

PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002

**VERS L'ATTEINTE DES
RÉSULTATS ATTENDUS :
4^E BILAN**



**Santé
et Services sociaux**

Québec



Le présent document a été préparé par l'équipe d'évaluation des priorités nationales de santé publique.

Coordination :

Pierre Patry, ministère de la Santé et des Services sociaux

Ministère de la Santé et des Services sociaux :

Lise Bourcier (priorité 5)
Patricia Goggin (priorité 4)
Marthe Hamel (priorité 1)
Monique Imbleau (priorité 3)
Sylvie Kirouac (priorité 1)
Guy Mercier (priorité 6b)
Pierre Patry (priorité 6b)
Denise Plamondon (priorité 5)
Nelson Potvin (priorité 6b)
Pauline Thiboutot (priorité 4)

Régies régionales, Direction de la santé publique :

Nicole Boudreau, Côte-Nord (priorité 6)
Danielle Guay, Montréal-Centre (priorité 1)
Maryse Guay, Montérégie (priorité 2)
Marie-Josée Pineault, Québec (priorité 6a)

Mise en page :

Hélène Piché, ministère de la Santé et des Services sociaux

Édition produite par la **Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1**

Ce document peut être consulté à la section **Documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux, dont l'adresse est **www.msss.gouv.qc.ca**

La forme masculine non marquée utilisée dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN 2-550-39113-6

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

© Gouvernement du Québec

Remerciements

Ce travail n'aurait pu être possible sans la participation d'un grand nombre de professionnels du secteur de la santé publique. Nous tenons à remercier plus spécialement les personnes qui suivent.

Pour les maladies évitables par l'immunisation :

Nicole Boulianne, Institut national de santé publique du Québec
Paule Clément, Institut national de santé publique du Québec
Bernard Duval, Institut national de santé publique du Québec
Monique Douville-Fradet, ministère de la Santé et des Services sociaux
François Dumont, ministère de la Santé et des Services sociaux
Monique Landry, Régie régionale de Laval, Direction de la santé publique
Hélène Michaud, ministère de la Santé et des Services sociaux
Louise Paquin, ministère de la Santé et des Services sociaux
Lucie St-Onge, ministère de la Santé et des Services sociaux
Louise Valiquette, Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de la santé publique

Pour le VIH et les maladies transmissibles sexuellement :

Danielle Auger, Centre québécois de coordination sur le sida
Carole Chamberland, Régie de l'assurance maladie du Québec
Richard Cloutier, Centre québécois de coordination sur le sida
Johanne Samson, Centre québécois de coordination sur le sida
Bruno Turmel, Centre québécois de coordination sur le sida
Sylvie Venne, Centre québécois de coordination sur le sida

Pour le dépistage du cancer du sein :

Richard Tremblay, ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour les traumatismes non intentionnels :

Denis Allard, Régie régionale de Montréal-Centre
Claude Bégin, Régie régionale de Lanaudière, Direction de la santé publique
Yvonne Robitaille, Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de la santé publique
Diane Sergerie, Régie régionale de la Montérégie, Direction de la santé publique
Marc St-Laurent, Régie régionale du Bas-Saint-Laurent, Direction de la santé publique

Pour les traumatismes intentionnels liés à la violence envers les personnes :

Jocelyne Charest, ministère de la Santé et des Services sociaux
Monique Desrosiers, Régie régionale du Bas-Saint-Laurent
Roger Dubé, Régie régionale du Bas-Saint-Laurent

Pour les traumatismes intentionnels liés au suicide :

Clermont Bouchard, ministère de la Santé et des Services sociaux

Avant-propos

Le 6 mars 1997, en lançant les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'était engagé, avec tout son réseau, à ce que soit très rapidement mis en place un mécanisme permettant de suivre l'évolution vers les résultats visés. Les bilans annuels des priorités nationales sont le produit concret de ce mécanisme.

Dès les premier et deuxième bilans, nous observions que des actions avaient été entreprises pour chacune des priorités et que certains résultats étaient déjà près d'être atteints. Le troisième bilan, fait en 2000, a montré que nous avons poursuivi l'implantation des priorités et maintenu le cap sur les résultats attendus en 2002. À la lecture du quatrième bilan, nous pouvons affirmer qu'un bon nombre des objectifs visés par le réseau de la santé publique en 1997 seront vraisemblablement atteints, comme prévu, en 2002. Toutefois, certains résultats qui se font toujours attendre devront être l'objet d'une mobilisation soutenue des équipes locales, régionales et nationale de santé publique.

Nous disposons maintenant de données fiables qui nous éclairent sur notre progression vers les résultats visés. Nous accumulons aussi, année après année, de l'information sur les difficultés qui peuvent survenir et sur les conditions nécessaires à une bonne implantation des mesures liées aux priorités retenues.

Le présent bilan, comme les précédents, permettra au ministère de la Santé et des Services sociaux et aux directions de santé publique des régies régionales de préciser leur vision et de planifier leurs actions, tant en matière de protection et de promotion de la santé et du bien-être qu'en matière de prévention des problèmes sociaux et de santé. Il sera également utile aux personnes travaillant dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) et dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux organismes communautaires et aux groupes professionnels engagés en santé publique pour guider leur contribution à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Richard Massé
Directeur national de santé publique

Table des matières

Liste des tableaux, graphiques et figures	9
Liste des abréviations, acronymes et sigles	13
Liste des régions sociosanitaires du Québec.....	15
Introduction.....	17
Méthode	18
Priorité 1 Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes	21
Faits saillants	23
1.1 Accessibilité aux programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité ...	25
1.1a Disponibilité des programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité...	34
1.3 Programmation intégrée en milieu de garde	55
Priorité 2 Les maladies évitables par l'immunisation	59
Faits saillants	61
2.1 Couverture vaccinale des enfants de 2 ans	64
2.2 Vaccination des adolescents contre l'hépatite B et rappels	74
2.3 Élimination des maladies évitables par l'immunisation	81
2.4 Réduction de l'incidence des maladies évitables par l'immunisation	86
2.5 Vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en CHSLD.....	92
2.6 Vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en milieu ouvert	96
2.7 Taux d'utilisation des vaccins achetés	101
2.8 Vaccins soumis à une température inadéquate	104
Priorité 3 Le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement.....	109
Faits saillants	111
3.1 Programmes de prévention pour les populations vulnérables	113
3.2 Politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie.....	126
3.3 Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse	128
3.4 Données fiables sur l'infection par le VIH, sur les MADO et sur les MTS	132
Priorité 4 Le dépistage du cancer du sein	135
Faits saillants	137
4.1 Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein	139
4.2 Taux de participation de la population cible	144
4.3 Taux de cancers détectés	145
4.4 Taux de mortalité attribuable au cancer du sein chez les femmes de 55 à 74 ans	146
Priorité 5 Le tabagisme	147
Faits saillants	149
5.1 Stratégie de prévention du tabagisme.....	151
5.2 Réduction du tabagisme chez les 15 ans ou plus	157
5.3 Réduction du tabagisme chez les jeunes	159
5.4 Soutien à l'abandon du tabagisme	161
Priorité 6 Les traumatismes non intentionnels	175
Faits saillants	177
6.1 Prévention des blessures à domicile	179
6.2 Prévention des blessures dans les établissements.....	183
6.3 Programmes d'application sélective	184
6.4 Législation et réglementation.....	187

Priorité 6a Les traumatismes intentionnels – La violence envers les personnes	189
Faits saillants	191
6a.1 Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes.....	193
6a.2 Promotion des comportements pacifiques et prévention de la violence envers les personnes	198
6a.3 Protocoles de référence interorganismes	203
Priorité 6b Les traumatismes intentionnels – Le suicide.....	207
Faits saillants	209
6b.1 Taux de suicide au Québec.....	211
6b.2 Projets pilotes de prévention du suicide.....	212
Conclusion	217

Liste des tableaux, graphiques et figures

Tableau 1.1	Nombre de femmes rejointes par un programme du type NEGS, selon le moment où elles ont commencé à bénéficier du programme – Québec, 2000-2001.....	31
Tableau 1.1.1	Nombre et proportion de nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées, et nombre de nouvelles femmes rejointes par un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001	32
Tableau 1.1.2	Nombre et proportion de nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes et nombre de nouvelles femmes rejointes par un programme du type NEGS intégral ou non – Québec, 2000-2001	33
Graphique 1	Durée du suivi postnatal offert dans un programme du type NEGS, Québec, 2000-2001.....	38
Graphique 2	Nombre de rencontres ou de contacts postnatals offerts dans un programme du type NEGS, Québec, 2000-2001	38
Tableau 1.1a1	Proportion et nombre de CLSC selon les caractéristiques du programme du type NEGS offert – Québec, 1999-2000 et 2000-2001	42
Tableau 1.1a2	Nombre et proportion de CLSC offrant un programme du type NEGS, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001.....	43
Tableau 1.1a3	Proportion et nombre de CLSC selon les composantes du suivi individuel offert dans un programme du type NEGS – Québec, 1999-2000 et 2000-2001	44
Tableau 1.1a4	Nombre et proportion de CLSC offrant le suivi à compter de la vingtième semaine de grossesse ou plus tôt dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001	45
Tableau 1.1a5	Nombre et proportion de CLSC offrant au moins huit rencontres prénatales dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001	46
Tableau 1.1a6	Nombre et proportion de CLSC terminant le suivi postnatal à 24 mois ou plus tard dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001...	47
Tableau 1.1a7	Nombre et proportion de CLSC offrant au moins 25 rencontres ou contacts postnatals dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001.....	48
Tableau 1.1a8	Nombre et proportion de CLSC offrant un suivi multidimensionnel dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001	49
Tableau 1.1a9	Proportion et nombre de CLSC selon chacune des dimensions du suivi individuel offert dans un programme du type NEGS – Québec, 1999-2000 et 2000-2001	50
Tableau 1.1a10	Nombre et proportion de CLSC dont le suivi individuel est offert par une intervenante privilégiée dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001	51
Tableau 1.1a11	Nombre et proportion de CLSC disposant d'une équipe interdisciplinaire dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001	52

Tableau 1.1a12	Nombre et proportion de CLSC dont le programme du type NEGS inclut l'accompagnement communautaire – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001 ...	53
Tableau 1.1a13	Nombre et proportion de CLSC dont le programme du type NEGS peut compter sur un regroupement intersectoriel en rapport avec le programme – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001	54
Tableau 2.1.1	Système d'information sur la vaccination (SIV) pour les enfants québécois de 2 ans – État de l'implantation au 31 décembre 2000 au niveau régional	69
Tableau 2.1.2	Participation des CLSC au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 2000	70
Tableau 2.1.3	Participation du secteur privé au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 2000	71
Tableau 2.1.4	Couverture vaccinale des enfants de 2 ans – Régions du Québec, situation au 31 décembre 2000.....	72
Tableau 2.1.5	Couverture vaccinale des enfants en classe maternelle – Régions du Québec, année scolaire 1999-2000	73
Tableau 2.2.1	Système d'information sur la vaccination (SIV) des élèves québécois de 3 ^e secondaire – État de l'implantation au 31 décembre 2000 au niveau régional	78
Tableau 2.2.2	Participation des CLSC au SIV et à la vaccination des élèves de 3 ^e secondaire – Régions du Québec, 2000.....	79
Tableau 2.2.3	Couverture vaccinale contre l'hépatite B et rappels des élèves de 3 ^e secondaire – Régions du Québec, année scolaire 1999-2000	80
Tableau 2.3.1	Taux brut d'incidence des maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1990-2000 (taux par 100 000 habitants)	85
Tableau 2.4.1	Taux brut d'incidence des maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1990-2000 (taux par 100 000 habitants)	90
Tableau 2.4.2	Nombre de cas d'hépatite A selon les facteurs de risque, Québec, 1999 et 2000.....	91
Tableau 2.5.1	Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001.....	95
Tableau 2.6.1	Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001	99
Figure 2.6.1	Évolution des couvertures vaccinales contre l'influenza chez les personnes de 65 ans ou plus selon leur milieu de vie – Québec, 1996-2001	100
Tableau 2.7.1	Nombre et proportion de vaccins achetés mais non utilisés – Québec et régions, 2000-2001 (données au 1 ^{er} avril 2001).....	103
Tableau 2.8.1	Surveillance de la température des vaccins pendant le transport, nombre et proportion de réfrigérateurs munis d'un thermomètre à maximum et minimum – Québec et régions, 2000-2001 (données au 1 ^{er} avril 2001)	106
Tableau 2.8.2	Nombre et proportion de vaccins soumis à une température inadéquate – Québec et régions, 2000-2001.....	107

Tableau 3.1a	Programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ou à rendre moins risquée la consommation de drogue par injection et groupes ciblés, selon les régions, 2000-2001.....	120
Tableau 3.1b	Nombre de régions où des activités ou des interventions sont offertes aux populations vulnérables, 2000-2001.....	122
Tableau 3.1c	Moyens de prévention offerts dans les centres de détention de compétence québécoise, selon les régions, 2000-2001.....	123
Tableau 3.1d	Portrait des centres d'accès aux seringues du Québec au 1 ^{er} janvier 1999 et au 1 ^{er} janvier 2001.....	124
Tableau 3.1e	Composantes de programmes permettant aux toxicomanes de se procurer de la méthadone, selon les régions, du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2000.....	125
Tableau 4.1	Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, situation au 31 mars 2001.....	142
Tableau 5.1a	Stratégie de prévention du tabagisme – Populations touchées par des programmes ou activités au primaire, 2000-2001.....	153
Tableau 5.1b	Stratégie de prévention du tabagisme – Populations du primaire touchées par au moins un programme ou une activité, 2000-2001.....	154
Tableau 5.1c	Stratégie de prévention du tabagisme – Populations touchées par des programmes ou activités au secondaire, 2000-2001.....	155
Tableau 5.1d	Stratégie de prévention du tabagisme – Populations du secondaire touchées par au moins un programme ou une activité, 2000-2001.....	156
Tableau 5.2a	Proportion de fumeurs selon la région au Québec.....	158
Tableau 5.4a	Soutien à l'abandon du tabagisme : services d'information et de référence, 2000-2001.....	166
Tableau 5.4b	Soutien à l'abandon du tabagisme : services de counseling individuel, 2000-2001.....	168
Tableau 5.4c	Soutien à l'abandon du tabagisme : services (ou méthodes) de groupe, 2000-2001 ..	170
Tableau 5.4d	Promotion des services (ou méthodes) pour cesser de fumer, 2000-2001.....	171
Tableau 5.4e	Accessibilité à au moins un service pour cesser de fumer dans tous les territoires de CLSC de la région et promotion continue de ces services par au moins un moyen, 2000-2001.....	173
Tableau 5.4f	Accessibilité à au moins un service pour cesser de fumer dans tous les territoires de CLSC de la région, 2000-2001.....	174
Tableau 6.1a	Projets pilotes en prévention des blessures à domicile, de 1997 à 2001.....	181
Tableau 6.1b	Documentation reçue sur les projets pilotes visant la prévention des blessures à domicile, 2000-2001.....	182
Tableau 6.3	Programme d'application sélective (PAS), de 1997-1998 à 2000-2001.....	186
Tableau 6a.1	Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes, 2000-2001.....	196

Tableau 6a.2	Portrait des projets pilotes et des initiatives visant la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence envers les personnes, 2000-2001	200
Tableau 6a.2.1	Projets pilotes selon le type de violence pour les années 1997-1998 à 2000-2001.....	202
Tableau 6a.3.1	Protocoles de référence interorganismes, 2000-2001	206
Tableau 6b.1	Mortalité attribuable au suicide au Québec, 1996-1999	215

Liste des abréviations, acronymes et sigles

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
CAB	Centre d'action bénévole
CAPAS	Centre d'aide aux personnes agressées sexuellement
CDD	Centre de dépistage désigné
<i>cf.</i>	Se reporter à
CHRDL	Centre hospitalier régional de Lanaudière
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CQCS	Centre québécois de coordination sur le sida
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté
CSR	Coordination des services régionaux
DCTP	Diphtérie, coqueluche, tétanos, polio
DCTPH	Diphtérie, coqueluche, tétanos, polio, <i>Haemophilus influenzae</i> de type b
DRSP	Direction régionale de la santé publique
DSP	Direction de la santé publique
DTP	Diphtérie, tétanos, polio
ELDEQ	<i>Étude longitudinale sur le développement des enfants et des jeunes</i>
ELNEJ	<i>Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes</i>
FPS	Formation personnelle et sociale
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> de type b
<i>Ibid.</i>	Au même endroit
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté

MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmissible sexuellement
n.a.	Non applicable
n.d.	Non disponible
NEGS	« Naître égaux – Grandir en santé »
n.r.	Non-réponse
n.s.p.	Ne sais pas
OLO	« Œuf, lait et orange »
ONG	Organisme non gouvernemental
PAS	Programme d'application sélective
PES	Programme d'échange de seringues
PNSP	Priorités nationales de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PVVIH	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RRO	Rougeole, rubéole et oreillons
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIV	Système d'information sur la vaccination
UDI	Utilisateur de drogue par injection
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des régions sociosanitaires du Québec

- 01 Bas-Saint-Laurent
- 02 Saguenay–Lac-Saint-Jean
- 03 Québec
- 04 Mauricie et Centre-du-Québec
- 05 Estrie
- 06 Montréal-Centre
- 07 Outaouais
- 08 Abitibi-Témiscamingue
- 09 Côte-Nord
- 10 Nord-du-Québec
- 11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
- 12 Chaudière-Appalaches
- 13 Laval
- 14 Lanaudière
- 15 Laurentides
- 16 Montérégie
- 17 Nunavik
- 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James

Introduction

Dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, sept priorités d'action ont été fixées, soit 1) le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, 2) les maladies évitables par l'immunisation, 3) le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement, 4) le dépistage du cancer du sein, 5) le tabagisme, 6) les traumatismes non intentionnels et intentionnels (violence envers les personnes, suicide) et 7) l'alcoolisme et les toxicomanies. De ces priorités découlent 53 résultats attendus. La Direction générale de la santé publique a conçu un plan d'évaluation, incluant les instruments et la méthode, en concertation avec les régies régionales de la santé et des services sociaux par l'entremise des directions régionales de santé publique.

L'évaluation des priorités vise à rendre compte du degré d'avancement quant aux résultats attendus. Les résultats de l'évaluation sont ainsi présentés sous forme d'un bilan produit annuellement. Au cours des premières années d'implantation des priorités, il est apparu essentiel d'informer rapidement les acteurs de la santé publique sur cette progression, l'information s'avérant nécessaire afin d'appuyer la mobilisation du réseau de la santé publique à l'égard des résultats visés.

Au printemps 2001, l'opération de suivi a permis aux régies régionales de faire le point sur la situation au terme de la quatrième année, soit au 31 mars 2001. Les données collectées témoignent du travail accompli dans chacune des régions.

Le bilan est divisé en chapitres qui correspondent à chacune des priorités. Des faits saillants présentés au début de chaque chapitre donnent l'occasion de rappeler les objectifs de la priorité et de faire un tour d'horizon des actions réalisées pour les atteindre. Puis, l'état d'atteinte de chacun des résultats attendus est présenté avec des précisions, lorsque cela est possible, en nous éclairant sur notre progression depuis la troisième année. Les données recueillies auprès des régies régionales sont regroupées dans différents tableaux.

On constatera à la lecture du présent bilan que, pour certaines priorités, beaucoup de chemin a été parcouru alors que, pour d'autres, des efforts continus seront nécessaires pour atteindre les résultats attendus. Ce quatrième bilan permettra une fois encore au Ministère et aux régies régionales de la santé et des services sociaux de préciser les actions à intensifier pour atteindre les résultats fixés. Il permettra également de déterminer les améliorations à apporter à certaines sources d'information pour obtenir des données et s'assurer de leur fiabilité. Ce bilan demeure surtout un outil indispensable de mobilisation des équipes régionales et locales ainsi que des décideurs. Les résultats qu'il présente constituent un encouragement à poursuivre les actions nécessaires à l'atteinte des résultats attendus au terme des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

Jusqu'à maintenant, les bilans des priorités nationales de santé publique (PNSP) n'ont porté que sur les résultats attendus et non sur toutes les actions y figurant. Quant aux principes directeurs pouvant orienter l'action dans la perspective de l'atteinte des résultats attendus, ils font l'objet cette année d'une recherche évaluative réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec. Les résultats de cette recherche évaluative seront disponibles pour le prochain et dernier bilan des PNSP.

Méthode

Pour chaque résultat attendu, un ou plusieurs indicateurs ont été mis au point. Ce travail a été réalisé en 1997-1998, soit au cours de la première année d'évaluation. L'exercice a d'abord nécessité une analyse systématique des termes de chaque résultat attendu et l'établissement d'une définition la plus précise possible de chacun des concepts en cause. Un examen approfondi des sources de données existantes, en fonction de critères de disponibilité, de validité et de fiabilité, a été réalisé.

Ce premier examen a permis de constater qu'il y avait quatre façons différentes d'obtenir l'information : 1) par les systèmes d'information existants, 2) par des enquêtes, 3) par des fichiers sur les populations, et 4) par la conception d'outils de collecte de données. Compte tenu de la nature des résultats attendus, c'est cette dernière façon d'obtenir l'information qui, la plupart du temps, a été utilisée. Des instruments ont donc été conçus et regroupés dans un questionnaire accompagné d'un cahier technique explicitant les définitions des objets à mesurer.

L'année 1997-1998 a donné lieu à une première collecte d'information (du 1^{er} avril 1997 au 31 mars 1998). Celle de la deuxième année a suivi de près le même modèle. Cependant, pour la collecte de la troisième et la quatrième année, nous avons modifié certains indicateurs ou certaines questions à la lumière de l'expérience des première et deuxième années. Dans la mesure du possible, nous avons tenté de maintenir les éléments comparables d'une année à l'autre. Le lecteur trouvera les explications nécessaires dans les commentaires relatifs à chacun des résultats attendus. Les troisième et quatrième collectes ont été effectuées respectivement au 31 mars 2000 et au 31 mars 2001. Par ailleurs, pour la quatrième collecte, le questionnaire utilisé fût informatisé afin de faciliter la saisie, le transfert et le traitement des données recueillies.

Limites liées à la méthode

Les instruments utilisés demeurent perfectibles. Lors de la collecte de données, il a été demandé aux personnes impliquées de transmettre l'information rétrospectivement, en considérant la période allant du 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001 dans ce cas-ci. Cette remontée dans le temps a pu engendrer des imprécisions.

De plus, certains problèmes ont été rencontrés lors de l'utilisation de l'outil informatique ayant servi à la collecte de données. Il s'agissait d'une première année d'implantation de cet outil avec toutes les difficultés que cela implique. Malgré les avantages susmentionnés de cette base informatique, pour les professionnels, l'outil a pu même leur sembler limité dans les possibilités de nuancer certains résultats enregistrés.

Par ailleurs, certaines priorités ont fait l'objet d'investissements ponctuels ou d'allocations particulières, tandis que d'autres se sont insérées dans la programmation régulière. Cette dimension doit être prise en compte dans l'analyse de la performance réalisée. Plusieurs autres limites quant à l'interprétation sont énoncées dans le corps du document. Le lecteur devra donc être prudent dans l'interprétation des données présentées, notamment quant aux comparaisons interrégionales, lesquelles doivent être replacées dans leur contexte.

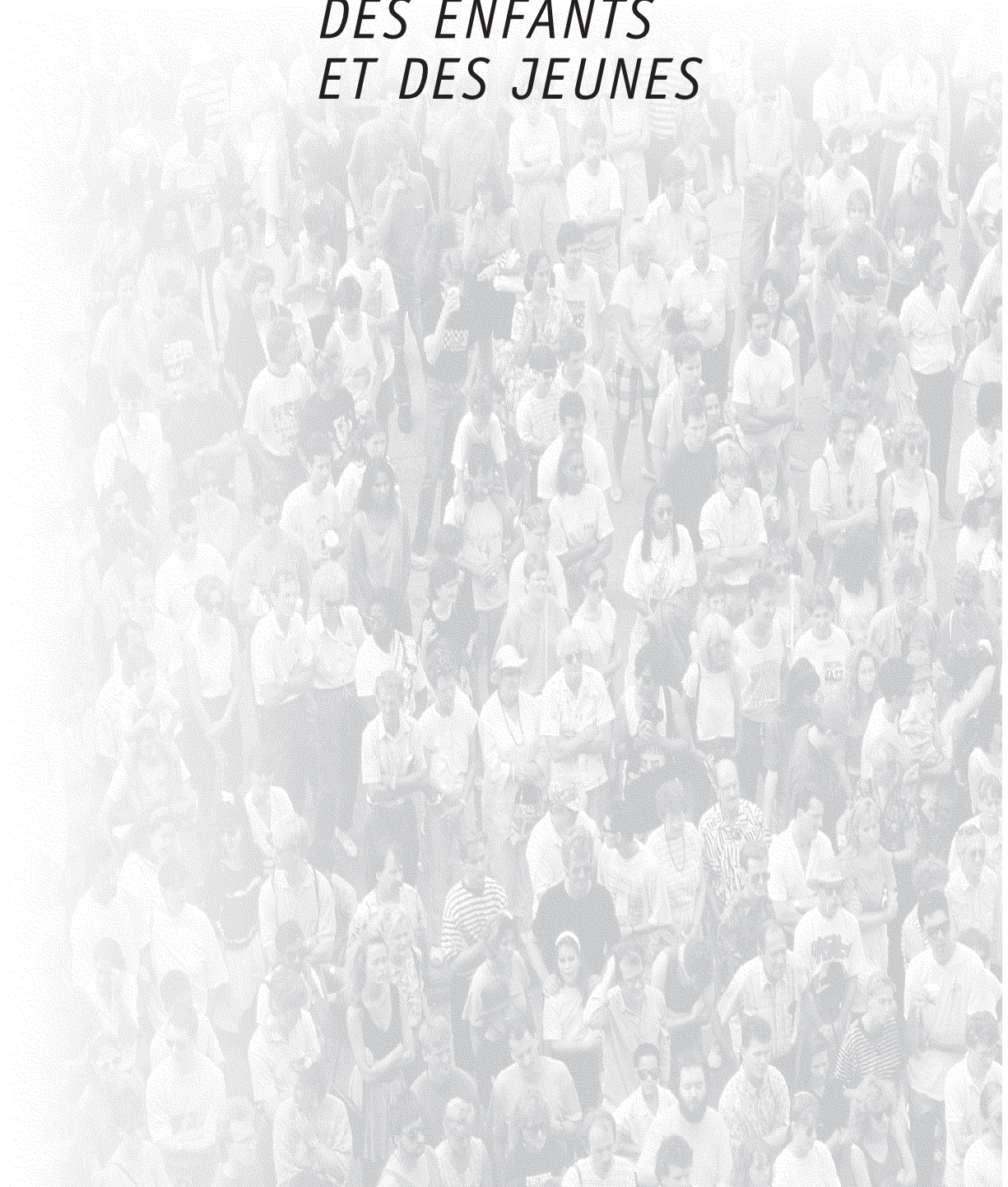
Il est à noter qu'un suivi axé sur les résultats visés laisse beaucoup de choses en plan. Dans plusieurs cas, il aurait été nécessaire d'aller plus loin que ne l'exige le libellé du résultat. Il aurait fallu être en mesure de mettre en contexte les événements clés, les

conditions préalables et les ressources accordées, autant d'éléments importants pour comprendre et expliquer la « photographie » que nous livre la présente évaluation.

