON				ND				ND		ND				ND		ND	ND	ND
3. Délinquance																			
• prévalence	NON										ND							ND	ND
• gravité	NON										ND							ND	ND
4. Violence faite aux femmes	NON										ND							ND	ND
5. Itinérance		PAS DE DONNÉES DISPONIBLES																	
6. Consommation																			
• alcool	ND																	ND	ND
• 14 verres et plus /semaine																			
• 5 consommations et plus/5 fois année	NON																	ND	ND
• psychotropes	NON																	ND	ND
• prestataires assistance emploi																			
• personnes de 65 ans et plus	NON																	ND	ND
Santé physique																			
7. Périnatalité	NON																		
• naissances prématurées																			
• poids insuffisant	NON																		
8. Maladies cardiovasculaires	NON																		
9. Cancer																			
• poumon	NON																		
• sein	NON																		
10. Traumatismes																			
• routier	OUI																		
• maison	NON																		
• professionnel	NON																		ND
• sportif	NON																		
11. Maux de dos	NON																	ND	ND
Arthrite, rhumatismes	NON																	ND	ND
12. Maladies de l'appareil respiratoire	NON																		
Santé publique																			
13. Sida	OUI								ND		ND							ND	ND
MTS	OUI																		
14. Maladies infectieuses																			
• rougeole, rubéole, tétanos, etc.	OUI																		
• coqueluche	NON																		
• influenza	OUI									ND	ND							ND	ND
15. Santé dentaire																			
• enfants (dentition permanente – 6 ^e année)	OUI	ND									ND					ND		ND	ND
• adultes		PAS DE DONNÉES RÉCENTES DISPONIBLES																	
Santé mentale																			
16. Santé mentale	OUI																	ND	ND
17. Suicide																			
• tentatives	NON																		
• suicides	NON																		
Intégration sociale																			
18. Intégration personnes âgées	NON										ND							ND	ND
19. Intégration personnes handicapées																			
• école	OUI	PAS DE DONNÉES RÉGIONALES																	
• milieu du travail	OUI																	ND	ND

	Région où le problème est le plus aigu
	Région se situant au-dessus de la moyenne québécoise
	Région se situant dans ou sous la moyenne québécoise

***Conseil de la santé
et du bien-être***

Québec