Enfin, il faut voir l'évaluation des priorités nationales comme une démarche qui vise à susciter des questions et des débats sur les actions prioritaires en matière de santé publique ainsi que sur les conditions favorisant leur réalisation.

PRIORITÉ 1

*LE DÉVELOPPEMENT
ET L'ADAPTATION SOCIALE
DES ENFANTS
ET DES JEUNES*



Faits saillants

Pour l'année 2000-2001, deux résultats sont attendus quant à la première priorité, lesquels résultats portent sur l'atteinte de la population cible par les programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité, programmes du type Naître égaux – Grandir en santé (NEGS), et sur l'offre de ces programmes ainsi que sur la mise en place d'une programmation intégrée en milieu de garde. Il a été décidé de ne pas collecter de données concernant l'allaitement maternel, la valorisation du rôle du père et la programmation intégrée en milieu scolaire. Diverses raisons expliquent cette décision :

- les collectes de données réalisées antérieurement pour mesurer la prévalence de l'allaitement maternel n'ont pas permis d'en mesurer adéquatement la prévalence ; elles ont plutôt soulevé la nécessité soit de mettre en place un système uniforme afin de déterminer les taux provincial et régional d'allaitement maternel ou de procéder par enquête ;
- des travaux sont en cours pour définir avec plus de précision la problématique de la valorisation du rôle du père et pour mieux connaître les caractéristiques de la population à cibler par l'intervention ;
- enfin, il a été décidé de ne pas recueillir d'information ayant trait à la programmation intégrée en milieu scolaire pour 2000-2001 compte tenu qu'il n'existe pas de définition unique de ce concept.

En ce qui a trait à l'atteinte de la population cible par les programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS, le présent bilan permet d'estimer que 4 317 femmes pauvres et sous-scolarisées – ayant moins de onze années de scolarité – ont commencé à recevoir des services dans le cadre d'un tel programme entre le 1^{er} avril 2000 et le 31 mars 2001, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes, ce qui représente 38,9 % de la population visée. Les données permettent également d'évaluer à 2,9 % la proportion de la population de femmes pauvres et sous-scolarisées ayant participé à un programme du type NEGS intégral, c'est-à-dire qui inclut toutes ses composantes.

Cette année, l'ajout d'une question portant sur l'offre d'un programme du type NEGS permet de préciser le nombre de CLSC en voie d'implanter un véritable programme de ce type. Ainsi, en 2000-2001, 117 CLSC sont engagés dans l'offre d'un tel programme ; cependant, moins de 5 % de l'ensemble des CLSC proposent un programme du type NEGS intégral.

Enfin, l'analyse des données concernant les différents volets du programme en périnatalité révèle que l'accompagnement communautaire constitue le volet le mieux implanté, plus de trois CLSC sur cinq ayant mentionné l'offrir. L'existence d'un regroupement intersectoriel n'est mentionnée que dans un peu plus d'un CLSC sur deux. C'est toutefois l'absence de certaines composantes du volet relatif au suivi individuel qui explique avant tout les différences entre les programmes tels qu'ils se réalisent et un véritable programme du type NEGS, moins d'un CLSC sur dix offrant toutes les composantes prévues d'un tel suivi.

Pour ce qui est de la programmation intégrée en milieu de garde, l'étude coordonnée par un comité de travail tripartite relevant de la Table de concertation nationale en promotion et prévention (TCNPP) a permis de colliger des données qui contribueront à alimenter la

définition des indicateurs et à déterminer le degré d'implantation de ce type de programme dans le prochain bilan.

1.1 Accessibilité aux programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité

Que, d'ici 2002, 50 % des femmes québécoises enceintes, sous-scolarisées et en situation d'extrême pauvreté, aient été rejointes par un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type Naître égaux – Grandir en santé (NEGS).

Méthode

Définitions

Programme du type NEGS

Pour être conforme à la définition retenue dans le questionnaire, le programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS doit comprendre les volets suivants ainsi que leurs composantes.

Volet 1 : suivi individuel

- Un suivi intensif comprenant dix rencontres prénatales ainsi que quinze rencontres et dix contacts postnataux personnalisés ;
- un suivi débutant à la vingtième semaine de grossesse et se terminant quand l'enfant atteint 2 ans ;
- un suivi multidimensionnel, c'est-à-dire comportant les dimensions suivantes : suivi de santé, soutien nutritionnel, soutien à l'allaitement, suivi psychosocial, renforcement des compétences parentales, soutien au développement de l'enfant, soutien du réseau social immédiat et soutien socioéconomique ;
- un suivi effectué par une intervenante privilégiée qui réalise au moins la moitié des rencontres ou contacts prévus (environ dix-sept) ;
- une intervenante soutenue par une équipe interdisciplinaire.

Volet 2 : accompagnement communautaire

- Un programme du type NEGS prévoit un accompagnement communautaire qui peut emprunter diverses formes, allant de simples ententes de services entre un CLSC et un organisme communautaire à l'orientation et à l'accompagnement des personnes participantes, en passant par la coordination des interventions ou encore la participation des intervenants d'un organisme communautaire aux rencontres de l'équipe du CLSC.

Volet 3 : regroupement intersectoriel

- Un programme du type NEGS compte sur la présence d'un regroupement intersectoriel local en rapport avec le programme et réunissant des représentants de différents secteurs d'activité liés à la réalisation du programme.

Programme du type NEGS intégral (NEGS intégral)

Le NEGS intégral se définit comme un programme du type NEGS qui inclut toutes les composantes des trois volets d'activité prévus à un tel programme.

CLSC engagé dans l'offre d'un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS

CLSC qui offre un programme NEGS intégral (toutes les composantes des trois volets d'activité) ou encore qui n'offre pas toutes les composantes ou tous les volets d'activité d'un programme NEGS, mais qui compte ajouter, à court ou à moyen terme, les composantes ou volets manquants.

Population cible (population visée ou femmes visées)

Sous-scolarisées

Moins de onze années de scolarité (5^e année du secondaire non complétée).

Extrême pauvreté

Seule la notion de pauvreté a été retenue. Elle correspond à un revenu familial inférieur au seuil de faible revenu établi par Statistique Canada.

Femmes rejointes

Femmes ayant participé au programme entre le 1^{er} avril 2000 et le 31 mars 2001, peu importe le moment où elles ont commencé à bénéficier du programme et sans égard à la durée de leur participation à ce programme.

Nouvelles femmes rejointes

Femmes ayant commencé à bénéficier du programme entre le 1^{er} avril 2000 et le 31 mars 2001, sans égard à la durée de leur participation à ce programme.

Indicateurs

- Nombre et proportion de ***nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées*** rejointes par :
 - a) un programme du type NEGS, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes ;
 - b) un programme du type NEGS intégral ;
- nombre de femmes ***pauvres et sous-scolarisées*** rejointes par un programme du type NEGS, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes ;
- nombre de ***nouvelles*** femmes rejointes par :
 - a) un programme du type NEGS sans égard à la présence de l'ensemble des composantes ;
 - b) un programme du type NEGS intégral ;
- nombre de femmes rejointes par un programme du type NEGS, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes.

Collecte des données

La collecte des données sur l'offre des programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS a été effectuée à l'aide d'un questionnaire distribué dans les régions.

Calcul des indicateurs

La population visée – qui constitue le dénominateur – a été estimée au nombre d'enfants nés de mères sous-scolarisées (< 11 ans d'études) pour l'année 1998. La scolarité de la mère étant inconnue pour une partie des naissances (5 % ou 6 % à l'échelle du Québec), les inconnus ont été redistribués en leur appliquant la proportion d'enfants nés de mères sous-scolarisées établie à partir des naissances dont la scolarité de la mère était connue. Cette procédure a été appliquée à partir de la situation observée dans chaque CLSC.

Des estimations ont été faites pour les 17 CLSC engagés dans l'offre d'un programme de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS mais qui n'ont pu fournir d'information sur le nombre de nouvelles femmes rejointes répondant aux critères de la population cible – pauvre et sous-scolarisée, – nombre qui constitue le numérateur. La proportion « population visée rejointe/population visée » obtenue pour les CLSC ayant donné une réponse a alors été appliquée à la population cible des CLSC qui n'en ont pas donné et le nombre estimé a été retenu¹.

De plus, le nombre de nouvelles femmes rejointes a dû aussi être estimé pour 12 CLSC offrant un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS. Une valeur minimale leur a été attribuée, soit le nombre fourni ou estimé de nouvelles femmes sous-scolarisées qui ont bénéficié du programme (sous-estimation possible). Finalement, on a considéré que les sept CLSC pour lesquels l'information transmise ne permettait pas de savoir s'ils offraient ou non ce programme ne rejoignaient aucune femme (sous-estimation possible).

Résultats

Femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes

Pour l'ensemble du Québec, on estime que 4 317 femmes répondant aux critères de la population cible – pauvre et sous-scolarisée – ont commencé à recevoir des services dans le cadre d'un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS entre le 1^{er} avril 2000 et le 31 mars 2001. Si l'on additionne à ces femmes celles qui avaient commencé à recevoir des services avant le 1^{er} avril 2000 et qui ont continué à recevoir de tels services après cette date – soit 1 904 femmes –, le nombre total de femmes pauvres et sous-scolarisées ayant participé à un programme du type NEGS entre le 1^{er} avril 2000 et le 31 mars 2001 s'établit à 6 221 (cf. tableau 1.1).

Si l'on considère uniquement le nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées qui ont commencé à recevoir des services en 2000-2001 et que l'on rapporte ce nombre à l'ensemble des enfants nés de mères sous-scolarisées, on obtient un degré de

1. Sauf dans le cas d'un CLSC pour lequel l'estimation dépassait le nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes qu'avait fourni le CLSC. Ce dernier nombre a alors été utilisé comme estimation du nombre de **nouvelles** femmes pauvres et sous-scolarisées.

couverture de la population visée de 38,9 %. Le degré de couverture de la population visée est, en outre, fort variable d'une région à l'autre, allant de 0 % à un peu plus de 90 %. En fait, dans six régions, on rencontre plus de la moitié des femmes pauvres et sous-scolarisées du territoire alors que, dans deux régions, aucune femme n'a bénéficié d'un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS (*cf.* tableau 1.1.1).

Ces données ne tiennent cependant pas compte des caractéristiques du programme offert par chacun des CLSC. Or, comme l'analyse subséquente des résultats par CLSC le révèle, les différentes composantes du programme sont rarement réunies (voir les résultats de l'objectif 1.1a). Ainsi, comme l'indique le tableau 1.1.2, le nombre de nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes par un programme du type NEGS intégral, soit un programme offrant l'ensemble des composantes prévues, est de 322, nombre qui correspond à 2,9 % des femmes visées.

L'ajout d'une question sur l'engagement des CLSC dans l'offre d'un programme du type NEGS permet de distinguer le nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées qui ont bénéficié d'un tel programme du nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées qui ont participé à un autre type de programme en périnatalité. Ainsi, au cours de l'année 2000-2001, au moins 280 femmes répondant aux critères d'admissibilité d'un programme du type NEGS auraient bénéficié d'un autre type de programme en périnatalité. Ces résultats ne concernent toutefois que dix des dix-neuf CLSC ayant mentionné ne pas être engagés dans l'offre d'un programme du type NEGS tout en offrant un autre type de programme en périnatalité, neuf CLSC n'ayant fourni aucune donnée à ce sujet. De plus, le nombre de femmes ayant participé à un autre type de programme que Naître égaux – Grandir en santé n'est pas connu pour les CLSC qui offraient aussi un programme du type NEGS.

Femmes rejointes, quelles que soient leurs caractéristiques

En 2000-2001, on estime à 6 639 le nombre de femmes qui ont commencé à recevoir les services d'un programme du type NEGS, sans égard aux composantes du programme offertes par le CLSC. Outre ces nouvelles femmes, 3 297 femmes qui avaient commencé à recevoir des services avant le 1^{er} avril 2000 ont continué à en recevoir. Ainsi, 9 936 femmes ont bénéficié d'un programme du type NEGS entre le 1^{er} avril 2000 et le 31 mars 2001. Cependant, ce ne sont pas toutes ces femmes qui présentent les caractéristiques de la population visée (*cf.* tableau 1.1).

En effet, si l'on considère uniquement les femmes qui ont commencé à recevoir des services au cours de l'année 2000-2001, on constate que 35 % des participantes ne font pas partie de la population visée. Ce fait s'observe dans la plupart des régions. Notons que, des 434 femmes ayant bénéficié d'un programme du type NEGS intégral, 112 ne présentaient pas les caractéristiques de la population visée (*cf.* tableau 1.1.2).

Enfin, au cours de l'année 2000-2001, au moins 836 femmes auraient été rejointes par un autre type de programme en périnatalité qu'un programme du type NEGS. Ces résultats ne concernent toutefois que quatorze des dix-neuf CLSC ayant mentionné ne pas être engagés dans l'offre d'un programme du type NEGS tout en offrant un autre type de programme en périnatalité, cinq CLSC n'ayant fourni aucune donnée concernant le nombre de femmes rejointes.

Discussion

Limites méthodologiques

Certains éléments risquent d'affecter la validité des résultats obtenus. Le premier concerne les critères de définition de la « population sous-scolarisée en situation d'extrême pauvreté » qui, comme les années précédentes, a été réduite à la seule dimension de la sous-scolarisation, puisqu'il s'agit de l'unique variable inscrite dans le fichier des naissances. Or, la sous-scolarisation n'est pas aussi étroitement associée au faible revenu dans certaines régions semi-urbaines ou rurales qu'elle peut l'être en région urbaine.

Le deuxième élément a trait aux effets des réponses manquantes concernant le nombre de femmes rejointes – visées ou non – par un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS. D'une part, les estimations obtenues pour les CLSC qui offrent ce type de programme mais qui n'ont pas répondu laissent supposer que ces derniers se comportent comme ceux qui ont répondu, ce qui n'est peut-être pas le cas. D'autre part, une sous-estimation de la population rejointe a pu être produite par le fait de ne compter aucune femme rejointe par les CLSC dont on ne savait pas s'ils offraient un tel programme. Il importe cependant de souligner que, cette année, le taux de réponse au questionnaire a été supérieur à l'an dernier.

Malgré ces limites méthodologiques, il est permis de penser que les observations faites pour l'ensemble du Québec reflètent la tendance concernant l'offre de service de programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS. Une mise en garde doit cependant être faite à propos de l'interprétation des données régionales. Toute comparaison temporelle ou interrégionale exige une extrême prudence, car les diverses limites méthodologiques touchent les régions à des degrés divers.

Par ailleurs, des questions plus précises sur le type de programme ainsi que sur les femmes nouvellement inscrites et sur celles poursuivant le programme pour la deuxième année permettent d'obtenir une estimation plus exacte du nombre de nouvelles femmes rejointes en 2000-2001. Les changements apportés au questionnaire rendent toutefois difficiles les comparaisons avec les données des années antérieures.

Population visée rejointe en 2000-2001

Les données relatives à la population visée rejointe en 2000-2001 par un programme du type NEGS, sans égard aux composantes offertes, laissent croire que, dans quelques régions, l'on est près d'atteindre les résultats fixés par les priorités nationales. En effet, dans 6 régions, le taux d'atteinte de la population visée dépasse l'objectif de 50 %, alors qu'il est estimé à 38,9 % pour l'ensemble du Québec.

Cependant, la faible proportion (2,9 %) de mères pauvres et sous-scolarisées ayant participé à un programme du type NEGS intégral indique que l'objectif visé est loin d'être atteint. Comme il a été mentionné dans le bilan précédent, la difficulté ne réside pas seulement dans la possibilité de rencontrer les femmes enceintes visées, mais également dans celle de leur offrir un véritable programme intégré en périnatalité comme Naître égaux – Grandir en santé. La section suivante (objectif 1.1a) aborde la nature de l'offre de service d'un programme du type NEGS.

Femmes rejointes et femmes visées rejointes en 2000-2001

L'examen des données relatives à la population rejointe par un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS en 2000-2001 permet d'observer, tout comme cela a pu être fait les années antérieures, un écart important entre le nombre total de femmes rejointes et le nombre de femmes rejointes présentant les caractéristiques visées, à savoir la pauvreté et la faible scolarité. Cet écart amène à se questionner sur la pratique relativement généralisée, dans toutes les régions du Québec, d'offrir un programme du type NEGS à d'autres populations que celle à laquelle il est destiné.

Cette pratique laisse encore une fois supposer qu'un programme de ce type pourrait être indiqué pour des femmes présentant des caractéristiques associées à d'autres facteurs de risque pour la santé et le bien-être de leur enfant, tels que la monoparentalité ou l'isolement social. Une telle pratique permet également de penser qu'une offre de service trop limitée fait en sorte que l'on accepte des femmes dont les besoins sont différents de celles qui sont visées par un programme du type NEGS et que l'on modifie les composantes du programme selon les besoins et les caractéristiques des personnes participantes. La précision demandée cette année sur les autres types de programmes en périnatalité offerts par les CLSC indique pourtant que, dans certains CLSC, il existe d'autres types de services en périnatalité que NEGS.

Évolution dans l'atteinte de la population visée entre 1999-2000 et 2000-2001

Les limites méthodologiques mentionnées plus haut ne permettent pas de se prononcer sur l'évolution de la population visée entre 1999-2000 (5 408 femmes) et 2000-2001 (4 317 femmes). Il est possible, en effet, que la proportion de femmes rejointes en 1999-2000 ait été surestimée, les chiffres fournis par certains CLSC incluant des femmes qui avaient commencé le programme l'année précédente. Ces chiffres pouvaient inclure également des femmes ayant participé à un programme d'un autre type que Naître égaux – Grandir en santé. Cette année, l'ajout de questions sur la population rejointe permettait d'être plus précis et de distinguer le nombre de femmes nouvellement rejointes (4 317 femmes), c'est-à-dire celles qui ont commencé à bénéficier du programme entre le 1^{er} avril 2000 et le 31 mars 2001, de celles poursuivant le programme pour une deuxième année (1 904 femmes). De plus, une autre question ajoutée cette année permettait de mieux identifier les CLSC qui participaient vraiment à un programme en périnatalité du type NEGS.

Tableau 1.1 Nombre de femmes rejointes par un programme du type NEGS, selon le moment où elles ont commencé à bénéficier du programme – Québec, 2000-2001

	Femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes (ciblées)	Femmes rejointes (ciblées ou non)
Femmes ayant commencé à recevoir des services entre le 1 ^{er} avril 2000 et le 31 mars 2001	4 317	6 639
Femmes ayant commencé à recevoir des services avant le 1 ^{er} avril 2000	1 904	3 297
Total des femmes rejointes par un programme du type NEGS entre le 1^{er} avril 2000 et le 31 mars 2001	6 221	9 936

Tableau 1.1.1 Nombre et proportion de nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées, et nombre de nouvelles femmes rejointes par un programme du type NEGS – Québec et régions, 2000-2001

Régions ¹	Enfants nés de mères sous-scolarisées ²	Nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes		Nouvelles femmes rejointes
	Nombre	Nombre	Proportion ³ (%)	Nombre
01	274	192 ⁵	70,1	370 ⁵
02	317	92	29,0	160
03	325	213 ⁵	65,5	488 ⁵
04	711	643 ⁴	90,4	869
05	391	177	45,3	399
06	3 638	1 062 ⁵	29,2	1 525 ⁵
07	483	219	45,3	299
08	323	210	65,0	228
09	294	108 ⁴	36,7	234
10	36	0	0,0	0
11	218	122 ⁴	56,0	248 ⁴
12	360	117 ⁴	32,5	318 ⁴
13	362	44 ⁶	12,2	44 ⁶
14	627	191 ⁴	30,5	193 ⁴
15	705	303	43,0	506
16	1 685	534	31,7	668
17	176	90 ⁵	51,1	90 ⁵
18	173	0	0,0	0
Total	11 098	4 317	38,9	6 639

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Source : Fichier des naissances, 1998.

3. En raison du fait que nous travaillons avec des estimations de la population visée, que le nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes a été estimé pour certains CLSC et que les données transmises sur les populations rejointes comportent des limites, on ne peut assurer l'entière validité des proportions présentées. Elles ne doivent pas être considérées comme des valeurs précises mais plutôt indicatives d'un ordre de grandeur.

4. Des estimations ont été faites pour un CLSC de ces régions.

5. Des estimations ont été faites pour deux à cinq CLSC de ces régions.

6. Dans cette région, les données relatives à cette composante du programme n'ont pas été compilées pour toute l'année.

Tableau 1.1.2 Nombre et proportion de nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes et nombre de nouvelles femmes rejointes par un programme du type NEGS intégral ou non – Québec, 2000-2001

Caractéristiques du programme du type NEGS offert	Nouvelles femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes		Nouvelles femmes rejointes
	Nombre	Proportion (%)	Nombre
NEGS, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes	4 317	38,9	6 639
Programme du type NEGS intégral	322	2,9	434

1.1a Disponibilité des programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité

Que, d'ici 2002, des programmes du type NEGS soient offerts dans tous les territoires de CLSC.

Méthode

Définitions

Programme du type NEGS

Pour être conforme à la définition retenue dans le questionnaire, le programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS doit comprendre les volets suivants ainsi que leurs composantes.

Volet 1 : suivi individuel

- Un suivi intensif comprenant dix rencontres prénatales ainsi que quinze rencontres et dix contacts postnataux personnalisés ;
- un suivi débutant à la vingtième semaine de grossesse et se terminant quand l'enfant atteint 2 ans ;
- un suivi multidimensionnel, c'est-à-dire comportant les dimensions suivantes : suivi de santé, soutien nutritionnel, soutien à l'allaitement, suivi psychosocial, renforcement des compétences parentales, soutien au développement de l'enfant, soutien du réseau social immédiat et soutien socioéconomique ;
- un suivi effectué par une intervenante privilégiée qui réalise au moins la moitié des rencontres ou contacts prévus (environ dix-sept) ;
- une intervenante soutenue par une équipe interdisciplinaire.

Volet 2 : accompagnement communautaire

- Un programme du type NEGS prévoit un accompagnement communautaire qui peut emprunter diverses formes, allant de simples ententes de services entre un CLSC et un organisme communautaire à l'orientation et à l'accompagnement des personnes participantes, en passant par la coordination des interventions ou encore la participation des intervenants d'un organisme communautaire aux rencontres de l'équipe du CLSC.

Volet 3 : regroupement intersectoriel

- Un programme du type NEGS compte sur la présence d'un regroupement intersectoriel local en rapport avec le programme et réunissant des représentants de différents secteurs d'activité liés à la réalisation du programme.

Programme du type NEGS intégral (NEGS intégral)

Le NEGS intégral se définit comme un programme du type NEGS qui inclut toutes les composantes des trois volets d'activité prévus à un tel programme.

CLSC engagé dans l'offre d'un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS

CLSC qui offre un programme NEGS intégral (toutes les composantes des trois volets d'activité) ou encore qui n'offre pas toutes les composantes ou tous les volets d'activité d'un programme NEGS, mais qui compte ajouter, à court ou à moyen terme, les composantes ou volets manquants.

Indicateurs

- Nombre et proportion de CLSC engagés dans l'offre d'un programme du type NEGS sans égard à la présence de l'ensemble des composantes ;
- nombre et proportion de CLSC offrant un programme du type NEGS intégral ;
- nombre et proportion de CLSC offrant un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS avec toutes les composantes du suivi individuel (volet 1) ;
- nombre et proportion de CLSC dont le programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS inclut un accompagnement communautaire (volet 2) ;
- nombre et proportion de CLSC dont le programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS est en rapport avec un regroupement intersectoriel (volet 3) ;
- nombre et proportion de CLSC amorçant le suivi à vingt semaines de grossesse ou avant ;
- nombre et proportion de CLSC offrant au moins huit rencontres prénatales ;
- nombre et proportion de CLSC terminant le suivi postnatal à 24 mois ou plus tard ;
- nombre et proportion de CLSC offrant au moins 25 rencontres ou contacts postnatals ;
- nombre et proportion de CLSC dont le suivi individuel est assuré par une intervenante privilégiée ;
- nombre et proportion de CLSC offrant un suivi multidimensionnel ;
- nombre et proportion de CLSC selon les dimensions du suivi individuel offert ;
- nombre et proportion de CLSC disposant d'une équipe interdisciplinaire.

Collecte des données

La collecte des données sur l'offre de programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS a été effectuée à l'aide d'un questionnaire distribué dans les régions.

Résultats

Programme du type NEGS

Les modifications apportées au questionnaire permettent de décrire plus précisément l'offre de service des programmes intégrés du type NEGS, c'est-à-dire de distinguer les CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme de ce type de ceux qui sont engagés dans un programme en périnatalité d'un autre type que NEGS. Ces modifications obligent cependant à une certaine prudence dans la comparaison des résultats de cette année avec ceux du bilan précédent. C'est pourquoi, les résultats de l'année 1999-2000 ne seront donnés qu'à titre indicatif.

En 2000-2001, 117 CLSC (80,1 %) sont considérés comme engagés dans l'offre d'un programme intégré du type NEGS, 19 CLSC (13,0 %) ayant mentionné ne pas être engagés dans l'offre d'un tel programme tout en offrant un autre type de programme en périnatalité. Trois CLSC ont mentionné ne pas offrir de tels programmes et sept CLSC¹ n'ont donné aucune information à ce sujet. En considérant les 117 CLSC engagés dans l'offre d'un programme du type NEGS, on constate qu'un tel programme existait dans l'ensemble des CLSC de neuf régions, alors qu'il ne faisait pas partie de l'offre de service de deux régions (cf. tableau 1.1a2).

Lorsqu'on examine l'offre de service en fonction de la présence des composantes du programme, on observe que 6 CLSC (4,1 %) offrent cette année un programme du type NEGS intégral, c'est-à-dire qui inclut toutes les composantes prévues. Il importe cependant de mentionner que les réponses manquantes de 12 CLSC concernant l'une ou l'autre des différentes composantes d'un programme du type NEGS ne permettent pas de déterminer si ces derniers offrent ou non un programme NEGS intégral. Par ailleurs, la proportion des CLSC qui offrent toutes les composantes du suivi individuel (volet 1) est de 6,8 % ; elle s'élève à 68,5 % pour ce qui est de l'accompagnement communautaire (volet 2) et à 52,7 % en ce qui concerne l'existence d'un regroupement intersectoriel (volet 3, cf. tableau 1.1a1).

Volet 1 : le suivi individuel

Comme il a été mentionné précédemment, une faible proportion de CLSC (6,8 %) offraient, en 2000-2001, toutes les composantes du suivi individuel (cf. tableau 1.1a1). Cependant, les non-réponses de treize CLSC concernant l'une ou l'autre des composantes du suivi individuel ne permettent pas de déterminer si ces CLSC offrent ou non l'ensemble des composantes de ce suivi. Alors qu'une majorité de CLSC respectaient des critères comme le début du suivi, le nombre de rencontres prénatales requis, l'aspect multidimensionnel du suivi, la présence d'une intervenante privilégiée et l'existence d'une équipe interdisciplinaire, la proportion de CLSC qui ont eu le nombre souhaité de rencontres postnatales et fait le suivi jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 2 ans s'est avérée plus faible que pour les autres composantes du programme (cf. tableau 1.1a3). Il importe cependant de souligner qu'une vingtaine de CLSC engagés dans un programme du type NEGS n'ont pu fournir de données concernant ces deux dernières composantes.

En 2000-2001, les trois quarts des CLSC (75,3 %) accueillaient les femmes enceintes dans un programme du type NEGS à compter de la vingtième semaine de grossesse ou avant (cf. tableau 1.1a4). En outre, on offre cette composante du suivi sur l'ensemble du territoire dans huit régions. Les CLSC sont cependant moins nombreux (55,5 %) à offrir le nombre minimal de huit rencontres² individuelles en période prénatale, le nombre moyen de ces rencontres s'établissant à 7,5, en 2000-2001. Cette composante du programme était offerte dans l'ensemble des CLSC de deux régions seulement (cf. tableau 1.1a5).

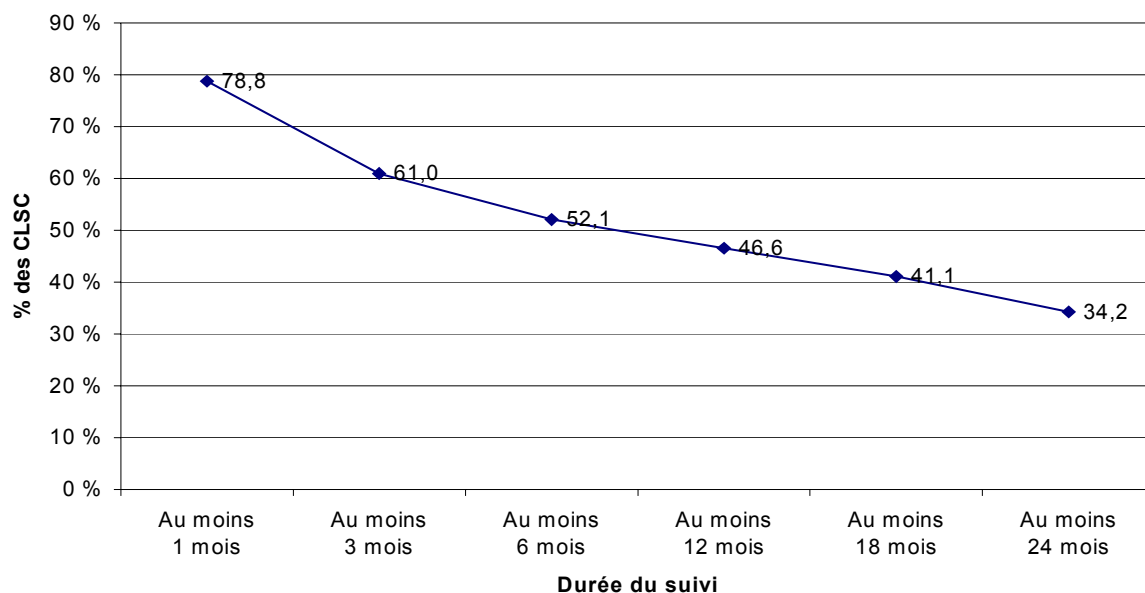
Un peu plus du tiers des CLSC (34,2 %) assuraient le suivi postnatal pendant 24 mois, la durée moyenne de ce suivi s'établissant à 12 mois en 2000-2001. Dans seulement deux

-
1. En fait, nous ne disposons d'aucune information concernant huit CLSC. Nous savons toutefois qu'un de ces CLSC est engagé dans l'offre d'un programme du type NEGS.
 2. Le nombre prévu de rencontres dans un programme du type NEGS est établi à dix. Au moment du premier bilan, ce critère a été ramené à huit rencontres en raison de la forme de la distribution de fréquence de cette variable. En 2000-2001, tout comme les années passées, nous avons repris ce critère.

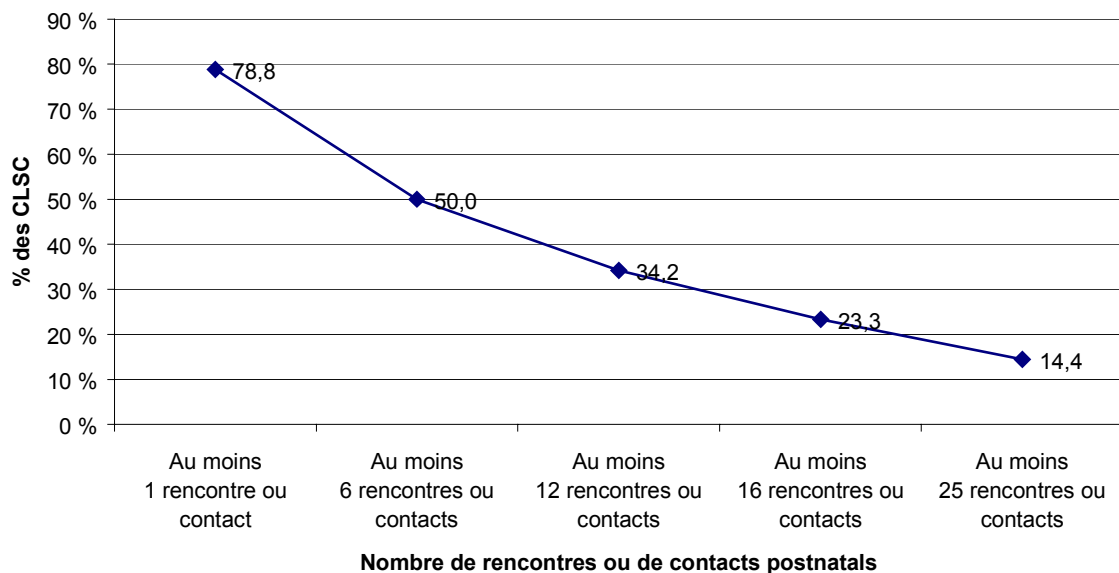
régions on offrait le suivi postnatal pour la durée prévue de deux ans sur tout le territoire (cf. tableau 1.1a6). Il importe cependant de souligner le nombre important de données manquantes ayant trait à cette composante du programme, 20 CLSC engagés dans l'offre d'un programme du type NEGS n'ayant pas répondu à cette question. Le graphique 1 illustre la durée du suivi postnatal offert dans un programme du type NEGS par les différents CLSC.

En ce qui a trait au nombre de rencontres ou de contacts postnatals, 14,4 % des CLSC offraient le nombre visé de 25 rencontres ou contacts en 2000-2001. Dans aucune région on a offert le nombre requis de 25 rencontres ou contacts postnatals sur l'ensemble du territoire (cf. tableau 1.1a7). Encore une fois, le nombre important de non-réponses concernant cette composante du suivi individuel mérite d'être mentionné, 21 CLSC n'ayant pas fourni d'information à ce sujet. On a enregistré pour cette période un nombre moyen de 9,6 rencontres ou contacts postnatals par femme suivie. Le graphique 2 montre le nombre de rencontres ou de contacts postnatals effectués dans un programme du type NEGS par les CLSC.

Graphique 1
Durée du suivi postnatal offert dans un programme du type NEGS,
Québec, 2000-2001



Graphique 2
Nombre de rencontres ou de contacts postnatals offerts
dans un programme du type NEGS, Québec, 2000-2001



En 2000-2001, près des deux tiers des CLSC (64,4 %) proposaient un suivi multidimensionnel. Ce suivi était offert sur l'ensemble du territoire de quatre régions (*cf.* tableau 1.1a8). Si l'on considère les différentes dimensions du suivi, on constate que plus de trois CLSC sur quatre les offraient, à l'exception du soutien du réseau immédiat et du soutien socioéconomique pour lesquelles la proportion tombait à un peu moins de trois CLSC sur quatre (*cf.* tableau 1.1a9).

Par ailleurs, en 2000-2001, plus des trois quarts des CLSC (76,7 %) ont eu recours à une intervenante privilégiée dans le cadre d'un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS. Dans sept régions, on a fait appel cette année à une intervenante privilégiée pour offrir un tel programme sur l'ensemble du territoire (*cf.* tableau 1.1a10).

Enfin, plus de trois CLSC sur cinq (71,9 %) ont mentionné avoir une équipe interdisciplinaire. En outre, une telle équipe existait dans tous les CLSC de sept régions (*cf.* tableau 1.1a11).

Volet 2 : l'accompagnement communautaire

En 2000-2001, des activités d'accompagnement communautaire se déroulaient dans plus de trois CLSC sur cinq (68,5 %). Cet accompagnement était par ailleurs offert sur l'ensemble du territoire de six régions (*cf.* tableau 1.1a12).

Volet 3 : le regroupement intersectoriel

En 2000-2001, plus de la moitié (52,7 %) des CLSC comptaient un regroupement intersectoriel lié à un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité du type NEGS. En outre, cette année, deux régions disposaient d'un regroupement intersectoriel sur l'ensemble du territoire (*cf.* tableau 1.1a13).

Discussion

Limites méthodologiques

L'ajout, cette année, d'une question sur l'engagement des CLSC dans l'offre d'un programme du type NEGS permet de connaître plus précisément le nombre de CLSC en voie d'implanter un véritable programme de ce type. Cet ajout oblige cependant à une certaine prudence dans la comparaison des résultats de cette année avec ceux du bilan précédent. En effet, les données recueillies en 1999-2000 ne permettaient pas de déterminer avec certitude si les CLSC étaient vraiment engagés dans l'offre d'un programme NEGS ou s'ils offraient un tout autre programme qui incluait certaines des composantes d'un programme de ce type. En fait, on peut supposer que les résultats du bilan précédent incluaient une dizaine de CLSC qui offraient un autre type de programme en périnatalité que NEGS. Bref, les données recueillies cette année permettent d'estimer avec plus d'exactitude le nombre de CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS et offrant chacune des composantes, comparativement aux données compilées l'an dernier qui risquaient de surestimer ces nombres.

Soulignons également l'effet des réponses manquantes sur les résultats obtenus, même si ce phénomène est de façon générale moins important que l'année dernière. Cette année, on ne peut se prononcer sur l'offre d'un programme du type NEGS pour sept CLSC car ils n'ont fourni aucune information à ce sujet. Par ailleurs, certains CLSC offrant NEGS n'ont pas transmis tous les renseignements demandés permettant de décrire les composantes du programme : le nombre de réponses manquantes varie de un à quatre pour la majorité des composantes examinées, sauf pour les composantes ayant trait au suivi postnatal – durée du suivi et nombre de rencontres – qui souffrent d'une vingtaine de non-réponses. Dans le calcul des indicateurs, les CLSC qui n'ont pas donné l'information demandée ont été considérés comme n'offrant pas un programme du type NEGS ou n'offrant pas l'une ou l'autre des composantes du suivi. Cela peut entraîner une sous-estimation des résultats. Il faut également être prudent dans l'interprétation des données régionales : les données manquantes nuisent parfois à l'exactitude du bilan régional.

Enfin, les réponses au questionnaire proviennent davantage d'une évaluation globale des interventions telles qu'elles se font ou telles qu'elles sont planifiées, plutôt que d'un relevé systématique de leurs caractéristiques, ce qui peut diminuer l'exactitude de la description des programmes offerts.

Proportion de CLSC offrant un programme du type NEGS

En 2000-2001, 80,1 % des CLSC sont considérés comme étant engagés dans l'offre d'un programme du type NEGS. À première vue, ce résultat laisse penser à une diminution du nombre de CLSC offrant un programme du type NEGS par rapport au bilan précédent où 87,1 % des CLSC avaient mentionné offrir un programme de ce type. Il importe cependant de rappeler que les données recueillies en 1999-2000 ne permettaient pas de déterminer si les CLSC étaient vraiment engagés dans l'offre d'un programme NEGS ou s'ils offraient un tout autre programme qui incluait certaines des composantes d'un programme de ce type. En fait, on peut supposer que les résultats du bilan précédent incluaient une dizaine de CLSC qui offraient un autre type de programme en périnatalité que NEGS.

En considérant la proportion de CLSC engagés cette année dans l'offre d'un programme du type NEGS, on pourrait croire que l'objectif visé par les priorités nationales est en voie d'être atteint. Cette interprétation est cependant peu plausible si l'on examine les composantes des programmes offerts. En effet, à la suite de l'examen de ces composantes, on constate que seulement 4,1 % des CLSC offrent un programme du type NEGS intégral, c'est-à-dire qui inclut toutes les composantes du programme tel qu'il est défini comparativement à 8,2 % l'an dernier. Il importe cependant de mentionner que des données sont manquantes pour 10 CLSC qui offraient un programme du type NEGS intégral en 1999-2000, ce qui laisse supposer que le nombre de CLSC offrant un programme NEGS intégral en 2000-2001 pourrait être plus élevé que celui enregistré. Ce nombre demeure toutefois faible par rapport à l'objectif à atteindre.

Degré d'implantation des programmes du type NEGS en fonction des trois volets du programme

Les résultats relatifs à l'implantation des trois volets du programme vont dans le même sens que ceux de l'an dernier. L'absence de certaines composantes du volet de suivi individuel explique avant tout les différences entre les programmes tels qu'ils se réalisent et un véritable programme du type NEGS, et ce, tant en ce qui concerne les résultats enregistrés cette année que ceux observés l'an dernier. En effet, 6,8 % des CLSC offraient cette année toutes les composantes du suivi individuel, comparativement à 8,8 % l'an dernier. Cette apparente diminution entre 1999-2000 et 2000-2001 pourrait cependant être attribuable aux seules réponses manquantes d'une dizaine de CLSC qui offraient toutes les composantes d'un tel suivi l'an dernier. L'accompagnement communautaire, pour sa part, constituerait le volet du programme en périnatalité le mieux implanté, près de sept CLSC sur dix ayant mentionné offrir cette dimension du programme. Les résultats enregistrés cette année marqueraient cependant une baisse par rapport à l'an dernier, 68,5 % des CLSC offrant ce volet en 2000-2001, comparativement à 84,4 % en 1999-2000. Les réponses manquantes ainsi que la précision demandée cette année concernant l'offre de service d'un programme du type NEGS peuvent expliquer cette baisse. Enfin, le volet concernant un regroupement intersectoriel en rapport avec un programme du type NEGS existe, pour sa part, dans un peu plus d'un CLSC sur deux (52,7 %), ce qui représente une légère hausse par rapport à l'an dernier (49,7 %).

Degré d'implantation des programmes du type NEGS en fonction des composantes du suivi individuel

Tout comme en 1999-2000, on constate un bon degré d'implantation des programmes du type NEGS en 2000-2001 lorsque l'on considère le début du suivi, la présence d'une intervenante privilégiée et l'existence d'une équipe interdisciplinaire. Toutefois, comme l'an dernier, le portrait de l'offre de service est cependant moins reluisant en ce qui a trait à la période postnatale. En effet, en 2000-2001, un peu plus du tiers des CLSC seulement offraient le suivi postnatal pendant 24 mois. La proportion de CLSC effectuant le nombre requis de 25 rencontres ou contacts postnatals, pour sa part, n'était que de 14,4 %. Il importe cependant de rappeler qu'une vingtaine de CLSC n'ont pas fourni de données concernant ces deux dernières dimensions du suivi. De façon générale, la comparaison des données sur les composantes du suivi individuel est difficile entre les deux années à cause des données manquantes l'une ou l'autre année et des modifications apportées au questionnaire cette année.

Tableau 1.1a1 Proportion et nombre de CLSC selon les caractéristiques du programme du type NEGS offert¹ – Québec, 1999-2000 et 2000-2001

Caractéristiques du programme du type NEGS offert	1999-2000	2000-2001
En fonction des composantes du programme		
NEGS, sans égard à la présence des composantes	87,1 % (128/147)	80,1 % (117/146)
NEGS intégral	8,2 % (12/147)	4,1%² (6/146)
En fonction des volets du programme NEGS		
Présence de toutes les composantes du suivi individuel (volet 1)	8,8 % (13/147)	6,8 %³ (10/146)
Présence de l'accompagnement communautaire (volet 2)	84,4 % (124/147)	68,5 % (100/146)
Présence d'un regroupement intersectoriel (volet 3)	49,7 % (73/147)	52,7 % (77/146)

1. Les données recueillies en 2000-2001 se rapportent exclusivement aux programmes du type NEGS. Elles sont difficilement comparables aux données de 1999-2000 qui pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS. En fait, on estime que, l'an dernier, les réponses d'une dizaine de CLSC pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS.
2. Les non-réponses de 12 CLSC à l'une ou l'autre des questions ne permettent pas de déterminer si ces CLSC offrent un programme du type NEGS intégral, c'est-à-dire qui inclut toutes les composantes prévues à un tel programme.
3. Les non-réponses de 13 CLSC à l'une ou l'autre des questions relatives aux composantes du suivi individuel ne permettent pas de déterminer si ces CLSC offrent l'ensemble des composantes de ce volet du programme.

Tableau 1.1a2 Nombre et proportion de CLSC offrant un programme du type NEGS¹, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001

Régions ²	CLSC engagés dans NEGS	
	1999-2000	2000-2001
01	6/8	7/8
02	4/6	2/6
03	8/8	8/8
04	11/11	11/11
05	8/8	7/7
06	20/29	16/29
07	6/8	6/8
08	6/6	6/6
09	5/6	5/6
10	0/1	0/1
11	6/6	6/6
12	11/11	6/11
13	4/4	4/4
14	6/6	6/6
15	7/7	7/7
16	18/19	18/19
17	2/2	2/2
18	0/1	0/1
Total	128/147³	117/146⁴
Proportion	87,1 %	80,1 %

1. Les données recueillies en 2000-2001 se rapportent exclusivement aux programmes du type NEGS. Elles sont difficilement comparables aux données de 1999-2000 qui pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS. En fait, on estime que, l'an dernier, les réponses d'une dizaine de CLSC pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS.

2. Voir la liste des régions à la page 15.

3. En 1999-2000, 128 CLSC sont engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 4 CLSC n'offrent pas un tel programme et 15 CLSC n'ont pas fourni l'information.

4. En 2000-2001, 117 CLSC sont engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 19 CLSC ont mentionné ne pas être engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS tout en offrant un programme en périnatalité d'un autre type, 3 CLSC n'offrent pas de tels programmes et 7 CLSC n'ont pas fourni d'information à ce sujet.

Tableau 1.1a3 Proportion et nombre de CLSC selon les composantes du suivi individuel offert dans un programme du type NEGS¹ – Québec, 1999-2000 et 2000-2001

Composantes du suivi individuel	CLSC engagés dans NEGS	
	1999-2000	2000-2001
Début du suivi à 20 semaines ou avant	84,4 % (124/147)	75,3 % (110/146)
Suivi postnatal jusqu'à 24 mois ou après	44,2 % (65/147)	34,2 % (50/146)
Au moins 8 rencontres prénatales	59,2 % (87/147)	55,5 % (81/146)
Au moins 25 rencontres ou contacts postnatals	19,0 % (28/147)	14,4 % (21/146)
Suivi multidimensionnel	69,4 % (102/147)	64,4 % (94/146)
Présence d'une intervenante privilégiée	62,6 % (92/147)	76,7 % (112/146)
Présence d'une équipe interdisciplinaire	68,0 % (100/147)	71,9 % (105/146)

1. Les données recueillies en 2000-2001 se rapportent exclusivement aux programmes du type NEGS. Elles sont difficilement comparables aux données de 1999-2000 qui pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS. En fait, on estime que, l'an dernier, les réponses d'une dizaine de CLSC pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS.

Tableau 1.1a4 Nombre et proportion de CLSC offrant le suivi à compter de la vingtième semaine de grossesse ou plus tôt dans un programme du type NEGS¹ – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001

Régions ²	CLSC engagés dans NEGS	
	1999-2000	2000-2001
01	6/8	7/8
02	4/6	2/6
03	8/8	8/8
04	11/11	11/11
05	8/8	7/7
06	19/29	14/29
07	5/8	6/8
08	6/6	6/6
09	4/6	5/6
10	0/1	0/1
11	6/6	6/6
12	10/11	5/11
13	4/4	3/4
14	6/6	6/6
15	7/7	7/7
16	18/19	15/19
17	2/2	2/2
18	0/1	0/1
Total	124/147³	110/146⁴
Proportion	84,4 %	75,3 %

1. Les données recueillies en 2000-2001 se rapportent exclusivement aux programmes du type NEGS. Elles sont difficilement comparables aux données de 1999-2000 qui pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS. En fait, on estime que, l'an dernier, les réponses d'une dizaine de CLSC pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS.

2. Voir la liste des régions à la page 15.

3. En 1999-2000, des 128 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 124 CLSC amorcent le suivi à la vingtième semaine de grossesse ou avant, 1 CLSC le commence plus tardivement et, pour 3 CLSC, le moment où s'enclenche le suivi n'est pas connu.

4. En 2000-2001, des 117 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 110 CLSC amorcent le suivi à la vingtième semaine de grossesse ou avant, 6 CLSC le commencent plus tardivement et 1 CLSC n'a pas fourni l'information.

Tableau 1.1a5 Nombre et proportion de CLSC offrant au moins huit rencontres prénatales dans un programme du type NEGS¹ – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001

Régions ²	CLSC engagés dans NEGS	
	1999-2000	2000-2001
01	4/8	6/8
02	2/6	2/6
03	3/8	5/8
04	9/11	8/11
05	4/8	4/7
06	10/29	12/29
07	4/8	4/8
08	4/6	5/6
09	3/6	1/6
10	0/1	0/1
11	6/6	6/6
12	2/11	2/11
13	4/4	1/4
14	6/6	5/6
15	6/7	5/7
16	18/19	13/19
17	2/2	2/2
18	0/1	0/1
Total	87/147³	81/146⁴
Proportion	59,2 %	55,5 %

1. Les données recueillies en 2000-2001 se rapportent exclusivement aux programmes du type NEGS. Elles sont difficilement comparables aux données de 1999-2000 qui pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS. En fait, on estime que, l'an dernier, les réponses d'une dizaine de CLSC pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS.

2. Voir la liste des régions à la page 15.

3. En 1999-2000, des 128 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 87 CLSC effectuaient au moins 8 rencontres prénatales, 39 en faisaient moins et 2 CLSC n'ont pas précisé de nombre.

4. En 2000-2001, des 117 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 81 CLSC effectuaient au moins 8 rencontres prénatales, 32 en faisaient moins et 4 CLSC n'ont pas précisé de nombre.

Tableau 1.1a6 Nombre et proportion de CLSC terminant le suivi postnatal à 24 mois ou plus tard dans un programme du type NEGS¹ – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001

Régions ²	CLSC engagés dans NEGS	
	1999-2000	2000-2001
01	3/8	3/8
02	1/6	2/6
03	0/8	3/8
04	8/11	6/11
05	5/8	6/7
06	9/29	7/29
07	4/8	4/8
08	1/6	2/6
09	0/6	0/6
10	0/1	0/1
11	0/6	1/6
12	2/11	1/11
13	1/4	1/4
14	6/6	5/6
15	7/7	7/7
16	18/19	0/19 ³
17	0/2	2/2
18	0/1	0/1
Total	65/147⁴	50/146⁵
Proportion	44,2 %	34,2 %

1. Les données recueillies en 2000-2001 se rapportent exclusivement aux programmes du type NEGS. Elles sont difficilement comparables aux données de 1999-2000 qui pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS. En fait, on estime que, l'an dernier, les réponses d'une dizaine de CLSC pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS.

2. Voir la liste des régions à la page 15.

3. Cette année, les données sur la durée du suivi postnatal ne sont pas disponibles pour cette région.

4. En 1999-2000, des 128 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 65 CLSC assuraient le suivi postnatal pendant au moins 24 mois, 56 l'assuraient moins longtemps et 7 n'ont pas précisé la durée du suivi postnatal.

5. En 2000-2001, des 117 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 50 CLSC assuraient le suivi postnatal pendant au moins 24 mois, 47 l'assuraient moins longtemps et 20 n'ont pas précisé la durée du suivi postnatal.

Tableau 1.1a7 Nombre et proportion de CLSC offrant au moins 25 rencontres ou contacts postnatals dans un programme du type NEGS¹ – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001

Régions ²	CLSC engagés dans NEGS	
	1999-2000	2000-2001
01	0/8	0/8
02	0/6	0/6
03	0/8	1/8
04	1/11	4/11
05	0/8	6/7
06	0/29	1/29
07	0/8	0/8
08	0/6	1/6
09	0/6	0/6
10	0/1	0/1
11	6/6	4/6
12	0/11	1/11
13	1/4	0/4
14	2/6	2/6
15	0/7	1/7
16	18/19	0/19 ³
17	0/2	0/2
18	0/1	0/1
Total	28/147⁴	21/146⁵
Proportion	19,0 %	14,4 %

1. Les données recueillies en 2000-2001 se rapportent exclusivement aux programmes du type NEGS. Elles sont difficilement comparables aux données de 1999-2000 qui pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS. En fait, on estime que, l'an dernier, les réponses d'une dizaine de CLSC pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS.

2. Voir la liste des régions à la page 15.

3. Cette année, les données sur le nombre de rencontres ou de contacts postnatals ne sont pas disponibles pour cette région.

4. En 1999-2000, des 128 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 28 CLSC effectuaient au moins 25 rencontres ou contacts postnatals, 95 en faisaient moins et 5 CLSC n'ont pas précisé de nombre.

5. En 2000-2001, des 117 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 21 CLSC effectuaient au moins 25 rencontres ou contacts postnatals, 75 en faisaient moins et 21 CLSC n'ont pas précisé de nombre.

Tableau 1.1a8 Nombre et proportion de CLSC offrant un suivi multidimensionnel¹ dans un programme du type NEGS² – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001

Régions ³	CLSC engagés dans NEGS	
	1999-2000	2000-2001
01	4/8	4/8
02	4/6	1/6
03	8/8	8/8
04	10/11	10/11
05	8/8	6/7
06	19/29	11/29
07	6/8	5/8
08	6/6	6/6
09	1/6	3/6
10	0/1	0/1
11	1/6	2/6
12	6/11	4/11
13	3/4	3/4
14	6/6	6/6
15	7/7	7/7
16	11/19	18/19
17	2/2	0/2
18	0/1	0/1
Total	102/147⁴	94/146⁵
Proportion	69,4 %	64,4 %

1. Le suivi offert dans un programme du type NEGS est dit multidimensionnel lorsqu'il inclut les dimensions suivantes : suivi de santé, soutien nutritionnel, soutien à l'allaitement, suivi psychosocial, renforcement des compétences parentales, soutien au développement de l'enfant, soutien du réseau immédiat et soutien socioéconomique.

2. Les données recueillies en 2000-2001 se rapportent exclusivement aux programmes du type NEGS. Elles sont difficilement comparables aux données de 1999-2000 qui pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS. En fait, on estime que, l'an dernier, les réponses d'une dizaine de CLSC pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS.

3. Voir la liste des régions à la page 15.

4. En 1999-2000, des 128 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 102 CLSC proposaient un suivi multidimensionnel, certaines dimensions du suivi manquaient dans 21 CLSC tandis que 5 CLSC n'ont pas précisé ces dimensions.

5. En 2000-2001, des 117 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 94 CLSC proposaient un suivi multidimensionnel, certaines dimensions du suivi manquaient dans 22 CLSC et 1 CLSC n'a pas fourni l'information.

Tableau 1.1a9 Proportion et nombre de CLSC selon chacune des dimensions du suivi individuel offert dans un programme du type NEGS¹ – Québec, 1999-2000 et 2000-2001

Dimensions du suivi individuel	CLSC engagés dans NEGS	
	1999-2000	2000-2001
Suivi de santé	86,4 % (127/147)	78,8 % (115/146)
Soutien nutritionnel	83,0 % (122/147)	78,8 % (115/146)
Soutien à l'allaitement	86,4 % (127/147)	79,5 % (116/146)
Suivi psychosocial	87,1 % (128/147)	78,1 % (114/146)
Renforcement des compétences parentales	84,4 % (124/147)	76,7 % (112/146)
Soutien au développement de l'enfant	84,4 % (124/147)	77,4 % (113/146)
Soutien du réseau immédiat	77,6 % (114/147)	69,9 % (102/146)
Soutien socioéconomique	74,8 % (110/147)	69,9 % (102/146)

1. Les données recueillies en 2000-2001 se rapportent exclusivement aux programmes du type NEGS. Elles sont difficilement comparables aux données de 1999-2000 qui pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS. En fait, on estime que, l'an dernier, les réponses d'une dizaine de CLSC pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS.

Tableau 1.1a10 Nombre et proportion de CLSC dont le suivi individuel est offert par une intervenante privilégiée dans un programme du type NEGS¹ – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001

Régions ²	CLSC engagés dans NEGS	
	1999-2000	2000-2001
01	3/8	7/8
02	4/6	2/6
03	7/8	7/8
04	10/11	11/11
05	8/8	7/7
06	13/29	15/29
07	3/8	6/8
08	6/6	6/6
09	0/6	5/6
10	0/1	0/1
11	6/6	5/6
12	1/11	4/11
13	3/4	4/4
14	5/6	6/6
15	5/7	7/7
16	17/19	18/19
17	1/2	2/2
18	0/1	0/1
Total	92/147³	112/146⁴
Proportion	62,6 %	76,7 %

1. Les données recueillies en 2000-2001 se rapportent exclusivement aux programmes du type NEGS. Elles sont difficilement comparables aux données de 1999-2000 qui pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS. En fait, on estime que, l'an dernier, les réponses d'une dizaine de CLSC pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS.

2. Voir la liste des régions à la page 15.

3. En 1999-2000, des 128 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 92 CLSC ont eu recours à une intervenante privilégiée, 13 CLSC n'avaient pas recours à cette personne et 23 CLSC n'ont pas fourni l'information.

4. En 2000-2001, des 117 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 112 CLSC ont eu recours à une intervenante privilégiée, 4 CLSC n'avaient pas recours à cette personne et 1 CLSC n'a pas fourni l'information.

Tableau 1.1a11 Nombre et proportion de CLSC disposant d'une équipe interdisciplinaire dans un programme du type NEGS¹ – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001

Régions ²	CLSC engagés dans NEGS	
	1999-2000	2000-2001
01	5/8	5/8
02	4/6	2/6
03	8/8	8/8
04	9/11	11/11
05	4/8	5/7
06	19/29	14/29
07	4/8	6/8
08	6/6	6/6
09	3/6	5/6
10	0/1	0/1
11	0/6	2/6
12	10/11	4/11
13	1/4	4/4
14	5/6	6/6
15	5/7	7/7
16	17/19	18/19
17	0/2	2/2
18	0/1	0/1
Total	100/147³	105/146⁴
Proportion	68,0 %	71,9 %

1. Les données recueillies en 2000-2001 se rapportent exclusivement aux programmes du type NEGS. Elles sont difficilement comparables aux données de 1999-2000 qui pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS. En fait, on estime que, l'an dernier, les réponses d'une dizaine de CLSC pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS.

2. Voir la liste des régions à la page 15.

3. En 1999-2000, des 128 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 100 CLSC ont eu recours à une équipe interdisciplinaire, 19 CLSC n'avaient pas formé une équipe de ce genre et 9 CLSC n'ont pas fourni l'information.

4. En 2000-2001, des 117 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 105 CLSC ont eu recours à une équipe interdisciplinaire, 9 CLSC n'avaient pas formé une équipe de ce genre et 3 CLSC n'ont pas fourni l'information.

Tableau 1.1a12 Nombre et proportion de CLSC dont le programme du type NEGS¹ inclut l'accompagnement communautaire – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001

Régions ²	CLSC engagés dans NEGS	
	1999-2000	2000-2001
01	6/8	4/8
02	4/6	2/6
03	8/8	8/8
04	10/11	10/11
05	8/8	7/7
06	19/29	13/29
07	6/8	5/8
08	6/6	6/6
09	3/6	3/6
10	0/1	0/1
11	6/6	1/6
12	11/11	5/11
13	4/4	4/4
14	6/6	5/6
15	7/7	7/7
16	18/19	18/19
17	2/2	2/2
18	0/1	0/1
Total	124/147³	100/146⁴
Proportion	84,4 %	68,5 %

1. Les données recueillies en 2000-2001 se rapportent exclusivement aux programmes du type NEGS. Elles sont difficilement comparables aux données de 1999-2000 qui pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS. En fait, on estime que, l'an dernier, les réponses d'une dizaine de CLSC pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS.

2. Voir la liste des régions à la page 15.

3. En 1999-2000, des 128 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 124 CLSC proposaient l'accompagnement communautaire tandis que 4 CLSC n'ont pas eu recours à cette forme d'accompagnement.

4. En 2000-2001, des 117 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 100 CLSC proposaient l'accompagnement communautaire, 15 CLSC n'ont pas eu recours à cette forme d'accompagnement tandis que 2 CLSC n'ont pas fourni l'information.

Tableau 1.1a13 Nombre et proportion de CLSC dont le programme du type NEGS¹ peut compter sur un regroupement intersectoriel en rapport avec le programme – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001

Régions ²	CLSC engagés dans NEGS	
	1999-2000	2000-2001
01	6/8	5/8
02	0/6	1/6
03	2/8	5/8
04	8/11	6/11
05	0/8	1/7
06	11/29	14/29
07	0/8	3/8
08	6/6	6/6
09	3/6	1/6
10	0/1	0/1
11	0/6	0/6
12	8/11	3/11
13	1/4	1/4
14	4/6	5/6
15	6/7	7/7
16	18/19	18/19
17	0/2	1/2
18	0/1	0/1
Total	73/147³	77/146⁴
Proportion	49,7 %	52,7 %

1. Les données recueillies en 2000-2001 se rapportent exclusivement aux programmes du type NEGS. Elles sont difficilement comparables aux données de 1999-2000 qui pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS. En fait, on estime que, l'an dernier, les réponses d'une dizaine de CLSC pouvaient concerner d'autres programmes en périnatalité qu'un programme du type NEGS.

2. Voir la liste des régions à la page 15.

3. En 1999-2000, des 128 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 73 CLSC pouvaient compter sur un regroupement intersectoriel en rapport avec le programme, 51 CLSC n'avaient pas recours à ce type de regroupement et 4 CLSC n'ont pas fourni l'information.

4. En 2000-2001, des 117 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 77 CLSC pouvaient compter sur un regroupement intersectoriel en rapport avec le programme, 39 CLSC n'avaient pas recours à ce type de regroupement et 1 CLSC n'a pas fourni l'information.

1.3 Programmation intégrée en milieu de garde

Que 35 % des enfants du Québec de 2 à 5 ans vivant dans des familles en situation d'extrême pauvreté bénéficient d'une programmation intégrée en milieu de garde, que cette programmation soit offerte dans toutes les régions du Québec et dans 60 % des territoires de CLSC.

Méthode

Note : *Le concept de programmation intégrée en milieu de garde ne fait actuellement l'objet d'aucun consensus au Québec. D'ailleurs, aucune collecte systématique de données se rapportant à cette priorité n'a été effectuée pour les années 1997-1998, 1998-1999 et 1999-2000. Ce n'est que tout dernièrement, au cours de l'année 2001, qu'un comité de travail tripartite de la Table de concertation nationale en promotion et prévention (TCNPP) a été constitué afin de convenir d'une définition opérationnelle du concept de programmation intégrée en milieu de garde et de faire un état de situation de l'implantation de ces programmes au Québec. La collecte de données n'ayant pu être complétée pour le présent bilan des priorités nationales de santé publique, seulement les définitions, les indicateurs retenus jusqu'à maintenant et la méthode de collecte de données sont présentés. Les résultats seront publiés dans le cinquième et dernier bilan des priorités nationales.*

Définitions

Programme intégré en milieu de garde¹

Un programme intégré en milieu de garde (PIMG) comprend un ensemble structuré d'activités offertes sur une base régulière pour soutenir le développement global et l'adaptation sociale des enfants, et ce, dans une perspective de prévention. Ces activités sont mises en œuvre conjointement par le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau des services de garde régis² par le ministère de la Famille et de l'Enfance dans le but de répondre à des objectifs communs à l'intérieur d'une intervention multimodale auprès de l'enfant et de sa famille.

Milieu de garde

Centres de la petite enfance ou garderies privées régis par le ministère de la Famille et de l'Enfance. Ces milieux de garde peuvent être « en installation » ou en milieu familial.

1. Les travaux relatifs à la définition ont conduit les membres du comité de travail à privilégier le terme *programme intégré en milieu de garde* au lieu de *programmation intégrée en milieu de garde*, car le mot *programmation* fait plutôt référence à un ensemble organisé de programmes particuliers ; par exemple, on parlera de la programmation de l'équipe famille-enfance d'un CLSC.

2. Il s'agit des centres de la petite enfance et des garderies qui doivent obtenir un permis du ministère de la Famille et de l'Enfance et qui sont soumis, par le fait même, à une loi et à une réglementation. Les services de garde en milieu familial régis par ce même ministère sont coordonnés par les centres de la petite enfance.

Indicateurs

- Proportion de CLSC offrant des programmes intégrés en milieu de garde ;
- proportion de régions offrant des programmes intégrés en milieu de garde ;
- nombre d'enfants ayant bénéficié d'un programme intégré en milieu de garde.

Collecte de données

Les données qui serviront à alimenter les indicateurs ont été colligées dans le cadre du projet encadré par le comité de travail issu de la TCNPP, projet qui vise plus largement à faire état des collaborations entre des organismes du réseau du MSSS et les milieux de garde, dont l'existence des programmes intégrés en milieu de garde (PIMG). La collecte de données a débuté en mai 2001 pour se terminer en mars 2002. Cette première collecte de données systématique a été faite auprès des répondants régionaux des directions de la santé publique rattachés aux dossiers relatifs à la petite enfance ou, plus particulièrement, au développement de l'enfant. Une première grille-questionnaire visait à répertorier les programmes intégrés en milieu de garde offerts sur une base régulière ainsi que les autres types d'activités organisées par les CLSC en collaboration avec les milieux de garde pour l'année 2000-2001. Les projets d'implantation de telles initiatives en 2001-2002 ont également été recensés.

Une deuxième grille-questionnaire a servi à obtenir de l'information sur les aspects suivants des PIMG répertoriés : les coordonnées des personnes et organismes responsables, les partenaires et leur contribution, les caractéristiques du programme (objectifs, clientèle visée, mode de recrutement, forme et contenu des activités, etc.), le contexte organisationnel (modalités de suivi du programme et sources de financement, par exemple) ainsi que les résultats de l'évaluation de l'implantation lorsqu'ils étaient connus (clientèle effective, difficultés éprouvées, facteurs facilitants, entre autres). Dans certaines régions, d'autres personnes ont aussi répondu aux questionnaires lorsque des renseignements supplémentaires étaient demandés ; ces personnes travaillent dans des CLSC ou, dans certains cas, dans des centres de la petite enfance ou des organismes communautaires. Une agente de recherche a assuré le suivi de la collecte, notamment en répondant aux questions et en aidant les répondants désignés à remplir les grilles au besoin.

Résultats

Les résultats seront présentés dans le prochain bilan.

Conclusion

En ce qui concerne le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, le présent bilan ne porte que sur les principaux résultats relatifs à la mise en place des programmes du type NEGS ainsi que sur les données de l'étude entreprise pour connaître le degré d'implantation de la programmation intégrée en milieu de garde. En 2000-2001, il n'y a effectivement pas eu de collectes de données concernant le taux d'allaitement, l'inclusion systématique d'un volet relatif à la valorisation du rôle du père dans les programmes en périnatalité et la mise en place d'une programmation intégrée dans le domaine de la santé et des services sociaux en milieu scolaire.

Ce bilan permet de constater qu'environ quatre CLSC sur cinq sont engagés dans la mise en place d'un programme du type NEGS. Il nous apprend également que quelque 4 317 femmes pauvres et sous-scolarisées ont commencé à recevoir des services dans le cadre d'un tel programme entre le 1^{er} avril 2000 et le 31 mars 2001, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes. Il faut souligner que le questionnaire utilisé cette année permettait de mieux discriminer l'offre d'un programme du type NEGS de celle d'autres programmes en périnatalité et d'établir avec plus de justesse la proportion de la population cible qui en a bénéficié. Les modifications apportées au questionnaire rendent toutefois difficile la comparaison avec les données du bilan précédent.

Cette année encore, on observe un écart entre les composantes que devrait comprendre un programme du type NEGS et l'offre de service effective, et ce, particulièrement en ce qui concerne l'intensité du suivi postnatal. Comme l'an dernier, on peut évoquer, pour expliquer cet écart, le peu d'investissement consenti à de tels programmes ainsi que la difficulté d'implanter un programme du type NEGS et questionner la perception des principaux acteurs du réseau quant aux composantes mêmes du programme et à l'importance de les offrir toutes.

Le prochain et dernier bilan des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* devrait permettre une véritable comparaison avec les données du présent rapport. On peut espérer que la poursuite des efforts pour implanter des programmes du type NEGS ainsi que les résultats de l'évaluation de ces programmes permettront de consolider l'offre de service et d'atteindre les objectifs fixés il y a cinq ans.

Le prochain bilan devrait également permettre une première appréciation du degré d'implantation des programmes intégrés en milieu de garde dans l'ensemble des régions du Québec.

PRIORITÉ 2

LES MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION



Faits saillants

Les résultats attendus quant aux maladies évitables par l'immunisation portent sur les éléments suivants : la couverture vaccinale des enfants de 2 ans et des adolescents de 3^e secondaire ; l'élimination de la rougeole, de la rubéole, de la diphtérie, des oreillons et de la poliomyélite ; la réduction de l'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b, de la coqueluche et des hépatites A et B ; la vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en CHSLD et en milieu ouvert ; la réduction de la non-utilisation des vaccins achetés et de la perte de vaccins due à des bris dans la chaîne du froid.

En 2000, l'implantation du système d'information sur la vaccination (SIV) pour la couverture des enfants de 2 ans n'a que très légèrement progressé par rapport au troisième bilan. Cependant, elle est toujours insuffisante pour permettre de connaître adéquatement la couverture vaccinale des Québécois de ce groupe d'âge. Dans la seule région où les couvertures vaccinales sont évaluées à partir de données relativement complètes pour l'ensemble des indicateurs retenus, les couvertures n'atteignent pas le résultat attendu (couverture globale, 71 % ; couverture pour le vaccin diphtérie-coqueluche-tétanos-polio-*Haemophilus influenzae* de type b (DCTPH), 79 % et couverture pour le vaccin rougeole-rubéole-oreillons (RRO), 71 %). Dans quatre autres régions, on a atteint la couverture vaccinale attendue pour les vaccins DCTPH et RRO (96 % pour le vaccin RRO et de 95 % à 99 % pour le vaccin DCTPH). Cependant, ces données régionales sont parfois incomplètes, car elles ne couvrent pas l'ensemble des territoires de CLSC.

Pour pallier le manque de données concernant les très jeunes enfants, on s'est tourné vers les couvertures vaccinales des enfants en âge de fréquenter l'école. Pour l'année scolaire 1999-2000, il a été possible d'obtenir, dans cinq régions, des données complètes ou partielles sur la couverture vaccinale des enfants de la maternelle. Dans trois de ces régions, les couvertures vaccinales pour les vaccins DCTP et RRO atteignent le résultat visé. Ici encore, les données sont colligées à partir de plusieurs sources et il n'est pas possible, à ce stade, de déterminer la couverture vaccinale des enfants de la maternelle pour l'ensemble du Québec.

En ce qui concerne la vaccination des adolescents, il est actuellement impossible d'estimer la couverture vaccinale provinciale de cette population pour les rappels du calendrier régulier. Au niveau régional, les couvertures vaccinales pour les vaccins RRO et diphtérie-tétanos-polio ont atteint les résultats attendus dans une seule des régions pour lesquelles des données existent. Quant à l'hépatite B, la situation est différente puisque la première cohorte d'enfants immunisés dans le cadre du programme provincial de vaccination des élèves de la 4^e année du primaire a atteint la 3^e année du secondaire durant l'année scolaire 1999-2000. Ainsi, la couverture vaccinale contre l'hépatite B a pu être évaluée dans un plus grand nombre de régions qu'en ce qui concerne les rappels du calendrier régulier. Bien que les couvertures vaccinales contre l'hépatite B n'atteignent pas l'objectif visé de 95 % pour l'année 1999-2000 dans aucune des régions, elles s'en approchent (92 %) dans deux régions.

Au Québec, aucun cas de diphtérie n'a été déclaré depuis 1990. La poliomyélite est officiellement éliminée des Amériques depuis 1994, et aucun cas n'a été signalé au Québec en 2000. Les taux brut d'incidence de la rougeole, de la rubéole et des oreillons restent faibles en 2000, mais il faut déplorer l'augmentation du nombre de cas de rougeole et d'oreillons ainsi que la survenue d'un cas de rubéole congénitale durant la dernière année. Des variations minimales dans les taux de rubéole et d'oreillons sont

observées selon les années, mais le passage de ces taux sous le seuil d'élimination est chose faite puisque les éclosions observées en 2000 se sont éteintes d'elles-mêmes. En ce qui concerne la rougeole, il faudra surveiller la situation de très près et redoubler d'efforts afin de protéger toute la population.

L'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) est en baisse depuis 1993, cette réduction étant attribuable à la vaccination systématique des enfants entreprise en 1992. En 2000, seulement deux cas d'infections à Hib ont été signalés chez les enfants de moins de 5 ans, ce qui représente le nombre le plus faible de cas enregistrés depuis 1990. Par ailleurs, l'incidence de la coqueluche a continué de décliner. Il est toutefois prématuré d'attribuer cette baisse à l'introduction, en 1998, d'un nouveau vaccin acellulaire plus efficace contre la coqueluche. La baisse enregistrée au cours de l'année 2000 pourrait être due à une période d'incidence moindre que l'on observe pour cette maladie entre des années de pics épidémiques.

Pour l'hépatite B, le résultat attendu est en bonne voie d'être atteint, mais il faut demeurer vigilant compte tenu de la légère augmentation du nombre de cas déclarés en 2000. Le succès des programmes de prévention des MTS et du VIH ainsi que les programmes de vaccination contre l'hépatite B visant les populations vulnérables ont sans doute contribué à ce que les cas d'hépatite B restent faibles. En ce qui concerne l'hépatite A, son taux d'incidence a continué de diminuer au cours de l'année 2000. Cependant, comme cette maladie se caractérise par des flambées de cas parmi des populations à risque, il est possible que la diminution observée soit plutôt le reflet d'une accalmie entre deux flambées que l'effet d'un meilleur contrôle de la maladie. Étant donné que des programmes de vaccination contre l'hépatite A continuent d'être offerts aux populations vulnérables, l'évolution des prochaines années permettra de mieux se prononcer sur l'atteinte réelle du résultat attendu. Quant aux facteurs de risque de l'hépatite A enregistrés en 2000, on observe une augmentation importante du nombre de cas où le virus a été acquis à l'extérieur du pays comparativement au troisième bilan. Il faudra prêter une attention particulière aux voyageurs au cours des prochaines années.

En 2000-2001, la couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD a été estimée à 81 %, couverture identique à celle de l'année précédente. Pour la deuxième fois consécutive, la couverture québécoise atteint le résultat attendu. Cependant, les données provinciales sont basées sur les réponses de seulement treize des dix-huit régions.

La couverture vaccinale des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert s'approche du résultat attendu fixé à 60 %. Des progrès impressionnants ont été réalisés depuis l'an dernier, la couverture étant passée de 52 % en 1999-2000 à 59 % en 2000-2001. De plus, dans huit régions, les couvertures vaccinales atteignent ou dépassent le résultat attendu. Les efforts déployés pour soutenir la mise en œuvre du programme annuel d'immunisation contre l'influenza peuvent sûrement expliquer en partie les gains réalisés.

Enfin, l'installation, depuis 1999, d'instruments pour surveiller la température de conservation des produits biologiques chez tous les vaccinateurs québécois ainsi que les différentes mesures prises par les directions de la santé publique pour inciter les vaccinateurs à déclarer les pertes de produits ont permis de tracer un bilan plus fidèle de la gestion des produits immunisants. À l'échelle provinciale, les pertes déclarées pour l'année 2000-2001 s'élèvent à 5,1 %, ce qui ne correspond pas au résultat attendu, à savoir un taux de vaccins non utilisés inférieur à 5 %. Cependant, ce résultat – qui semble défavorable de prime abord – doit plutôt être interprété comme le reflet d'une meilleure déclaration des pertes, ce qui représente en soi une amélioration du système

de gestion des produits immunisants. On observe aussi cette année un net progrès de la surveillance de la température des vaccins pendant le transport. La proportion des vaccins soumis à une température inadéquate est estimée à 1 % en 2000-2001 ; ce résultat semble conforme au résultat attendu, mais il faut cependant l'interpréter avec prudence puisqu'il repose sur la déclaration volontaire des bris de la chaîne du froid.

2.1 Couverture vaccinale des enfants de 2 ans

Qu'en 2002, 95 % des enfants de 2 ans aient reçu tous les vaccins du calendrier régulier (la couverture vaccinale en 1996 est estimée entre 85 et 90 %).

Méthode

Définitions

Vaccins du calendrier régulier pour les enfants de 2 ans

- Quatre doses du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la polio ainsi qu'une dose d'un vaccin contre *Haemophilus influenzae* de type b (DCTPH) après l'âge de 15 mois ;
- deux doses du vaccin contre la rougeole et une dose d'un vaccin contre la rubéole et les oreillons (RRO).

Les enfants visés sont ceux qui ont atteint 2 ans durant la période prescrite (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2000).

Système d'information sur la vaccination (SIV) pour la couverture des enfants de 2 ans

- Le SIV est implanté lorsque le matériel informatique et les logiciels sont installés dans tous les sites prévus, soit dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les directions de la santé publique (DSP), et qu'il existe des mécanismes permettant l'échange des données entre les CLSC et ces DSP ;
- le SIV est fonctionnel quand on peut l'utiliser pour mesurer les couvertures vaccinales des enfants de 2 ans, c'est-à-dire que toutes les données sur les enfants vaccinés dans les établissements du secteur public (CLSC et centres hospitaliers) et ceux du secteur privé (cabinets de médecins et cliniques médicales) sont transférées pour déterminer le numérateur, et que les données du dénominateur sont disponibles par l'accès à un fichier de population (ex. : fichier de la Régie de l'assurance maladie du Québec) ou, à défaut d'un tel fichier, par l'accès aux données des CLSC.

Vaccinateurs du secteur public

Ce sont les CLSC et les centres hospitaliers. Ces établissements doivent fournir les données nécessaires pour déterminer le numérateur des couvertures vaccinales.

Vaccinateurs du secteur privé

Ce sont les cabinets de médecins et les cliniques médicales. Ces établissements doivent aussi fournir les données nécessaires pour déterminer le numérateur des couvertures vaccinales.

Indicateurs

- Proportion des régions où est implanté le SIV ;
- proportion des CLSC ayant implanté le SIV ;
- proportion des vaccinateurs du secteur public (CLSC et centres hospitaliers) fournissant des données sur la vaccination au SIV ;
- proportion des vaccinateurs du secteur privé (médecins ou cliniques) fournissant des données sur la vaccination au SIV ;
- couverture vaccinale totale des enfants de 2 ans ;
- couverture vaccinale des enfants de 2 ans pour le vaccin RRO ;
- couverture vaccinale des enfants de 2 ans pour le DCTPH.

Collecte des données

Les données présentées proviennent du questionnaire électronique rempli par les responsables des régions au printemps 2001. Lorsque la situation concernant le SIV ou la couverture vaccinale était identique à celle du bilan précédent, les répondants n'avaient pas à remplir l'ensemble du questionnaire, auquel cas les données présentées ici ont été extraites du troisième bilan. Par ailleurs, une distinction a été faite, tout comme l'année passée, entre l'implantation du SIV dans les CLSC de la région et son implantation à la Direction de la santé publique. Cette information est nécessaire puisque les outils informatiques actuellement installés dans certains CLSC¹ pour la surveillance de la couverture vaccinale ne sont pas compatibles avec les systèmes existant dans les directions de la santé publique ; cela fait en sorte qu'il est impossible de faire des transferts de données entre les CLSC et les DSP. De plus, on a évalué la participation des centres hospitaliers et des vaccinateurs du secteur privé (cliniques médicales, médecins en cabinet) à l'implantation du SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans.

Résultats

État de l'implantation du système d'information sur la vaccination

La situation du SIV au sein des CLSC s'est légèrement améliorée depuis l'an dernier. En 2000, le SIV est implanté dans les CLSC de cinq régions, soit deux de plus qu'en 1999 (cf. tableau 2.1.1). Son implantation est prévue dans une autre région durant l'année 2001 alors que, dans douze régions, on ne sait pas quand il sera implanté ou l'on n'a pas répondu à cette question.

Au sein des DSP, on signale que six régions disposent d'un SIV en 2000, soit une de plus que l'an dernier. Cependant, le Système intégration CLSC module vaccination, utilisé dans plusieurs CLSC, n'est pas compatible avec les outils informatiques des DSP, ce qui rend impossibles le transfert des données de part et d'autre ainsi que l'estimation des couvertures vaccinales dans ces régions.

Dans huit régions du Québec, les services de vaccination aux très jeunes enfants sont offerts uniquement en CLSC (cf. tableau 2.1.2) ; il s'agit des mêmes régions que l'an dernier. En accord avec ce qui est indiqué plus haut, un SIV existe dans tous les CLSC du territoire de cinq régions. Dans trois de ces cinq régions, tous les CLSC du territoire fournissent l'ensemble des données de vaccination au SIV. Cependant, le SIV n'est

1. Les centres de santé sont inclus dans les CLSC puisque est désigné centre de santé un établissement qui exploite un CLSC et également un centre hospitalier ou un CHSLD.

fonctionnel que dans une seule de ces régions, étant donné qu'il est impossible d'obtenir un dénominateur valide permettant l'évaluation des couvertures vaccinales dans les autres régions.

Les vaccinateurs du secteur privé participent à la vaccination des enfants de 2 ans ou moins dans dix régions du Québec en 2000, et ce, dans des proportions s'échelonnant entre 5 % et 83 % selon les régions (cf. tableau 2.1.3). Dans seulement deux de ces dix régions, tous les vaccinateurs du secteur privé fournissent de 90 % à 100 % des données au SIV. Il faut noter que le nombre de vaccinateurs privés correspond, dans certaines régions, au nombre de sites où sont distribués des vaccins dans le secteur privé alors que, dans d'autres régions, il s'agit du nombre de médecins qui font la vaccination. En outre, les données relatives à la participation au SIV des vaccinateurs du secteur privé peuvent paraître trompeuses dans certaines régions. C'est le cas d'une région en particulier, où les données portant sur le « nombre de vaccinateurs qui offrent des services de vaccination » et les données portant sur le « nombre de vaccinateurs fournissant des données au SIV » proviennent de deux banques de données différentes qui ne se comparent pas.

Quant aux centres hospitaliers, compte tenu de la similarité des données par rapport à celles du bilan précédent et de la contribution marginale à l'ensemble de la vaccination des enfants de 2 ans (variant entre 1 % et 10 %), leurs données n'ont pas été détaillées par régions dans un tableau pour l'année 2000. En effet, des services de vaccination sont fournis aux jeunes enfants dans des centres hospitaliers de six régions seulement en l'an 2000, soit une de plus qu'en 1999, et il n'y a que dans deux de ces régions que l'ensemble des données sur les enfants vaccinés sont transmises au SIV.

Couvertures vaccinales

Le faible avancement dans l'implantation du SIV explique toujours notre incapacité à estimer les couvertures vaccinales des enfants québécois de 2 ans en l'an 2000. Dans une seule région, on a été en mesure de fournir l'ensemble des données sur la couverture vaccinale pour l'année 2000 correspondant aux indicateurs retenus (cf. tableau 2.1.4). Dans cinq autres régions, des données partielles ont été transmises. Les données sont partielles soit parce qu'elles ne répondent pas à l'ensemble des indicateurs, soit parce que les informations ne concernent pas toute la population du territoire. Dans une seule région, les couvertures vaccinales ont été évaluées à partir de données obtenues autant de vaccinateurs en CLSC et en centres hospitaliers que de vaccinateurs du secteur privé.

Les couvertures vaccinales pour le RRO et le DCTPH correspondent au résultat attendu de 95 % dans trois régions. Bien que ceci représente une légère amélioration comparativement au bilan précédent, les données ne couvrent pas l'ensemble des CLSC du territoire dans deux de ces régions. Dans une quatrième région, soit la seule où le SIV est fonctionnel, la couverture pour le RRO est de 71 % et celle pour le DCTPH, de 79 % tandis que l'on y estime la couverture globale à 71 % en transposant la couverture la plus faible, soit celle du vaccin RRO. Dans une cinquième région où des données sont transmises, les couvertures pour le RRO et le DCTPH estimées auprès d'un échantillon d'enfants en garderie n'atteignent pas le résultat attendu. Finalement, dans les treize autres régions, aucune donnée n'a été fournie. Il faut noter que, dans l'une de ces régions, des données de vaccination ont cependant été récoltées, mais elles ont été envoyées à Santé Canada pour fins d'analyse et les responsables régionaux n'avaient toujours pas obtenu de résultats en date du 27 août 2001. Il s'agit, dans cette région, d'une initiative fédérale récente, qui vise à offrir des équipements informatisés aux

différents points de services de la région dans le cadre d'un programme pour les communautés autochtones.

Étant donné les difficultés à déterminer la couverture vaccinale des enfants de 2 ans, les données de certaines régions portant sur les enfants en âge de fréquenter l'école ont été analysées. Dans cinq régions, des données complètes ou partielles concernant des enfants de la maternelle portent sur l'année scolaire 1999-2000 alors que, dans une autre région, les données portent sur l'année scolaire 2000-2001 (cf. tableau 2.1.5). Les couvertures vaccinales globales varient de 93 % à 95 %. Pour le RRO, elles varient de 80 % à 97 % alors que, pour le DCTP, elles oscillent entre 82 % et 98 %. Ici encore, les données sont colligées à partir de diverses sources et il n'est pas possible, à ce stade, de déterminer la couverture vaccinale des enfants de maternelle pour l'ensemble du Québec.

Discussion

Le portrait obtenu de l'état de l'implantation du système d'information sur la vaccination reste encore parcellaire pour l'année 2000. En outre, les données recueillies sur les couvertures vaccinales sont de valeur inégale quant aux sources utilisées, quant à leur validité ou à leur fiabilité et quant à la population à laquelle elles se rapportent.

L'implantation du SIV n'a que très légèrement avancé en 2000, mais le degré de fonctionnalité du SIV semble stagnant, voire en régression, si l'on tient compte des difficultés éprouvées à cause de l'incompatibilité entre les outils informatiques en place dans certains CLSC et ceux qui existent dans les DSP. Par ailleurs, l'absence de fichiers de population fiables constitue un obstacle majeur à l'évaluation de la couverture vaccinale régionale puisque le dénominateur réel est inconnu. Devant ces constats, il semble tout simplement impossible de mesurer la couverture vaccinale des enfants québécois de 2 ans d'ici 2002, à moins d'apporter des modifications importantes au système actuel. Tout d'abord, des ententes devront être conclues afin de s'assurer que l'information nécessaire puisse être colligée pour le calcul du numérateur des couvertures vaccinales. Ceci implique que le transfert des renseignements concernant tous les enfants vaccinés soit effectué tant par les responsables des établissements publics que par les médecins vaccinateurs du secteur privé. De plus, des ententes devront être conclues en ce qui concerne le calcul du dénominateur permettant les estimations de couverture vaccinale.

On avait mis beaucoup d'espoirs dans la future Loi sur la santé publique afin de remédier à ces nombreux problèmes. Le contenu du projet de loi actuellement étudié ne permettra cependant pas de tous les résoudre. En effet, bien que l'on propose à l'intérieur même de la loi de maintenir un registre central des vaccinations effectuées au Québec, ce qui représente un gain, on exigerait qu'une personne donne son consentement écrit pour l'inscription au registre des vaccinations reçues, ce qui ajoute une barrière à la constitution du numérateur. En outre, il n'est pas prévu d'inclure dans le registre un fichier de population suffisamment précis pour permettre le calcul du dénominateur.

Même si, dans quatre régions, on déclare des couvertures vaccinales à la hauteur des résultats attendus en 2000, il faut rappeler que la vaccination des enfants y est assurée uniquement par les CLSC et que, dans deux de ces régions, les couvertures sont estimées à partir de données incomplètes car elles ne concernent pas toute la population du territoire. De plus, ces régions ne représentent globalement qu'une très faible proportion de l'ensemble des enfants québécois de 2 ans. Dans la seule région où les

couvertures vaccinales sont évaluées à partir de données relativement complètes pour l'ensemble des indicateurs retenus, la couverture n'atteint pas le résultat attendu.

Ainsi, en se basant sur les données existantes, nous ne pouvons pas dire que le résultat attendu est atteint en 2000. L'ampleur des données manquantes ainsi que la disparité de l'offre des services de vaccination entre les régions et, d'autre part, la valeur inégale des données recueillies quant aux sources utilisées laissent croire qu'on ne sera pas en mesure de se prononcer davantage l'an prochain pour le bilan final des priorités nationales de santé publique.

Conclusion

Quoique l'implantation du système d'information sur la vaccination des enfants de 2 ans ait très légèrement progressé en 2000, elle reste toujours insuffisante pour permettre de connaître la couverture vaccinale de ces jeunes Québécois. Dans la seule région où les couvertures vaccinales sont évaluées à partir de données suffisamment complètes, et ce, pour l'ensemble des indicateurs retenus, la couverture n'atteint pas le résultat attendu. Ailleurs, si le résultat semble atteint, les données régionales sont partielles. Devant ces constats, à moins de procéder autrement, soit avec une enquête transversale par exemple, il sera impossible de mesurer la couverture vaccinale des enfants de 2 ans d'ici l'année prochaine, en vue du dernier bilan sur les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

Tableau 2.1.1 Système d'information sur la vaccination (SIV) pour les enfants québécois de 2 ans – État de l'implantation au 31 décembre 2000 au niveau régional

Régions ¹	Même situation qu'au 3 ^e bilan	Implantation dans les CLSC des régions		Implantation dans les directions de la santé publique	
		SIV implanté	Année d'implantation prévue	SIV implanté	Année d'implantation prévue
01 ²	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
02	Non	Oui		Non	Non
03 ²	Oui	Oui		Oui	
04	Non	Non	n.r.	Oui	
05	Non	Oui		Oui	
06	Non	Non	n.r.	Non	n.r.
07 ²	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
08 ²	Oui	Non	n.r.	Non	n.r.
09 ²	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
10 ²	Oui	Non	n.r.	Non	n.s.p.
11 ²	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
12 ²	Oui	Oui		Oui	
13	Non	Oui		Oui	
14 ²	Oui	Non	n.r.	Non	n.s.p.
15 ²	Oui	Non	2001	Oui	
16 ²	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
17 ²	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
18 ²	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les données de cette région sont tirées du troisième bilan.

Tableau 2.1.2 Participation des CLSC au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 2000

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par les CLSC ²	Nombre de CLSC où le SIV est implanté	Nombre de CLSC offrant la vaccination	Nombre de CLSC qui fournissent des données au SIV		
				De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01 ³	100 %	0	9	0	0	9
02	100 %	7 ⁴	7 ⁴	6 ⁵	0	1 ⁶
03 ³	15 %	8	8	6	0	2
04	95 %	6	11	6	0	5
05	45 %	7	7 ⁷	7	0	0
06	25 %	5	29	5	0	24
07 ³	n.d.	0	8	0	0	8
08 ³	100 %	0	6	0	0	6
09 ³	100 %	0	6	0	0	6
10 ³	100 %	0	5	0	0	5
11 ³	100 %	0	6	0	0	6
12 ³	n.d.	11	11	11	0	0
13	37 %	4	4	4	0	0
14 ³	95 %	0	6	0	0	6
15 ³	60 %	0	7	0	0	7
16 ³	60 %	0	20 ⁸	0	0	20 ⁸
17 ³	100 %	0	2	0	0	2
18 ³	100 %	0	1	0	0	1

1. Voir la liste des régions à la page 15.
2. Dans les régions où les CLSC et les CH sont fusionnés, on a considéré uniquement les CLSC.
3. Les données de cette région sont tirées du troisième bilan.
4. Les données comprennent un centre de santé autochtone et six CLSC.
5. Quatre CLSC utilisent VAXIN ; deux CLSC effectuent des compilations manuelles.
6. Pour l'année 2000, le centre de santé autochtone n'a pas fourni les données dans l'échéancier requis.
7. À la suite de la fusion de deux CLSC en 1999, il y a sept CLSC qui offraient la vaccination dans cette région en l'an 2000.
8. Les données comprennent dix-neuf CLSC et une réserve autochtone.

Tableau 2.1.3 Participation du secteur privé au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 2000

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par le secteur privé	Nombre de vaccinateurs privés qui offrent des services de vaccination ²	Nombre de vaccinateurs privés qui fournissent des données au SIV		
			De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
02	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
03 ³	83 %	70	60	10	0
04	5 %	13	13	0	0
05	53 % ⁴	30	30	0	0
06	65 %	186 ⁵	n.d.	115 ⁶	n.d.
07 ³	n.d.	42	0	0	42
08 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
09 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
10 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
11 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
12 ³	n.d.	111	0	111	0
13	63 %	85	0	85	0
14 ³	5 %	12	0	12	0
15 ³	40 %	26	20	6	0
16 ³	40 %	100	82	4	14
17 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
18 ³	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Il s'agit pour certaines régions d'un nombre de sites (cliniques médicales ou cabinets de médecins) où des vaccins sont distribués. Un « vaccinateur » peut donc représenter un seul ou plusieurs médecins. Dans d'autres régions, il s'agit du nombre de médecins qui font la vaccination.

3. Les données de cette région sont tirées du troisième bilan.

4. Les 53 % de vaccins administrés dans le secteur privé se répartissent ainsi : 19 % par des pédiatres et 34 % par des médecins de famille.

5. Nombre de sites qui commandent et distribuent des vaccins (un site = un ou plusieurs bureaux privés ou cliniques).

6. Nombre de vaccinateurs ou groupes de vaccinateurs qui transmettent des données (un site de commande peut comprendre un ou plusieurs vaccinateurs ou groupes de vaccinateurs). Il faut noter que les chiffres des colonnes 3 et 5 ne sont pas comparables dans le cas de cette région.

Tableau 2.1.4 Couverture vaccinale des enfants de 2 ans – Régions du Québec, situation au 31 décembre 2000

Régions ¹	Même situation qu'au 3 ^e bilan	Couverture globale		Couverture RRO		Couverture DCTPH		Source des données et particularités
		Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	
01 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
02	Non	2 467	94	2 533	96	2 501	95	Registre informatisé et compilation manuelle. Données de 6 CLSC/7.
03 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
04 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
05	Non	2 185 ³	71 ³	2 185	71 ⁴	2 412	79 ⁴	Logivac.
06 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
07 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
08 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
09	Non	n.d.	n.d.	1 068	96	1 070	97	Compilation manuelle.
10	Non	178	99	172	96	178	99	Compilation manuelle (4 CLSC/5).
11 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
12 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
13	Non	n.d.	87	n.d.	87	n.d.	94	Échantillon de 8 garderies.
14 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
15 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
16 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
17 ⁵	Non	436	92	457	96	457	96	Compilation manuelle.
18 ^{2,6}	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les données de cette région sont tirées du troisième bilan.

3. Dans cette région, les données de couverture vaccinale globale ont été établies à partir de la couverture vaccinale la plus faible, soit le RRO dans ce cas-ci.

4. La couverture vaccinale contre la polio est de 91 % (2 796) et la couverture vaccinale contre Hib est de 81 % (2 477). La couverture vaccinale contre la rubéole et les oreillons, de même que la couverture vaccinale contre la rougeole (à une dose) est de 90 %. Population totale : 3 064.

5. Les données de couverture vaccinale pour cette région se rapportent à la période allant du 1^{er} janvier 1996 au 31 décembre 1997.

6. Des données de couverture vaccinale ont été saisies dans chacun des points de services de cette région. Cependant, les données ont été envoyées à Santé Canada pour fins d'analyse et les résultats n'étaient toujours pas connus le 27 août 2001.

Tableau 2.1.5 Couverture vaccinale des enfants en classe maternelle – Régions du Québec, année scolaire 1999-2000

Régions ¹	Même situation qu'au 3 ^e bilan	Couverture globale		Couverture RRO		Couverture DCTP		Source des données et particularités
		Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	
01 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
02 ³	Non	2 916	93	3 043	97	2 850	95	Registre informatisé et compilation manuelle. VAXIN et relevés de vaccination demandés aux parents.
03	Non	n.d.	n.d.	4 627	80	4 724	82	
04 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
05	Non	3 097 ⁴	90 ⁴	3 097	90 ⁵	3 139	91	Logivac.
06 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
07 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
08 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
09	Non	n.d.	n.d.	1 243	95	1 239	95	Compilation manuelle.
10	Non	151	95	151	95	155	98	Compilation manuelle (4 CLSC/5).
11 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
12 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
13	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
14 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
15 ²	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
16	Non	n.d.	n.d.	12 788	80	n.d.	n.d.	Compilation manuelle (19 CLSC/20).
17	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Compilation manuelle.
18 ^{2,6}	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les données pour cette région sont tirées du troisième bilan.

3. Les données pour cette région se rapportent à l'année scolaire 2000-2001.

4. Dans cette région, les données de couverture vaccinale globale ont été établies à partir de la couverture vaccinale la plus faible, soit le RRO dans ce cas-ci.

5. À la maternelle, la couverture RRO à une dose est de 96 %.

6. Des données de couverture vaccinale ont été saisies dans chacun des points de services de cette région. Cependant, les données ont été envoyées à Santé Canada pour fins d'analyse et les résultats n'étaient pas encore connus en date du 27 août 2001.

2.2 Vaccination des adolescents contre l'hépatite B et rappels

Qu'en 2002, 95 % des enfants de 15 ans aient reçu le vaccin contre l'hépatite B ainsi que les rappels du calendrier régulier.

Méthode

Définitions

Enfants de 15 ans

Les enfants de la 3^e secondaire.

Vaccin contre l'hépatite B

Administration des trois doses.

Rappels du calendrier régulier

Selon le calendrier tel qu'il est défini dans le *Protocole d'immunisation du Québec* (varie selon chaque situation individuelle), soit le calendrier complet autant pour la diphtérie, le tétanos et la polio (DTP) que pour la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO).

Les enfants de 15 ans (de la 3^e année du secondaire en 1999-2000) dont la vaccination correspond au calendrier complet sont considérés comme adéquatement vaccinés.

Système d'information sur la vaccination (SIV) pour la couverture des enfants de la 3^e secondaire :

- Le SIV est implanté lorsque le matériel informatique et les logiciels sont installés dans tous les sites prévus, soit dans les CLSC et les directions de la santé publique, et qu'il existe des mécanismes permettant l'échange des données entre les sites ;
- le SIV est fonctionnel quand on peut l'utiliser pour mesurer les couvertures vaccinales des enfants de la 3^e secondaire, c'est-à-dire que toutes les données sur les enfants vaccinés dans les établissements du secteur public (CLSC et centres hospitaliers) et ceux du secteur privé (cabinets de médecins et cliniques médicales) sont transférées pour déterminer le numérateur et que les données du dénominateur sont disponibles par l'accès à un fichier de population fourni par les commissions scolaires.

Indicateurs

- Proportion des régions où est implanté le système d'information sur la vaccination pour les élèves de la 3^e secondaire ;
- couverture vaccinale totale (DTP, RRO et hépatite B) des élèves de la 3^e secondaire ;
- couverture vaccinale par catégorie de vaccin (DTP, RRO et hépatite B) des élèves de la 3^e secondaire.

Collecte des données

Les données proviennent du questionnaire électronique rempli par les responsables des régions au printemps 2001. Comme pour la section précédente, les répondants n'avaient pas à remplir l'ensemble du questionnaire lorsque la situation concernant le SIV ou la couverture vaccinale était identique à celle de l'année antérieure. Dans de tels cas, les

données ont été extraites du troisième bilan. Une distinction a également été établie entre l'implantation du SIV dans les CLSC de la région et l'implantation au sein de la Direction de la santé publique. De plus, on a évalué la participation des centres hospitaliers et du secteur privé (médecins en cabinet et cliniques médicales) au SIV et à la vaccination des adolescents. Toutefois, on ne dispose toujours que de très peu d'information sur l'immunisation des adolescents car, dans plusieurs régions, ces données ne peuvent être fournies.

Résultats

État de l'implantation du système d'information sur la vaccination

Comparativement à l'an dernier, l'implantation du SIV ne s'est guère modifiée. Au total, en 2000, le SIV est implanté dans des CLSC de cinq régions mais dans l'ensemble des CLSC de quatre d'entre elles et dans trois DSP (cf. tableau 2.2.1 et 2.2.2). Même si dans quatre régions la situation est différente de celle du troisième bilan, le SIV n'est fonctionnel que dans une région en 2000 car, dans les autres, les données de vaccination ne sont pas publiées ou elles sont incomplètes. Dans la majorité des régions, l'ensemble des CLSC offrent des services de vaccination aux élèves de 3^e secondaire en 2000. Dans une région cependant, seulement six des vingt CLSC donnent de tels services à ces élèves.

En ce qui concerne la participation des centres hospitaliers, en raison de leur contribution marginale et de la similarité des résultats comparativement au troisième bilan, nous n'avons pas présenté ces données en détail sous forme de tableau. En 2000, des services de vaccination sont offerts aux élèves de 3^e secondaire dans des centres hospitaliers de trois régions seulement. Cependant, ces centres ne fournissent aucune donnée au SIV concernant la vaccination des élèves de 3^e secondaire.

Nous n'avons pas non plus regroupé sous forme de tableau les données relatives à la participation des vaccinoteurs du secteur privé à l'immunisation des élèves de 3^e secondaire pour l'année 2000. Nous pouvons toutefois préciser qu'elle est demeurée identique à l'année précédente et de faible importance. Les vaccinoteurs du secteur privé offrent des services de vaccination dans cinq régions seulement et moins de 8 % des vaccins administrés aux élèves de 3^e secondaire le sont par eux. Nulle part les vaccinoteurs du secteur privé ne fournissent des données substantielles au SIV.

Couvertures vaccinales

Malgré le faible avancement dans l'implantation du SIV, un bon nombre de données ont été fournies quant aux couvertures vaccinales des élèves de 3^e secondaire en 1999-2000, en particulier la couverture contre l'hépatite B (cf. tableau 2.2.3). Ceci s'explique par le fait que la première cohorte d'enfants immunisés en 4^e année du primaire a atteint la 3^e année du secondaire au cours de l'année scolaire 1999-2000. Ainsi, dans six régions, les couvertures vaccinales contre l'hépatite B ont été évaluées à partir des données obtenues lorsque les enfants étaient en 4^e année du primaire. En outre, il est plus facile d'estimer les couvertures vaccinales en milieu scolaire parce qu'on a accès aux données sur les nombres d'élèves à vacciner pour déterminer les données du dénominateur. Au total, des données de couverture vaccinale, partielles ou complètes, ont été rapportées dans onze régions en 2000, soit trois de plus que l'année précédente. Dans trois de ces régions, les données proviennent du SIV, alors qu'elles sont de sources diverses dans les autres régions (compilations manuelles et estimations à partir d'une intervention antérieure ou à partir des données du bilan précédent). Dans une

région, les résultats présentés concernent les élèves de la 5^e secondaire, résultats obtenus dans le cadre du programme de rattrapage de vaccination contre l'hépatite B, instauré en 1999-2000.

Les couvertures vaccinales déclarées pour le dT-Polio et le RRO atteignent les résultats attendus dans une seule région ; ailleurs, les couvertures pour ces deux mêmes vaccins varient de 54 % à 93 %. En ce qui concerne la couverture contre l'hépatite B, le résultat attendu est presque atteint dans deux régions, soit 92 %. Quant aux données concernant les couvertures vaccinales totales, elles sont estimées dans seulement quatre régions (variant de 66 % à 93 %), et elles n'atteignent pas l'objectif visé de 95 %.

Discussion

Bien qu'en 2000, on dispose d'un SIV pour les adolescents dans très peu de régions, les données concernant les couvertures vaccinales des jeunes de cet âge sont plus substantielles pour l'année scolaire 1999-2000 que pour les années antérieures même si elles restent souvent parcellaires. Nulle part au Québec en 1999-2000 on peut dire que les résultats attendus sont atteints pour l'ensemble des vaccins ciblés, soit en raison d'un manque de données, soit parce que la couverture estimée est inférieure à l'objectif visé de 95 %. Les couvertures vaccinales atteintes sont tributaires des pratiques des CLSC à l'égard de l'immunisation des adolescents. Ainsi, même si, dans la majorité des régions, on a indiqué que tous les CLSC offraient des services de vaccination aux jeunes de 3^e secondaire, le questionnaire ne permet pas de savoir si les CLSC rencontrent les jeunes directement en milieu scolaire. L'incapacité de fournir des données de couverture vaccinale est probablement le reflet de l'absence de vaccination ou d'une activité restreinte de vaccination en milieu scolaire pour ce groupe (ex. : administration du vaccin d₂T₅, mais pas de vérification du statut vaccinal relatif à la polio ou à l'hépatite B). À cet effet, des données québécoises publiées en 1999 indiquent clairement que les couvertures vaccinales sont meilleures lorsque l'immunisation est offerte à l'école^{1,2}. Ainsi, si l'on veut atteindre le résultat attendu, soit une couverture vaccinale de 95 %, il faudra s'assurer que les rappels du calendrier régulier et que le vaccin contre l'hépatite B sont offerts directement à l'école pour l'ensemble des adolescents de 3^e année du secondaire.

À l'égard de la couverture vaccinale pour l'hépatite B, rappelons que la première cohorte d'enfants immunisés en 4^e année du primaire a atteint le niveau de la 3^e secondaire durant l'année scolaire 1999-2000. Ceci explique la capacité des responsables régionaux à fournir un plus grand nombre de données pour l'année 1999-2000. Cependant, il faut garder en tête que la couverture contre l'hépatite B est probablement sous-estimée lorsqu'elle est calculée à partir des données obtenues alors que les enfants étaient en 4^e année du primaire. Par ailleurs, la couverture vaccinale des élèves de 4^e année du primaire vaccinés en 1999-2000 a été de 88 %³ (données provenant de onze des dix-huit régions), ce qui démontre la possibilité d'atteindre des niveaux élevés de couverture vaccinale des élèves, et d'obtenir des données valides et fiables à leur sujet.

-
1. M. GUAY *et al.*, *Vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4^e année hors du milieu scolaire – Comparaisons des coûts et de l'efficacité du programme et préférences des parents*, Longueuil, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1999, 77 p.
 2. L. PERRON, *Couverture vaccinale pour le vaccin d₂T₅ des adolescents âgés de 15 ans résidant en Montérégie*, Longueuil, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1999, 56 p.
 3. Selon les données fournies en septembre 2001 par le Bureau de surveillance épidémiologique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Des efforts supplémentaires devront être faits afin de mieux connaître les couvertures vaccinales (rappels et hépatite B) des élèves de la 3^e secondaire. L'instauration en 1999-2000 du programme de rattrapage de vaccination contre l'hépatite B en 5^e secondaire ainsi que l'intérêt, dans plusieurs régions, à administrer de manière systématique, à l'école, un rappel du vaccin diphtérie-tétanos aux élèves de la 3^e secondaire pourraient contribuer à une meilleure connaissance des couvertures vaccinales. Il faut se rappeler que la collaboration, souvent limitée, des adolescents lorsque vient le temps de présenter leur carnet de vaccination au cours d'interventions en milieu scolaire rend difficile l'établissement d'un portrait juste des couvertures vaccinales.

Pour remédier à cette situation, on pourrait aussi envisager d'utiliser d'autres sources de données, telles que des enquêtes transversales, comme cela semble avoir été fait avec succès dans une région en 1998-1999. Cependant, cette manière de procéder s'avère fort coûteuse et impose de reprendre le processus annuellement. Il faut plutôt compter sur un SIV fonctionnel afin de déterminer les couvertures vaccinales des élèves de la 3^e secondaire, ce qui ne sera possible que dans la mesure où l'accès à des données de qualité sur les enfants vaccinés (numérateur) et sur l'ensemble des élèves visés (dénominateur) est assuré. Les difficultés d'accès à ces données, quoiqu'elles soient moindres en milieu scolaire que pour les enfants de 2 ans, existent toujours en 2000. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que tous les jeunes de la 3^e secondaire qui ont quitté le milieu scolaire sont exclus, les données étant obtenues à partir des listes scolaires.

Conclusion

Actuellement, il est possible dans quelques régions d'estimer la couverture vaccinale des adolescents pour les rappels du calendrier régulier. Cependant, il sera certainement impossible de mesurer la couverture vaccinale provinciale des adolescents d'ici 2002. En ce qui concerne l'hépatite B, la situation est différente. Comme la première cohorte d'enfants immunisés dans le cadre du programme provincial offert aux élèves de la 4^e année du primaire a atteint la 3^e année du secondaire durant l'année scolaire 1999-2000, la couverture vaccinale pour l'hépatite B a pu être évaluée dans un grand nombre de régions. Bien que les estimations de cette couverture n'atteignent pas l'objectif visé, elles s'approchent du résultat attendu dans deux régions. Quant au vaccin diphtérie-tétanos-polio et au vaccin RRO, les couvertures vaccinales ont atteint les résultats attendus dans une seule des régions où des données sont produites, soit la même que dans le troisième bilan.

Tableau 2.2.1 **Système d'information sur la vaccination (SIV) des élèves québécois de 3^e secondaire – État de l'implantation au 31 décembre 2000 au niveau régional**

Régions ¹	Même situation qu'au 3 ^e bilan	SIV implanté dans les CLSC	SIV implanté dans les directions de la santé publique
01 ²	Oui	Non	Non
02	Non	Oui	Non
03 ²	Oui	Oui	Non
04	Non	Non	Non
05	Non	Oui	Oui
06 ²	Oui	Non	Non
07 ²	Oui	Non	Non
08 ²	Oui	Non	Non
09 ²	Oui	Non	Non
10 ²	Oui	Non	n.r.
11 ²	Oui	Non	Non
12	Non	Oui	Oui
13 ²	Oui	Non	Oui
14 ²	Oui	Non	Non
15 ²	Oui	Non	Non
16 ²	Oui	Non	Non
17 ²	Oui	Non	Non
18 ²	Oui	Non	Non

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les données de cette région ont été tirées du troisième bilan.

Tableau 2.2.2 Participation des CLSC au SIV et à la vaccination des élèves de 3^e secondaire – Régions du Québec, 2000

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par les CLSC	Nombre de CLSC où le SIV est implanté	Nombre de CLSC offrant la vaccination	Nombre de CLSC qui fournissent des données au SIV		
				De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01 ²	100 %	n.r.	9	n.r.	n.r.	n.r.
02	100 %	7 ³	7 ³	5 ⁴	0	2
03 ²	100 %	8	8	8	n.a.	n.a.
04	100 %	0	11	0	11	0
05	100 %	7	7	7	0	0
06 ²	n.d.	0	29	0	0	29
07 ²	n.d.	0	8	n.d.	n.d.	8
08 ²	100 %	0	6	0	0	6
09 ²	100 %	0	6	0	0	6
10 ²	100 %	0	5	n.d.	n.d.	n.d.
11 ²	100 %	0	6	0	0	6
12 ²	100 %	11	11	11	0	0
13 ²	n.d.	1	4	0	4	0
14	n.d.	0	n.d.	0	0	6
15 ²	98 %	0	7	0	0	7
16	86 %	n.d.	6 ⁵	n.d.	n.d.	n.d.
17 ²	100 %	0	2	0	0	2
18 ²	100 %	0	1	0	0	1

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les données de cette région ont été tirées du troisième bilan.

3. Les données comprennent six CLSC et un centre de santé autochtone.

4. Les données comprennent quatre CLSC et un centre de santé autochtone.

5. Dans cette région, 6 CLSC sur 20 (dix-neuf CLSC et une réserve autochtone) offrent des services de vaccination aux élèves de 3^e secondaire.

Tableau 2.2.3 Couverture vaccinale contre l'hépatite B et rappels des élèves de 3^e secondaire – Régions du Québec, année scolaire 1999-2000

Régions ¹	Même situation qu'au 3 ^e bilan	Couverture globale		Couverture dT-Polio		Couverture RRO		Couverture hépatite B		Source des données ou remarques
		Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	
01	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	82 ²	
02	Non	1 551	66	1 886	81	1 784	76	3 737	89 ²	Le centre de santé autochtone et 2 CLSC n'ont pas fourni de données.
03	Non	n.d.	n.d.	5 713	84	n.d.	n.d.	5 969	86 ²	
04	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4 553	71 ²	
05	Non	2 555 ³	72 ³	3 029	86 ⁴	3 251	92 ⁵	2 555	72 ⁶	Logivac.
06	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
07	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
08	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2 164	92 ²	Compilation manuelle.
09	Non	n.d.	n.d.	1 252	97	1 246	97	974	76	Compilation manuelle.
10	Non	223	93	216	90	223	93	294	92	Compilation manuelle.
11	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
12	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
13	Non	1 920 ⁷	81 ⁷	2 064 ⁷	87 ⁷	2 072 ⁷	88 ⁷	2 131 ⁷	69 ⁷	Compilation manuelle.
14	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
15	Non	n.d.	n.d.	3 779	88	n.d.	n.d.	n.d.	78 ²	Compilation manuelle.
16 ⁸	Non	n.d.	n.d.	3 793	64	2 550	54	2 117	45	Compilation manuelle.
17	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
18	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Données obtenues alors que les enfants étaient en 4^e année du primaire.

3. Dans cette région, les données de couverture vaccinale globale ont été établies à partir de la couverture vaccinale la plus faible, soit l'hépatite B dans ce cas-ci.

4. La couverture vaccinale contre la polio est de 96 %.

5. La couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (une dose) est de 98 %.

6. La couverture vaccinale à deux doses contre l'hépatite B est de 76 %.

7. Données se rapportant aux élèves de 5^e secondaire.

8. Pour le dT-Polio : données de 7 CLSC sur 20 ; RRO : 6 CLSC sur 20 ; hépatite B : 5 CLSC sur 20. Pour la même période, la couverture vaccinale contre l'hépatite B des élèves de 5^e secondaire est de 76 % (19 CLSC sur 20).

2.3 Élimination des maladies évitables par l'immunisation

Que, d'ici 2002, les maladies suivantes, évitables par l'immunisation, soient sous le seuil d'élimination : la rougeole, la rubéole, la diphtérie, les oreillons et la poliomyélite.

Méthode

Définitions

Le **seuil d'élimination** : il s'agit d'un concept complexe et dynamique qui fait référence à trois notions importantes.

1° Le nombre de cas ou le taux d'incidence des maladies

Le **taux d'incidence** se rapporte aux cas de rougeole, de rubéole, de diphtérie, d'oreillons et de poliomyélite, selon les définitions de cas standardisées¹, en incluant la rubéole congénitale.

2° Le niveau de protection des individus

Il peut s'agir autant d'une protection naturelle que d'une protection acquise par la vaccination.

3° La chaîne de transmission

Il s'agit de déterminer si les cas de maladie sont isolés ou reliés. Il faut aussi déterminer si les cas sont importés ou indigènes.

Cas isolés : cas pour lesquels des cas secondaires ne peuvent être retracés.

Cas reliés : cas pour lesquels des liens épidémiologiques peuvent être retracés.

Cas importés : cas pour lesquels l'infection est acquise en dehors du Canada.

Cas indigènes : cas pour lesquels l'infection est acquise au Canada.

L'élimination d'une maladie infectieuse est souvent comprise comme l'absence de tout cas dans une population. Cette situation pourrait théoriquement se produire si toute la population était immune, soit à cause de la maladie ou à cause de la vaccination. En pratique, cela n'est pas possible et il reste toujours des personnes non protégées qui peuvent être infectées par un cas importé et transmettre à leur tour la maladie. L'élimination correspond plutôt à la situation dans laquelle une transmission soutenue ne peut se produire et où les cas secondaires à une importation s'interrompent d'eux-mêmes, sans intervention. La proportion de personnes qui doivent être immunes pour maintenir l'élimination varie selon les différentes maladies, en fonction de leur

1. *Surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire au Québec – Définitions nosologiques*, Québec, Direction de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, août 1997, 53 p.

contagiosité, de leur type de transmission et de la fréquence des contacts entre les individus¹.

Indicateurs

- Le taux d'incidence des maladies à déclaration obligatoire visées par le résultat ;
- la chaîne de transmission.

Collecte des données

Les données sur les cinq maladies retenues sont tirées du fichier sur les maladies à déclaration obligatoire au Québec (MADO, année 2000), en date du 17 juillet 2001, et traitées par le Bureau de surveillance épidémiologique de la Direction générale de la santé publique².

Résultats

Les taux bruts d'incidence de la rougeole et des oreillons ont augmenté au cours de l'année 2000 en comparaison avec l'année précédente. Ils sont respectivement de 0,43 et 0,26 cas pour 100 000 habitants (cf. tableau 2.3.1). Le taux de rubéole a également augmenté, mais dans une moindre mesure, atteignant 0,04 cas pour 100 000 habitants, tandis que le taux de rubéole congénitale est demeuré stable à 0,01 cas pour 100 000 habitants. Avec des taux aussi faibles, il faut toutefois retourner aux données sur le nombre de cas pour mieux évaluer la situation. Ainsi, même si le taux de rubéole congénitale est bas, cela se traduit néanmoins par un cas de rubéole congénitale déclaré durant la dernière année. En ce qui concerne la rubéole, la légère augmentation du taux d'incidence se traduit par trois cas déclarés au cours de l'année 2000, soit deux de plus qu'en 1999. L'augmentation marquée du taux d'incidence qui est observée pour la rougeole se traduit par trente-deux cas déclarés en 2000, alors que l'on en avait observé environ trois par année depuis 1996. Quant au taux d'oreillons, rappelons qu'il avait chuté en 1999 au niveau le plus bas jamais observé de toute la décennie. L'augmentation du nombre de cas d'oreillons au cours de la dernière année, soit dix-neuf cas déclarés, est proche du nombre de cas observés en 1997 et en 1998.

Aucun cas de diphtérie n'a été déclaré depuis 1990 au Québec, malgré plusieurs cas observés en Europe de l'Est. Enfin, la poliomyélite est officiellement éliminée des Amériques depuis 1994 quoiqu'un nombre important de cas de polio vaccinale ait été observé en République dominicaine ; aucun cas n'a été signalé au Québec en 2000.

Discussion

Il existe un phénomène de sous-déclaration des MADO à ne pas négliger, qui conduit à sous-estimer la réalité, mais dont l'ampleur devrait apparaître semblable à travers les années. De plus, la rubéole reste difficile à diagnostiquer et certains cas peuvent passer inaperçus. Par ailleurs, pour la rougeole, la rubéole et les oreillons, depuis 1997, seuls les cas confirmés par un test de laboratoire ou ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire sont saisis dans le fichier MADO, ce qui peut entraîner une sous-estimation encore plus importante de ces maladies. Toutefois, comme la même

1. G. DE SERRES, N J GAY ET C P FARRINGTON, « Epidemiology of transmissible diseases after elimination », *American Journal of Epidemiology*, vol. 151, n° 11, juin 2000, p. 1039-1048.

2. M. DOUVILLE-FRADET ET F. DUMONT, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux.

méthode a été utilisée depuis 1997, les comparaisons entre ces quatre dernières années sont possibles.

Les taux brut d'incidence de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sont toujours bas en 2000 quoiqu'une augmentation soit observée par rapport à 1999, particulièrement pour le taux de rougeole. Les cas de rougeole ont tous été associés à des cas importés. Trois cas ont été signalés chez des enfants d'adoption internationale (cas importés) et une éclosion impliquant 29 cas a été rapportée au sein des membres d'une communauté religieuse peu immunisés (cas probablement importé au départ et les autres cas y étaient reliés). Dans toutes ces situations, il n'y a pas eu de transmission soutenue et la maladie s'est éteinte.

Il faut déplorer qu'un cas de rubéole congénitale soit survenu au cours de la dernière année malgré l'existence de mesures permettant de prévenir cette maladie. Des anomalies ont été observées dans l'utilisation du test de dépistage prénatal de la rubéole par certains laboratoires, mais elles n'ont pas été mises en cause dans ce cas précis. Il faut continuer les efforts afin d'atteindre des taux de couverture vaccinale élevés pour le RRO. Même si le nombre de cas de rougeole, de rubéole et d'oreillons a augmenté depuis la dernière année, il demeure relativement faible, ce qui laisse présager que l'objectif d'élimination de ces maladies est sur le point d'être atteint. Grâce à l'administration d'une deuxième dose du vaccin contre la rougeole, on devrait pouvoir éviter une augmentation du taux d'incidence de cette maladie, comme on l'avait vu en 1996. Du point de vue de la santé publique, il est essentiel de continuer la surveillance de ces différentes maladies et de déterminer si les cas observés de ces différentes maladies sont importés ou indigènes.

Il faut aussi resserrer la surveillance de la rubéole congénitale, car les difficultés diagnostiques et le manque de sensibilité du système passif de surveillance entraînent une sous-estimation du nombre réel de cas. Il faut insister sur l'importance du dépistage des anticorps de la rubéole chez la femme enceinte et de la vaccination des femmes réceptives, autant avant une grossesse qu'après l'accouchement.

En ce qui concerne la diphtérie, il faut rester vigilant, car les risques d'importation existent toujours. Bien que l'on recommande un rappel tous les dix ans, il est actuellement impossible de mesurer la couverture vaccinale dans la population adulte. Par ailleurs, des études sérologiques récentes effectuées chez des adultes montrent que les taux d'anticorps contre la diphtérie sont faibles¹, ce qui signifie que la population n'a peut-être pas toute la protection souhaitée. En l'absence de cas, on peut supposer qu'il n'y a pas d'exposition ou alors que la population est mieux protégée que ce que l'on peut croire.

Par ailleurs, la poliomyélite est officiellement éliminée des Amériques. Comme dans les autres provinces canadiennes, et compte tenu de l'épidémiologie de ces dernières années, le retour au vaccin inactivé devrait prévenir l'apparition de cas liés à la polio vaccinale. Afin de s'assurer de l'élimination de la poliomyélite au Canada, un programme de surveillance de la paralysie flasque existe depuis quelques années dans tous les hôpitaux pédiatriques du Canada. Ses résultats confirment, presque à coup sûr, l'élimination de cette maladie.

1. L. VALIQUETTE ET D. DEHAIS, *Protocole d'intervention – Diphtérie respiratoire et diphtérie cutanée*, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 45 p.

Conclusion

Au Québec, aucun cas de diphtérie n'a été déclaré depuis 1990. À l'exception des cas de polio vaccinale observés en République dominicaine en 2000, on considère que la poliomyélite est officiellement éliminée des Amériques depuis 1994. Les taux bruts d'incidence de la rougeole, de la rubéole et des oreillons restent faibles en 2000, mais il faut déplorer l'augmentation du nombre de cas de rougeole et d'oreillons, et la survenue d'un cas de rubéole congénitale durant la dernière année. Des variations minimales dans les taux de rougeole, de rubéole et d'oreillons sont observées selon les années, mais le passage de ces taux sous le seuil de l'élimination est chose faite. Il faut toutefois continuer à surveiller la situation de très près et ne rien tenir pour acquis. En effet, on observe peu de cas de ces maladies à condition que la population soit adéquatement vaccinée. Pour en être assuré, il faut pouvoir mesurer la couverture vaccinale à partir d'un système d'information sur la vaccination (SIV) bien implanté et fonctionnel afin de connaître les sous-groupes mal protégés. Comme cela a été constaté avec l'écllosion de rougeole décrite en 2000, certains sous-groupes sont mal couverts. Il serait nettement préférable d'identifier ces groupes au moment de l'évaluation de la couverture vaccinale que lorsqu'une éclosion survient.

Tableau 2.3.1 Taux brut d'incidence des maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1990-2000 (taux par 100 000 habitants)

Maladies	Années										
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Rougeole	1,20	4,09	0,58	0,82	1,78	0,43	1,14	0,06	0,03	0,04	0,43
Rubéole	1,69	0,75	0,75	2,04	0,89	0,66	0,76	0,11	0,03	0,01	0,04
Oreillons	0,80	0,85	1,01	1,10	1,15	1,04	1,09	0,18	0,36	0,10	0,26
Rubéole congénitale	0,00	0,06	0,04	0,03	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01
Diphthérie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Poliomyélite	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Source : Fichier MADO, juillet 2001.

2.4 Réduction de l'incidence des maladies évitables par l'immunisation

Qu'en 2002, l'incidence des maladies suivantes, évitables par l'immunisation, soit réduite :

- infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b : moins de 50 cas par année ;
- coqueluche : diminution de 50 % des cas ;
- hépatite B : diminution de 50 % des cas dans la population qui devient active sexuellement (jeunes de moins de 25 ans) ;
- hépatite A : diminution de 50 % des cas.

Méthode

Définitions

Infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, coqueluche, hépatite B et hépatite A répondant aux définitions de cas standardisées¹.

Pour l'hépatite B, on s'intéresse plus particulièrement aux cas aigus.

Indicateur

Taux d'incidence des maladies à déclaration obligatoire visées par le résultat, et ce, pour chacune des maladies et selon les catégories de population.

Collecte des données

Comme pour la section 2.3, les données présentées ici sont tirées du fichier MADO (année 2000) et traitées par le Bureau de surveillance épidémiologique de la Direction de la protection de la santé publique².

Résultats

Le taux brut d'incidence de la coqueluche varie de façon importante selon l'année d'observation (cf. tableau 2.4.1). En 2000, on note une baisse importante du nombre de cas par rapport à 1999. Cette diminution de l'incidence s'inscrit dans une tendance à la baisse observée depuis deux ans et qui correspond probablement aux variations cycliques, avec une succession d'années où il y a des pics épidémiques et des années où l'incidence est moindre.

L'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) reste toujours faible selon la tendance observée depuis 1993. Aucun cas de méningite causé par Hib n'a été

1. *Surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire au Québec – Définitions nosologiques*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 53 p.

2. M. DOUVILLE-FRADET ET F. DUMONT, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux.

déclaré en 2000, tant chez les enfants que dans la population adulte. Il s'agit en fait de l'une des grandes victoires des programmes de vaccination. Seulement deux cas d'infections à Hib ont été signalés au cours de la dernière année chez les enfants de moins de 5 ans. Il s'agit du nombre de cas le plus bas enregistrés depuis 1990.

Le taux d'incidence brut global de l'hépatite B aiguë demeure toujours bas en 2000, quoiqu'il ait légèrement augmenté depuis 1999 ; cette augmentation est également constatée dans la population cible des jeunes qui deviennent actifs sexuellement (15-24 ans).

Le taux d'incidence brut de l'hépatite A continue de diminuer, atteignant 1,5 cas par 100 000 habitants en 2000, niveau légèrement supérieur à celui qui a été noté en 1994. Au total, 110 cas ont été déclarés au fichier MADDO au cours de l'année 2000 (cf. tableau 2.4.2). Les données concernant la distribution des facteurs de risque pour l'année 2000 ont permis de recueillir de l'information sur 70 des 102 cas enregistrés au système de surveillance des facteurs de risque du MSSS. Les principaux facteurs de risque observés en 2000 sont *l'acquisition à l'extérieur du Canada* (facteur le plus fréquemment observé), *les pratiques sexuelles à risque* et *la contamination d'origine hydrique ou alimentaire*. La proportion des cas attribuables aux pratiques sexuelles à risque a beaucoup diminué, passant de 27 % en 1999 à 11 % en l'an 2000. La situation est semblable en ce qui concerne les cas attribuables à la contamination d'origine hydrique ou alimentaire. Quant aux cas où le virus de l'hépatite A a été acquis à l'extérieur du Canada, leur proportion a presque triplé, passant de 20 % (27 cas) en 1999 à 58 % (42 cas) en 2000.

Discussion

Comme nous l'avons mentionné à la section 2.3, il existe un phénomène de sous-déclaration des MADDO qui conduit à sous-estimer la situation réelle, mais ce phénomène devrait être constant dans le temps.

Cette année, l'incidence de la coqueluche a considérablement baissé par rapport à 1999. Rappelons qu'un nouveau vaccin acellulaire contre la coqueluche, probablement plus efficace que le précédent, est utilisé pour l'immunisation des enfants depuis le début de 1998. Ce vaccin devrait permettre un meilleur contrôle à moyen terme de la coqueluche au Québec. Bien qu'on note une diminution du nombre de cas de coqueluche déclarés, et ce, pour une deuxième année consécutive, il est probablement prématuré d'attribuer la baisse d'incidence de cette maladie à l'utilisation du nouveau vaccin. Il faudra enregistrer une baisse soutenue dans le temps pour véritablement conclure à l'atteinte du résultat attendu.

La situation des infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b est relativement différente. En fait, le résultat attendu (moins de 50 cas par année) était déjà atteint avant la publication des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Encore là, il ne faut rien tenir pour acquis et on doit rester extrêmement vigilant afin de surveiller adéquatement les infections causées par cette bactérie, notamment chez les moins de 5 ans. La diminution du nombre de cas observés parmi cette population au cours de l'année 2000 est très rassurante, car la légère augmentation du nombre de cas enregistrés en 1999 avait suscité de l'inquiétude. Malgré tout, il faut maintenir une couverture vaccinale élevée afin d'assurer la protection des enfants, d'où l'importance d'atteindre le résultat attendu en ce qui concerne la couverture vaccinale des enfants de 2 ans.

Pour l'hépatite B, le résultat attendu semble en bonne voie d'être atteint, malgré une légère augmentation du nombre de cas déclarés au cours de la dernière année. Là aussi, il faudra rester à l'affût, car l'accroissement des cas d'hépatite B pourrait peut-être s'inscrire dans la même tendance que celle qui a été observée pour d'autres MTS dans les dernières années¹. Ce constat pourrait laisser présager une recrudescence des comportements à risque et signifier un certain insuccès des programmes de prévention des MTS et du VIH offerts à certaines populations qui risquent également de contracter l'hépatite B. Il faudra donc redoubler d'efforts dans l'application des programmes de vaccination à l'intention des populations vulnérables. C'est pourquoi un programme de vaccination de rattrapage contre l'hépatite B s'adressant aux élèves de 5^e secondaire a été mis en œuvre durant l'année scolaire 1999-2000 et le programme de vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4^e année du primaire, commencé en 1994, doit se poursuivre sans relâche. Les effets de ces efforts de vaccination systématique des jeunes et des adolescents devraient commencer à se faire sentir dans les prochaines années.

Enfin, quant à l'hépatite A, beaucoup reste à faire pour le contrôle à long terme de cette maladie même si l'objectif semble être atteint. L'épidémiologie de l'hépatite A est caractérisée par des variations causées par des flambées dans les populations à risque (ex. : population d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes). La tendance à la baisse observée depuis 1997 peut être le reflet d'une accalmie momentanée avant une nouvelle flambée. Cependant, des programmes de vaccination ont visé des groupes vulnérables, comme les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les consommateurs de drogues par injection, et ils se poursuivront dans les années à venir, ce qui pourrait freiner les variations observées quant aux taux d'incidence de cette maladie.

Bien que des efforts soient faits afin de standardiser la surveillance des facteurs de risque de l'hépatite A, on constate encore une disparité entre les cas indiqués au fichier MADO (110) et les cas pour lesquels de l'information sur les facteurs de risque est transmise au MSSS (102). Par ailleurs, on note une diminution considérable des cas attribuables aux pratiques sexuelles à risque et à la contamination d'origine hydrique ou alimentaire en 2000 par rapport à 1999. Ce n'est pas la même situation toutefois pour les cas où le virus a été acquis à l'extérieur du pays, qui ont augmenté de façon importante depuis 1999 en nombre absolu de cas et en proportion relative. Compte tenu du nombre élevé de ces cas au cours de la dernière année, il faudrait envisager une large immunisation des voyageurs. La vaccination universelle représenterait évidemment la solution idéale pour y arriver. Toutefois, en l'absence d'une telle mesure, il faut améliorer l'accès aux services de vaccination des voyageurs, ce qui ne résoudrait pas l'ensemble du problème sachant qu'une proportion importante de voyageurs ne consultent pas ces services. Il faudra donc prêter une attention particulière à cette population afin de freiner l'augmentation des cas déclarés et maintenir l'atteinte du résultat attendu.

Conclusion

L'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b est en baisse depuis 1993, cette réduction étant attribuable à la vaccination systématique des enfants entreprise en 1992. En 2000, aucun cas de méningite causée par des infections à Hib n'a été enregistré au Québec. Seulement deux cas d'infections à Hib ont été signalés chez les enfants de moins de 5 ans, ce qui représente le nombre le plus faible de cas

1. R. PARENT ET M. ALARY, *Analyse des cas d'infection génitale par Chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile – 1995-1999*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 19 p. et annexes.

enregistrés depuis 1990. Par ailleurs, l'incidence de la coqueluche a continué de décliner en 2000. Il est toutefois prématuré d'attribuer cette baisse à l'introduction d'un nouveau vaccin plus efficace depuis 1998, car elle pourrait être due à une période d'incidence moindre qu'on observe pour cette maladie entre des années de pics épidémiques.

Pour l'hépatite B, le résultat attendu est en bonne voie d'être atteint, mais il faut demeurer vigilant compte tenu de la légère augmentation du nombre de cas déclarés en 2000. Même si les programmes de prévention des MTS et du VIH ainsi que les programmes de vaccination contre l'hépatite B ont sans doute contribué à ce que les cas d'hépatite B restent faibles, il faut rester alerte puisque, ces dernières années, on a aussi observé une augmentation de cas d'autres MTS. Enfin, le taux d'incidence de l'hépatite A a diminué en 2000 mais, comme cette maladie se caractérise par des flambées de cas parmi des populations à risque, il est possible que la diminution observée soit le reflet d'une accalmie entre deux flambées plutôt que l'effet d'un meilleur contrôle de la maladie. L'évolution des prochaines années permettra de mieux se prononcer sur l'atteinte réelle du résultat attendu. Quant aux facteurs de risque liés à l'hépatite A enregistrés en 2000, on observe une nette diminution du nombre de cas attribuables aux pratiques sexuelles à risque et à la contamination d'origine hydrique ou alimentaire. Par ailleurs, le nombre de cas où le virus a été acquis à l'extérieur du pays a considérablement augmenté au cours de la dernière année. Il faudra prêter une attention particulière aux voyageurs au cours des prochaines années et envisager des stratégies afin d'améliorer l'accès à la vaccination pour les voyageurs.

Tableau 2.4.1 Taux brut d'incidence¹ des maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1990-2000 (taux par 100 000 habitants)

Maladies	Années										
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Coqueluche	23,1	9,0	25,8	60,5	61,4	59,6	18,2	14,7	66,5	25,0	10,9
Hib ²	1,8	1,9	1,6	0,6	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1
Hib ² , nombre de cas	129	137	115	41	27	24	15	20	18	17	8
Hib ² , nombre de cas chez les moins de 5 ans	97	91	89	25	8	7	4	6	4	9	2
Hépatite B aiguë	6,4	6	6,4	6,2	4,8	3,7	3,8	3,1	2,4	2,2	2,5
Hépatite B aiguë, 15-24 ans	11,1	9,2	9,2	9,8	5,4	5	4,9	4,1	3,5	2,4	3,3
Hépatite A	0,3	0,6	0,2	0,3	1,1	2,8	8,1	7,8	2,7	2,3	1,5

1. Taux pour toutes les maladies sauf les infections à *Haemophilus influenzae* de type b, dont le nombre de cas est également présenté.
 2. Hib = infections à *Haemophilus influenzae* de type b.

Source : Fichier MADO, juillet 2001.

Tableau 2.4.2 Nombre de cas d'hépatite A selon les facteurs de risque, Québec, 1999 et 2000

Facteurs de risque	1999		2000	
	Nombre de cas présentant le facteur de risque ¹	%	Nombre de cas présentant le facteur de risque ¹	%
Acquisition à l'extérieur du Canada	27	20,1	42	58,0
Pratiques sexuelles à risque	36	26,9	8	11,0
Origine hydrique ou alimentaire	30	22,4	7	10,0
Utilisateur de drogues	9	6,7	5	7,0
Cas lié à l'adoption internationale	n.d.	n.d.	3	4,0
Contact avec une personne infectée à l'extérieur du pays	6	4,5	n.d.	n.d.
Contact familial	11	8,2	2	3,0
Enfant infecté (adoption internationale)	2	1,5	2	3,0
Travail à risque	3	2,2	1	1,0
Service de garde	1	0,8	1	1,0
Autre facteur identifié	9	6,7	2	3,0
SOUS – TOTAL	134	100,0	73	100,0
Cas présentant des facteurs de risque	94		70	
Aucun facteur de risque déterminé	68		11	
Cas n'ayant pas fait l'objet d'investigation	8		21	
TOTAL DE CAS ENREGISTRÉS²	170		102	
TOTAL DE CAS DÉCLARÉS³	173		110	

1. Un même cas peut présenter plusieurs facteurs de risque et peut donc être comptabilisé dans plus d'une catégorie.

2. Il s'agit du nombre de cas enregistrés dans le système de surveillance des facteurs de risque du MSSS.

3. Il s'agit du nombre de cas déclarés au fichier MAD0.

Source : Bureau de surveillance épidémiologique, Direction générale de la santé publique, MSSS, juillet 2001.

2.5 Vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en CHSLD

Que, d'ici 2002, au moins 80 % des personnes âgées vivant en institution reçoivent chaque année le vaccin contre l'influenza.

Méthode

Définitions

Vaccin contre l'influenza

Il s'agit d'un vaccin dont la composition change chaque année en fonction des prévisions sur les souches virales qui devraient circuler. Il doit donc être administré chaque automne.

Personne âgée vivant en institution

Toute personne vivant en CHSLD (selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux).

Indicateur

Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes vivant en CHSLD.

Collecte des données

Pour appuyer la gestion du programme provincial de vaccination contre la grippe, les responsables régionaux fournissent au MSSS, chaque année, les résultats de la mise en œuvre du programme. Les données présentées ici sont tirées de cette source¹.

Résultats

La couverture vaccinale provinciale pour les personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD est évaluée à 80,6 % en 2000-2001, résultat identique à celui de l'an dernier (cf. tableau 2.5.1). Ce résultat a été estimé à partir des données provenant de treize régions du Québec. Dans les cinq autres régions, aucune donnée n'a été fournie, ce qui représente un taux de non-réponse de 28 %, mais ne concerne qu'environ 10 % de la population québécoise vivant en CHSLD (proportion estimée à partir des données du troisième bilan).

Les données colligées indiquent que les taux de couverture vaccinale contre l'influenza ont augmenté dans six régions. Dans cinq régions, une légère baisse du taux est observée alors que, dans une autre, la diminution est beaucoup plus considérable puisque le taux passe de 88,3 % en 1999-2000 à 79,6 % en 2000-2001.

Les taux de couverture vaccinale des personnes âgées vivant en CHSLD sont en constante progression depuis la parution des *Priorités nationales de santé publique*

1. M. DOUVILLE-FRADET et F. DUMONT, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2001.

1997-2002 (cf. figure 2.6.1). Alors que la couverture vaccinale n'était que de 64 % en 1996-1997, elle a augmenté pour atteindre près de 81 % en 1999-2000 et s'est maintenue à ce taux en 2000-2001.

Discussion

Au cours des dernières saisons, on s'est employé à standardiser la méthode d'estimation des couvertures vaccinales, mais il reste encore à faire, notamment pour déterminer le dénominateur exact (c'est-à-dire le nombre de personnes vivant en CHSLD au moment de la vaccination) et pour faire en sorte que, dans toutes les régions, on utilise les mêmes définitions. C'est pourquoi il faut rester prudent dans l'interprétation des résultats.

Pour la deuxième année consécutive, la couverture vaccinale contre l'influenza des Québécois vivant en CHSLD atteint le résultat attendu. Autre constatation encourageante : dans toutes les régions où des données sont collectées, le résultat attendu est atteint ou près de l'être. Il faut toutefois mentionner la proportion importante de régions pour lesquelles nous n'avons pas de données en 2000-2001, soit cinq régions sur dix-huit, comparativement à une seule région l'année précédente. Par ailleurs, même si la couverture globale est estimée à 81 %, la couverture peut dépasser ce résultat dans certains CHSLD alors que, dans d'autres, la couverture vaccinale peut être beaucoup plus faible.

Depuis quelques années et encore pendant la période de vaccination 2000-2001, des efforts importants ont été fournis, autant au niveau régional qu'au niveau provincial, pour appuyer la mise en œuvre du programme. Cet appui a pris la forme d'une campagne de promotion et d'un ajout de ressources financières. Ces efforts ont semblé porter fruit. Si cet élan se maintient, les gains obtenus pourront être préservés et peut-être même améliorés encore.

Il faut tout de même ajouter un bémol à cette belle réussite puisque les mêmes gains ne sont pas obtenus avec la vaccination du personnel soignant. Même si la couverture vaccinale du personnel contre la grippe ne fait pas partie des indicateurs retenus pour évaluer l'actuel résultat attendu, il est justifié de s'y arrêter. En effet, le personnel soignant peut constituer une source de transmission importante de l'infection en milieu de soins. La vaccination de ce groupe, en plus de celle des personnes hébergées, constitue donc une mesure de santé publique essentielle. Le taux de couverture vaccinale du personnel soignant des CHSLD a ainsi été estimé dans quelques régions, soit sept régions sur dix-huit. La couverture vaccinale provinciale de cette population a été évaluée à 28 % en 2000-2001, ce qui constitue une légère amélioration par rapport à l'année précédente où elle n'était que de 25 % (données obtenues dans six régions)¹. Cependant, ce résultat est nettement insuffisant pour assurer une protection adéquate aux usagers de ces établissements. Il faudra donc continuer à redoubler d'efforts pour assurer une meilleure vaccination du personnel. Des initiatives en ce sens étaient prévues à l'automne 2001 dans toutes les régions, un financement particulier étant octroyé pour des activités qui visent à augmenter l'accessibilité à l'immunisation de tous les membres du personnel des établissements de soins. Ces activités s'inscrivent dans le cadre des *Projets spéciaux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque*, projets instaurés à l'automne 1999 par le ministère de la Santé et des Services sociaux².

1. M. GUAY ET P. CLÉMENT, *Projets spéciaux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, 2000-2001 : Rapport d'évaluation*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, en rédaction.

2. M. GUAY, *Projets spéciaux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, 1999-2000 : Rapport d'évaluation*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2000, 40 p.

Une ombre se dessine cependant au tableau et pourrait avoir des effets négatifs sur la couverture vaccinale du personnel soignant. En effet, au cours de la saison de vaccination de 2000-2001, plusieurs cas de ce que l'on a désigné du nom de *syndrome oculo-respiratoire* ont été associés au vaccin antigrippal. Ce syndrome était caractérisé par des symptômes oculaires (rougeur, prurit, écoulement et œdème des paupières), des symptômes respiratoires (toux, mal de gorge, difficulté à respirer et respiration sifflante), de l'œdème au visage ou une combinaison de ces symptômes survenant quelques heures après la vaccination¹. Une étude québécoise a estimé le taux d'attaque du syndrome à 3,4 %². La connaissance de ces effets secondaires récemment décrits peut avoir suscité une plus grande méfiance envers la vaccination contre la grippe et pourrait faire en sorte qu'il soit plus difficile de convaincre la population de recevoir le vaccin, du moins pendant les prochaines années.

Conclusion

La couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD en 2000-2001 a été estimée à 81 %, couverture identique à celle de l'année précédente. Pour la deuxième fois, la couverture provinciale atteint le résultat attendu, ce qui est encourageant. Il reste encore du travail à faire pour préserver cet acquis et faire en sorte que le résultat soit atteint dans toutes les régions, car la vaccination contre l'influenza doit être répétée annuellement. Par ailleurs, une augmentation du taux de non-réponse régional est observée en 2000-2001 comparativement au bilan précédent. Des efforts devront être faits au cours de la prochaine année afin de remédier à cette situation et de faire en sorte que chaque région fournisse des données relativement à la vaccination des personnes âgées vivant en CHSLD.

-
1. COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION, « Déclaration supplémentaire sur la vaccination antigrippale : utilisation du vaccin antigrippal Fluviral[®] au cours de la saison 2000-2001 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 27 (DCC-1), 2001, 15 janvier 2001, p. 1-2.
 2. N. BOULIANNE *et al.*, « Manifestations cliniques et incidence du syndrome oculo-respiratoire survenant après la vaccination contre l'influenza – Québec, 2000 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 27, n^o 10, 15 mai 2001, p. 85-90.

Tableau 2.5.1 Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001

Régions ¹	Nombres de personnes de 65 ans ou plus		Couverture vaccinale (%)	Couverture vaccinale (%)
	Total vivant en CHSLD ² 2000-2001	Vaccinées 2000-2001	2000-2001	1999-2000
01	1 215	1 033	85,0	81,5
02	1 109	923	83,2	87,7
03	4 517	3 821	84,6	86,9
04	2 710	2 181	80,5	81,0
05	5 597	4 454	79,6	88,3
06	16 030	12 607	78,6	78,0
07	n.d.	n.d.	n.d.	83,5
08	783	661	84,4	81,9
09	397	342	86,1	85,3
10	n.d.	n.d.	n.d.	100,0
11	607	535	88,1	83,7
12	3 189	2 520	79,0	82,1
13	1 601	1 307	81,6	82,5
14	n.d.	n.d.	n.d.	88,8 ³
15	n.d.	n.d.	n.d.	58,9
16	5 344	4 332	81,1	73,6
17	5	5	100,0	100,0
18	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	43 104	34 721	80,6	80,6

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Dans la plupart des régions, les données sur le nombre de personnes vivant en établissement sont fournies directement par les établissements.

3. Les données de cette région, pour l'année 1999-2000, incluent des personnes vivant à l'extérieur du milieu naturel ou familial. Ainsi, en plus des personnes vivant en CHSLD, on y retrouve celles qui vivaient dans des centres d'accueil privés ou dans des prisons.

Source : Données de gestion du programme de vaccination provincial contre l'influenza, 2000-2001. Au 21 juillet 2001, les données de cinq régions étaient toujours manquantes.

2.6 Vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en milieu ouvert

Que, d'ici 2002, 60 % des personnes âgées vivant en milieu ouvert (personnes âgées de plus de 65 ans) reçoivent chaque année le vaccin contre l'influenza.

Méthode

Définitions

Vaccin contre l'influenza

Il s'agit d'un vaccin dont la composition change chaque année en fonction des prévisions sur les souches virales qui devraient circuler. Ce vaccin doit donc être administré chaque automne.

Personne âgée vivant en milieu ouvert

Personne de 65 ans ou plus vivant en milieu naturel, c'est-à-dire qu'elle n'est pas hébergée en CHSLD.

Indicateur

Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert.

Collecte des données

Comme pour le résultat précédent, les données présentées ici sont tirées de renseignements obtenus auprès de l'équipe de gestion du programme provincial de vaccination contre la grippe¹.

Résultats

La couverture vaccinale des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert en 2000-2001, pour l'ensemble de la province, est estimée à 58,6 % (cf. tableau 2.6.1). Ce résultat est supérieur à celui de l'an dernier, mais il demeure inférieur au résultat visé d'ici 2002 (60 %).

Dans cinq des dix-huit régions du Québec, on n'a pas fourni de données, ce qui représente un taux de non-réponse de 28 % pour environ 13 % de la population québécoise de 65 ans ou plus (proportion estimée à partir des données du troisième bilan). Pour toutes les autres régions, on note une augmentation de la couverture vaccinale entre 1999-2000 et 2000-2001, les couvertures vaccinales variant de 53 % à 88 % pour l'année 2000-2001. Dans l'ensemble, huit régions dépassent le résultat attendu de 60 %.

1. M. DOUVILLE-FRADET ET F. DUMONT, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2001.

Depuis la parution des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, on observe une progression constante des taux de couverture vaccinale contre l'influenza pour les personnes de 65 ans ou plus (cf. figure 2.6.1). Alors que la couverture vaccinale des personnes vivant en milieu ouvert n'était que de 42 % en 1996-1997, elle atteint 59 % en 2000-2001.

Discussion

Il faut interpréter les résultats avec prudence, car ils émanent de nombreux vaccinateurs et reflètent probablement une estimation imprécise de la réalité. En effet, la méthode de collecte des données de vaccination varie d'une région à l'autre. Dans certaines régions, des données individuelles sont exigées des vaccinateurs, ce qui peut amener une sous-estimation de la couverture vaccinale puisque toutes les personnes vaccinées ne font pas nécessairement l'objet d'une déclaration. Dans d'autres régions, les informations sur les personnes vaccinées sont obtenues à partir de données agrégées, ce qui peut alors générer une surestimation de la couverture vaccinale.

Cette possibilité d'imprécision des données est corroborée par l'*Enquête sociale et de santé 1998*¹, enquête qui rapporte des résultats de couverture vaccinale différents de ceux du MSSS pour la même année (pour plus de détails, voir le troisième bilan des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*). Malgré l'imprécision, on peut se fier aux données présentées ici afin d'observer les tendances quant à l'évolution des couvertures vaccinales.

Ainsi, une amélioration notable des taux de couverture vaccinale contre l'influenza chez les personnes de 65 ans ou plus a été obtenue dans toutes les régions où des données sont collectées. Cette amélioration s'explique entre autres par les diverses mesures établies afin d'appuyer les activités de promotion et de vaccination pour l'année 2000-2001².

La couverture vaccinale provinciale, estimée à 59 %, s'approche du résultat attendu de 60 %. On note une bonne progression des taux de couverture dans toutes les régions du Québec et, dans huit régions, le résultat visé est atteint ou même dépassé. On peut espérer que, d'ici l'année prochaine, si ce mouvement se poursuit, le résultat attendu sera obtenu dans toutes les régions. La volonté d'élargir les groupes d'âge pour la vaccination contre l'influenza dans les prochaines années pourrait aussi aider à renforcer la vaccination des personnes de 65 ans ou plus. Par contre, la perspective du syndrome oculo-respiratoire, mentionné au résultat précédent, pourrait avoir un effet négatif et freiner cet élan. Par ailleurs, il faut mentionner le taux de non réponse important observé pour l'année 2000-2001. En conséquence, il faudra persister dans la voie d'efforts soutenus et continuer d'améliorer l'organisation du programme d'immunisation contre l'influenza si l'on veut atteindre l'objectif visé dans toutes les régions.

1. M. GUAY ET P. DE WALS, « Vaccination contre la grippe », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 23, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 461-467.

2. M. GUAY ET P. CLÉMENT, *Projets spéciaux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, 2000-2001 : Rapport d'évaluation*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, en rédaction.

Conclusion

La couverture vaccinale des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert s'approche du résultat attendu fixé à 60 %. Des progrès ont été réalisés depuis le troisième bilan, la couverture étant passée de 52 % en 1999-2000 à 59 % en 2000-2001. De plus, dans huit régions, les couvertures vaccinales atteignent ou dépassent le résultat attendu. Les efforts fournis pour soutenir la mise en œuvre du programme d'immunisation contre l'influenza peuvent sûrement expliquer en partie les gains réalisés, lesquels efforts devront être maintenus pour espérer atteindre le résultat attendu en 2001-2002 et obtenir des données pour l'ensemble des régions du Québec.

Tableau 2.6.1 Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert – Québec et régions, 1999-2000 et 2000-2001

Régions ¹	Nombre de personnes de 65 ans ou plus		Couverture vaccinale (%) 2000-2001	Couverture vaccinale (%) 1999-2000
	Total vivant en milieu ouvert ² 2000-2001	Vaccinées 2000-2001		
01	29 202	15 846	54,3	46,2
02	33 037	25 603	77,5	71,4
03	83 573	50 219	60,1	55,9
04	68 417	37 151	54,3	49,2
05	34 210	25 571	74,7	59,6
06	258 887	141 648	54,7	52,8
07	n.d.	n.d.	n.d.	53,3
08	15 610	9 773	62,6	59,5
09	8 665	7 549	87,1	79,2
10	n.d.	n.d.	n.d.	89,9
11	13 975	8 990	64,3	56,3
12	45 630	27 482	60,2	44,3
13	42 883	22 825	53,2	50,6
14	n.d.	n.d.	n.d.	40,8 ³
15	n.d.	n.d.	n.d.	39,3
16	141 449	81 503	57,6	54,0
17	284	250	88,0	85,2
18	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total	775 822	454 410	58,6	52,4

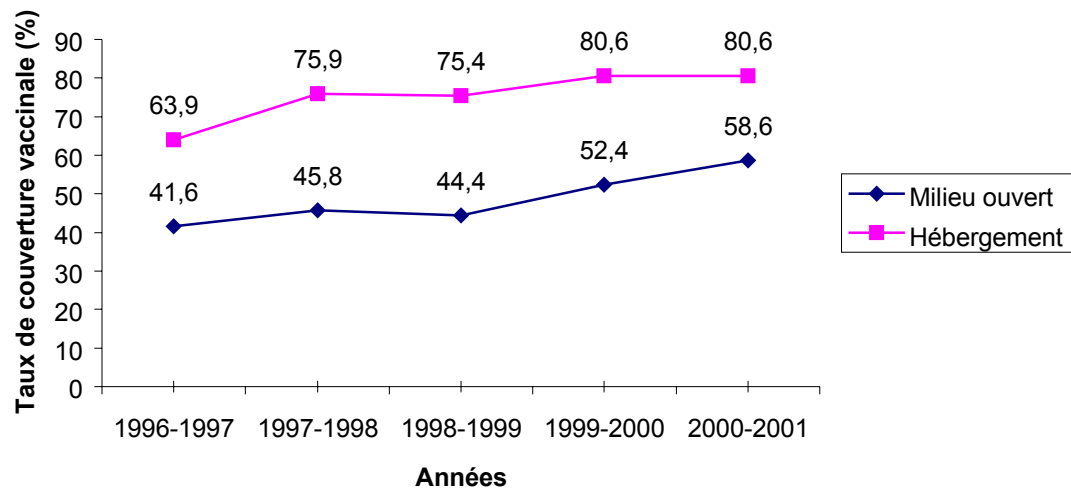
1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Le nombre de personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert est obtenu en soustrayant le nombre de personnes vivant en CHSLD (obtenu directement auprès de ces établissements) du nombre de personnes estimé par le MSSS pour l'année 2000 (obtenu à partir des données fournies par le recensement de 1996).

3. Pour cette région, les personnes vivant dans les centres d'accueil privés ou dans les prisons ont été comptabilisées avec les personnes vivant en CHSLD.

Source : Données de gestion du programme de vaccination provincial contre l'influenza, 2000-2001.

Figure 2.6.1 Évolution des couvertures vaccinales contre l'influenza chez les personnes de 65 ans ou plus selon leur milieu de vie – Québec, 1996-2001¹



1. Les données de couverture vaccinale en milieu ouvert sont différentes de celles qui ont été publiées dans les bilans 1 et 2, car les dénominateurs maintenant utilisés sont plus précis.

2.7 Taux d'utilisation des vaccins achetés

Que, d'ici 2002, le pourcentage de vaccins achetés mais non utilisés baisse de 10 % (pourcentage annuel) à moins de 5 %.

Méthode

Définitions

Unité de vaccin

Fiole ou ampoule de vaccin.

Vaccins non utilisés

Vaccins qui ne sont pas utilisés en raison d'un bris de la chaîne du froid ou d'un dépassement de la date de péremption.

Indicateur

Proportion de vaccins achetés mais non utilisés.

Collecte des données

Dans le cadre du programme provincial de gestion des produits immunisants, programme instauré par le MSSS en 1999, les responsables régionaux fournissent au Ministère, chaque année, les résultats de la mise en œuvre du programme. Les données présentées ici ont été collectées par le MSSS¹ au 1^{er} avril 2001.

Résultats

Sur 1 218 762 unités de vaccins distribuées durant l'année 2000-2001 au Québec, 62 520 unités n'ont pas été utilisées en raison principalement d'un bris de la chaîne du froid ou d'un dépassement de la date de péremption, soit une proportion de 5,1 % (cf. tableau 2.7.1). En se basant sur la valeur monétaire des produits, les unités de vaccins non utilisées ont coûté 1 246 234 \$ (donnée non illustrée), ce qui augmente la proportion à 5,3 %. La proportion des produits non utilisés, en valeur d'unités de vaccins, varie entre 1,8 % et 15,7 % selon les régions.

Discussion

La proportion globale des vaccins non utilisés au niveau national a légèrement augmenté comparativement aux résultats du troisième bilan, passant de 3,7 % en 1999-2000 à 5,1 % en 2000-2001. Dans seulement huit régions, le résultat attendu semble être atteint en 2000-2001, comparativement à quinze régions l'année précédente. Bien qu'à première vue ces résultats semblent indiquer une certaine régression quant à l'utilisation des vaccins achetés en 2000-2001, ils sont probablement le reflet d'une meilleure surveillance. Les résultats doivent également être interprétés à la lumière d'un certain nombre de facteurs.

1. L. ST-ONGE ET H. MICHAUD, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2001.

La déclaration des pertes par les nombreux vaccinateurs à l'échelle du Québec et par les dépôts régionaux demeure volontaire. En conséquence, la proportion des pertes est fort probablement sous-évaluée en raison d'un taux de déclaration inégal selon les régions et les types de vaccinateurs (vaccinateurs du secteur privé ou du secteur public). Ainsi, dans une région, le résultat attendu peut sembler être atteint alors qu'en fait, les pertes ne sont simplement pas déclarées tandis que, dans une autre région, le résultat n'est pas atteint mais les pertes sont plus fidèlement rapportées.

En outre, les vaccins sont distribués aux vaccinateurs sous différents formats (unidose, multidose, à l'unité, en paquet de cinq ou de dix). Ceci peut constituer un autre facteur d'erreur dans le calcul du nombre de vaccins et dans la déclaration des pertes, limitant la fiabilité et la validité des données présentées ici.

Par ailleurs, la mise en place d'un mécanisme de crédit pour le retour des produits périmés a réduit de façon substantielle les pertes monétaires causées par le dépassement des dates de péremption. En 2000-2001, 49 170 unités ont été retournées, pour une valeur de 979 846 \$. Il faut par contre être conscient que ce mécanisme de retour des vaccins génère des manipulations additionnelles des vaccins qui mobilisent des ressources supplémentaires.

Les données présentées ici témoignent principalement des unités non utilisées en raison d'un bris de la chaîne du froid ou d'un dépassement de la date de péremption. Elles incluent également, dans une moindre mesure, les unités de vaccins non utilisées en raison de facteurs « autres » (par exemple, en raison de fioles cassées ou contaminées, ou de fioles à demi pleines). Aussi, les doses jetées ne sont pas comptabilisées ; il pourrait être intéressant d'évaluer ces pertes de façon plus précise. Des comparaisons entre les nombres de vaccins distribués et les nombres de personnes parmi les cohortes de population à vacciner pourraient permettre de faire ces estimations.

Compte tenu du nombre important de facteurs pouvant influencer la validité des résultats, il est préférable d'attendre avant de se prononcer quant à l'atteinte réelle du résultat attendu.

Conclusion

L'installation, depuis 1999, d'instruments visant à surveiller la température de conservation des produits biologiques chez tous les vaccinateurs québécois ainsi que les différentes mesures prises par les directions de la santé publique pour inciter les vaccinateurs à déclarer les pertes de produits permettent de tracer un bilan plus fidèle de la gestion des produits immunisants pour l'année 2000-2001. Même s'il semble y avoir eu une régression quant à l'utilisation des vaccins achetés par rapport au troisième bilan, il est possible que ce soit plutôt le reflet d'une meilleure déclaration des pertes ; il faut donc saluer la progression de la surveillance. Ainsi, la déclaration des pertes au niveau provincial pour l'année 2000-2001 n'a pas atteint le résultat visé ; il faudra attendre que la surveillance se fasse de façon plus systématique avant de pouvoir se prononcer quant à l'atteinte réelle de l'objectif visé.

Tableau 2.7.1 Nombre et proportion de vaccins achetés mais non utilisés – Québec et régions, 2000-2001 (données au 1^{er} avril 2001)

Régions ¹	Nombre de vaccins non utilisés ² (unités)	Nombre total de vaccins distribués (unités)	Proportion de vaccins non utilisés (en unités) (%)	Proportion de vaccins non utilisés (en valeur monétaire) (%)
01	1 297	32 611	4,0	4,6
02	6 936	44 100	15,7	19,4
03	3 584	101 794	3,5	3,1
04	2 094	72 133	2,9	4,0
05	2 592	52 997	4,9	5,1
06	23 372	366 647	6,4	5,1
07	1 899	46 993	4,0	6,3
08	454	25 396	1,8	2,9
09	884	21 485	4,1	6,3
10	241	3 870	6,2	10,0
11	2 305	15 867	14,5	18,5
12	3 133	58 595	5,3	6,4
13	780	56 807	1,4	1,3
14	3 488	58 197	5,6	10,0
15	1 835	59 052	3,1	2,9
16	6 532	193 034	3,4	3,7
17	566	3 893	14,5	17,7
18	528	5 291	10,0	10,1
Total	62 520	1 218 762	5,1	5,3

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les vaccins non utilisés incluent les retours de vaccins périmés au dépôt provincial ainsi que les pertes (vaccins périmés et détruits, bris de la chaîne du froid, autres).

Source : L. ST-ONGE ET H. MICHAUD, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2001.

2.8 Vaccins soumis à une température inadéquate

Que, d'ici 2002, le pourcentage de vaccins qui sont soumis à une température inadéquate baisse de 5 % (pourcentage de 1995-1996) à 2 %.

Méthode

Définitions

Température inadéquate

Température qui se situe en dehors de la fourchette permettant d'assurer la stabilité du produit.

Thermomètre à maximum et minimum

Défini dans les *Normes et procédures de gestion des produits immunisants*¹.

Envois monitorés

Envois de vaccins qui sont accompagnés d'indicateurs de chaleur et de froid.

Unité de vaccin

Fiole ou ampoule de vaccin.

Indicateurs

- Proportion des envois monitorés ;
- proportion des réfrigérateurs munis d'un thermomètre à maximum et minimum ;
- proportion des vaccins soumis à une température inadéquate.

Collecte des données

Dans le cadre du programme provincial de gestion des produits immunisants, programme instauré par le MSSS en 1999, les responsables régionaux fournissent au Ministère, chaque année, les résultats de la mise en œuvre du programme. Les données présentées ici ont été collectées par le MSSS² au 1^{er} avril 2001.

Résultats

Tous les envois du dépôt provincial vers les dépôts régionaux sont accompagnés de moniteurs pour vérifier la température. En ce qui a trait aux envois des dépôts régionaux vers les dépôts locaux (vaccinateurs), la surveillance systématique des envois qui doivent être monitorés (trajet de plus d'une heure) varie en fonction de chaque région. En 2000-2001, la situation est la suivante : dans quatorze régions, une surveillance de tous les envois est effectuée ; dans trois régions, la surveillance est partielle ; dans une région, aucun envoi ne fait l'objet de surveillance des températures puisque les trajets sont inférieurs à une heure (cf. tableau 2.8.1). Par rapport à l'année précédente, on note

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Normes et procédures de gestion des produits immunisants*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 20 p. et annexes.

2. L. ST-ONGE ET H. MICHAUD, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2001.

une nette amélioration car, en 1999-2000, on effectuait la surveillance de l'ensemble des envois dans seulement sept régions.

Sur les 1 692 réfrigérateurs répertoriés en 2000-2001 pour l'ensemble des vaccinateurs du Québec, 1 575 sont équipés d'un thermomètre à minimum et maximum, ce qui équivaut à une proportion de 93 %. En outre, on constate que, dans la majorité des régions – soit quatorze sur dix-huit, la totalité des réfrigérateurs des vaccinateurs sont munis du thermomètre adéquat. Dans les quatre autres régions, les proportions de réfrigérateurs munis d'un thermomètre à maximum et minimum varient entre 73 % et 98 %. Il s'agit là encore d'une nette amélioration par rapport au troisième bilan.

En ce qui a trait aux vaccins soumis à une température inadéquate, les résultats pour l'année 2000-2001 indiquent que, sur 1 218 762 unités de vaccins distribuées, 11 692 n'ont pas été utilisées en raison d'un bris de la chaîne du froid. Ceci correspond à une proportion de 1 % de tous les vaccins distribués, proportion qui varie de 0 % à 10 % entre les régions (cf. tableau 2.8.2). L'équivalent de ces pertes en valeur monétaire est évalué à 0,9 %.

Discussion

Les limites mentionnées à la section précédente valent également pour le présent résultat. De plus, la proportion des vaccins soumis à une température inadéquate est probablement sous-évaluée en 2000-2001 puisque les régions n'ont pas toutes terminé l'implantation du système de surveillance systématique des envois de vaccins. Cette sous-évaluation est toutefois de moindre importance que celle qui existait antérieurement.

Il faut tout de même reconnaître les progrès importants qui ont été réalisés en 2000-2001 et depuis le lancement des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* à l'égard de la surveillance de la chaîne du froid au moment de la distribution et pendant la conservation des vaccins. Ces progrès sont le fruit des travaux entrepris en 1999 dans le cadre du Programme provincial de gestion des produits immunisants, visant à améliorer la surveillance des produits en cours de transport.

Il semble que les différentes actions menées par le MSSS aient entraîné, du moins en partie, une diminution du pourcentage des pertes par bris de la chaîne du froid (de 1,3 % en 1999-2000 à 0,96 % en 2000-2001). Bien qu'il soit encore prématuré de se prononcer sur l'atteinte du résultat attendu, les conditions devant permettre de le faire sont graduellement instaurées et les résultats observés sont très encourageants.

Conclusion

La proportion des vaccins soumis à une température inadéquate semble diminuer, pour atteindre le résultat attendu. On observe une nette amélioration en 2000-2001 quant à la surveillance de la température des vaccins pendant le transport, ce qui est très encourageant. En effet, tous les envois du dépôt provincial vers les régions sont accompagnés de moniteurs et, dans quatorze régions, une surveillance de l'ensemble des envois est effectuée à partir des dépôts régionaux vers les vaccinateurs. Comme des lacunes persistent dans quelques régions et qu'il est possible que les pertes de produits causées par une température inadéquate soient sous-déclarées, il est encore trop tôt pour se prononcer quant à l'atteinte du résultat.

Tableau 2.8.1 Surveillance de la température des vaccins pendant le transport, nombre et proportion de réfrigérateurs munis d'un thermomètre à maximum et minimum – Québec et régions, 2000-2001 (données au 1^{er} avril 2001)

Régions ¹	Proportion des envois monitorés ² (%)	Nombre de réfrigérateurs munis d'un thermomètre à maximum et minimum ³	Nombre total de réfrigérateurs	Proportion des réfrigérateurs munis d'un thermomètre à maximum et minimum (%)
01	100	48	48	100
02	100	31	31	100
03	100	125	125	100
04	100	48	48	100
05	100	87	87	100
06	n.a. ⁴	494	504	98
07	25	70	71	98
08	100	42	42	100
09	100	37	37	100
10	100	15	15	100
11	100	29	29	100
12	100	65	65	100
13	5	63	63	100
14	100	58	58	100
15	100	59	65	91
16	95	277	377	73
17	100	18	18	100
18	100	9	9	100
Total		1 575	1 692	93

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Envois des vaccins qui sont accompagnés d'indicateurs de chaleur et de froid.

3. Pour une surveillance adéquate, il faut s'assurer que tous les réfrigérateurs des vaccinateurs soient munis d'un thermomètre.

4. Dans cette région, la courte distance à franchir entre le dépôt régional et les bureaux des vaccinateurs (moins d'une heure) ne justifie pas la surveillance de la température pendant le transport.

Source : L. ST-ONGE ET H. MICHAUD, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2001.

Tableau 2.8.2 Nombre et proportion de vaccins soumis à une température inadéquate – Québec et régions, 2000-2001

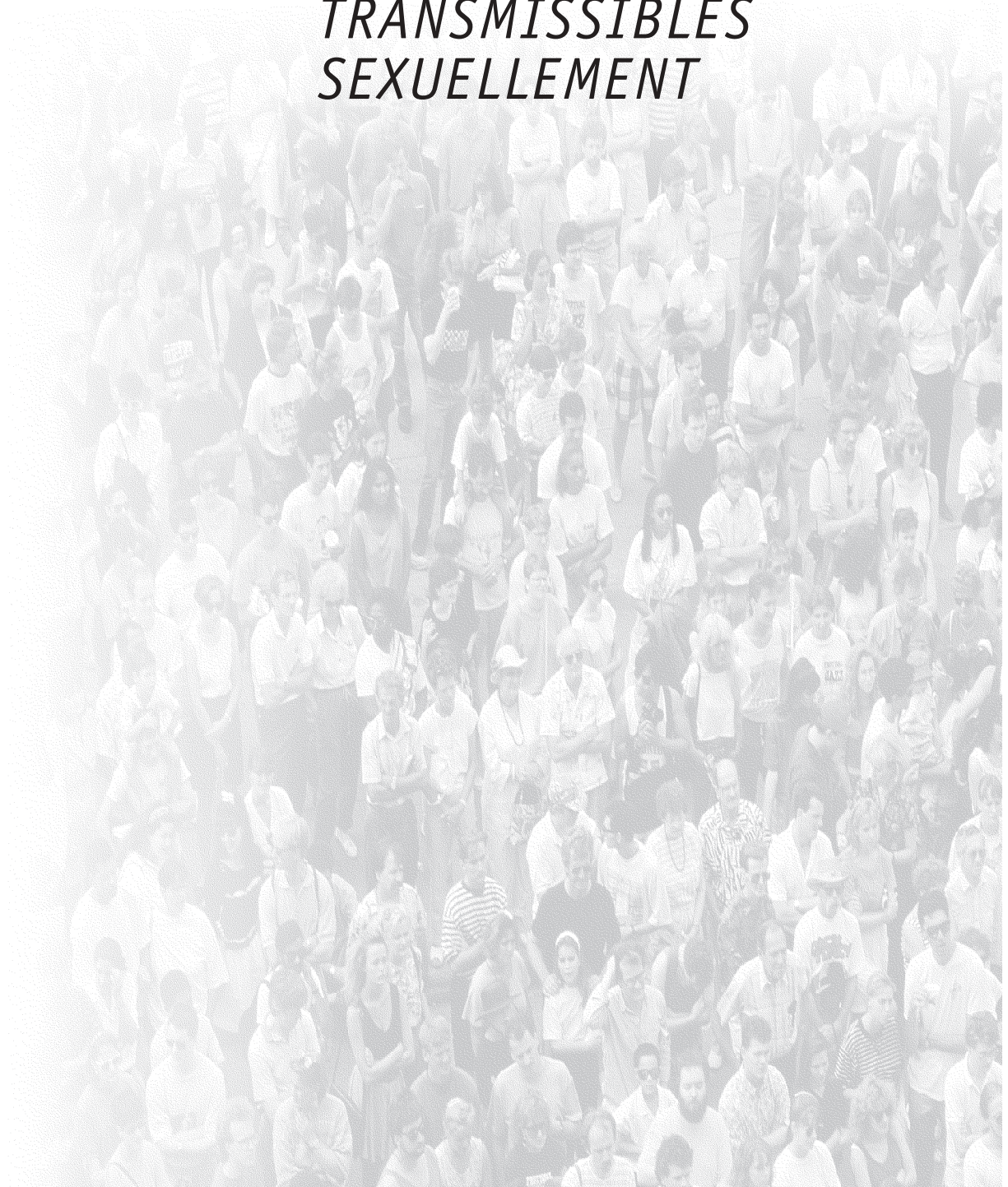
Régions ¹	Nombre de vaccins non utilisés en raison d'un bris de la chaîne du froid (unités)	Nombre total de vaccins distribués (unités)	Proportion de vaccins non utilisés en raison d'un bris de la chaîne du froid (en unités) (%)	Proportion de vaccins non utilisés en raison d'un bris de la chaîne du froid (en valeur monétaire) (%)
01	1	32 611	0,0	0,0
02	150	44 100	0,3	0,4
03	1 101	101 794	1,1	1,0
04	316	72 133	0,4	1,1
05	423	52 997	0,8	1,2
06	2 462	366 647	0,7	0,5
07	428	46 993	0,9	0,9
08	159	25 396	0,6	0,9
09	390	21 485	1,8	1,3
10	88	3 870	2,3	2,9
11	1 031	15 867	6,5	6,3
12	701	58 595	1,2	0,6
13	171	56 807	0,3	0,2
14	725	58 197	1,2	1,3
15	575	59 052	1,0	1,3
16	2 078	193 034	1,1	0,8
17	365	3 893	9,4	10,2
18	528	5 291	10,0	10,1
Total	11 692	1 218 762	1,0	0,9

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Source : L. ST-ONGE ET H. MICHAUD, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2001.

PRIORITÉ 3

*LE VIH-SIDA
ET LES MALADIES
TRANSMISSIBLES
SEXUELLEMENT*



Faits saillants

Les résultats attendus concernant le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement (MTS) touchent les programmes de prévention à l'intention des populations vulnérables dans toutes les régions du Québec, le programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, la politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie ainsi que l'obtention de données fiables en ce qui concerne le VIH, les MADO, les MTS virales et les complications liées aux MTS.

Les mesures préventives à l'intention des groupes vulnérables progressent. Tant en 2000-2001 qu'en 1999-2000, dix-sept des dix-huit régions (94,4 %) offraient des programmes de prévention s'adressant principalement aux personnes utilisatrices de drogues par injection, aux jeunes en difficulté et aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Le nombre de programmes est resté sensiblement le même en 2000-2001, avec un de plus que les 76 de 1999-2000. Quoique certains soient abandonnés et d'autres voient le jour, il semble y avoir plus de stabilité dans les programmes en vigueur.

Il y a une diminution du nombre de centres de détention provinciaux qui rendent accessibles les condoms et l'eau de Javel, soit treize centres sur dix-sept en 2000-2001 comparativement à quinze centres en 1999-2000. Aucun centre ne rend accessible le matériel d'injection stérile. Cependant, deux d'entre eux en fournissent à la sortie, à la demande des personnes libérées.

Tant en 2000-2001 qu'en 1999-2000, seize des dix-huit régions (88,8 %) ont des centres d'accès aux seringues stériles. Quant au nombre de centres, il est passé de 646 à 662 depuis deux ans. Cette augmentation est surtout attribuable à la participation d'autres CLSC. D'avril 1999 à mars 2000, 86 003 rencontres avec des consommateurs de drogues ont été comptabilisées et plus de 1,2 million de seringues stériles ont été distribuées gratuitement, nombre qui exclut celles qui ont été vendues en pharmacie.

En 2000, un certain accès au traitement à la méthadone était offert dans quinze régions, contre seize l'année précédente. Néanmoins, un peu plus de bénéficiaires ont reçu de la méthadone en 2000, avec une augmentation observée de 0,07 % par rapport à 1999 (1 748 en 1999 et 1 839 en 2000). Par ailleurs, le nombre de médecins qui ont prescrit de la méthadone a diminué, passant de 260 à 226, pendant que le nombre de pharmacies participantes progressait légèrement, passant de 203 à 218.

Une proposition finale d'orientations en matière de prévention de la toxicomanie est en voie d'approbation. Si le document aborde la question de la réduction des méfaits associés à la toxicomanie, il ne constitue pas, à proprement parler, une politique nationale de réduction de ces méfaits. Néanmoins, il faut y voir une réponse satisfaisante compte tenu de l'évolution des mentalités en faveur d'une éventuelle politique nationale.

Quant au programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, si le sondage auprès des médecins révèle qu'une forte proportion (82,3 %) d'entre eux informent les femmes enceintes à la suite de la mise en vigueur du programme, l'étude pilote dans les dossiers des femmes ayant accouché fait voir cependant que moins de la moitié d'entre elles subit un test de dépistage. Une étude longitudinale dans les dossiers des femmes d'un centre tertiaire d'obstétrique montre que l'offre du test anti-VIH plafonne à 60 % des femmes enceintes.

Enfin, des travaux sont en cours à divers degrés en vue d'améliorer la qualité des données. Un projet de modifications au Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique relatives à la déclaration obligatoire du VIH a été prépublié dans la Gazette officielle du Québec. De plus, un projet de loi sur la santé publique a été déposé à l'Assemblée nationale en juin dernier, projet qui pourrait grandement améliorer la surveillance des MTS.

3.1 Programmes de prévention pour les populations vulnérables

Que, d'ici 2002, toutes les régions du Québec aient, au regard des populations vulnérables :

- mis sur pied des programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ;
- rendu accessibles des moyens de prévention du VIH-sida et des MTS (condoms disponibles dans toutes les écoles secondaires, les centres jeunesse et les prisons, par exemple) ;
- mis en place des programmes permettant aux toxicomanes de se procurer des seringues stériles et de la méthadone.

Méthode

Définitions

Populations vulnérables au regard de l'infection au VIH

Les personnes plus vulnérables en raison de leur appartenance à une des catégories particulièrement exposées au virus : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) ; personnes originaires de pays où la maladie est endémique ; utilisateurs de drogues par injection (UDI) ; personnes appartenant à des groupes où l'on constate, selon diverses études, des comportements à risque, soit les femmes en difficulté, les jeunes en difficulté et les autochtones ; personnes connaissant des conditions psychosociales difficiles, comme la pauvreté, la toxicomanie, la maladie mentale, l'itinérance, la discrimination, l'incarcération ou la prostitution¹.

Populations vulnérables au regard des MTS

Les personnes mentionnées plus haut, auxquelles il faut ajouter les jeunes de 15 à 24 ans – autant en milieu scolaire qu'en dehors du milieu scolaire (décrocheurs et travailleurs), et les voyageurs. Les jeunes de la fin du primaire et du début du secondaire, avant qu'ils ne soient actifs sexuellement, pourraient aussi être considérés comme vulnérables.

Programme visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires

1) **Programme** : un ensemble d'activités structurées qui va au-delà de la seule information ou de la distribution de condoms et dont l'objectif général est le renforcement de comportements sexuels sécuritaires. Le programme doit comprendre :

- des objectifs réalisables ;
- des activités ;
- des stratégies vraisemblablement efficaces ;
- des acteurs du programme (organismes communautaires, CLSC, municipalités, etc.).

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Stratégie québécoise de lutte contre le sida – Phase 4 : Orientations 1997-2002*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, p. 10.

Le programme doit également inclure une perspective de continuité.

Un programme est considéré comme implanté si les activités sont en cours durant l'année d'évaluation des priorités nationales de santé publique.

Par ailleurs, il peut se trouver des interventions ou des activités isolées, à caractère ponctuel, sans qu'il y ait à proprement parler de programme. Il peut aussi exister des projets comprenant un ensemble d'activités, mais qui sont limités dans le temps.

- 2) **Comportements sexuels considérés comme sécuritaires** : l'abstinence, la fidélité mutuelle, les pratiques sexuelles sans échange de liquides corporels à risque et l'utilisation du condom dans les relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale. Selon les personnes visées, certains comportements sexuels sécuritaires peuvent être davantage préconisés dans un programme.

Accessibilité aux moyens de prévention

- 1) **Accessibilité** : situation où l'on peut obtenir des moyens de prévention avec le moins de barrières financières, géographiques, culturelles ou organisationnelles possible (ex. : distributrices de condoms installées dans les écoles ou dans les bars et condoms distribués par l'infirmière en milieu scolaire).
- 2) **Moyens de prévention du VIH-sida et des MTS** : les condoms, auxquels peut s'ajouter du lubrifiant (surtout pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes), le matériel d'injection stérile et l'eau de Javel. Il peut aussi s'agir de dépistage, de traitement et de notification aux partenaires.
- 3) **Écoles secondaires** : les écoles publiques et privées ainsi que les écoles intermédiaires (6^e année du primaire et 1^{re} et 2^e années du secondaire).
- 4) **Prisons** : les centres de détention provinciaux et, si possible, les pénitenciers fédéraux.

Programmes permettant aux toxicomanes de se procurer des seringues et de la méthadone

Un programme permettant aux toxicomanes de se procurer des seringues fait référence à une organisation planifiée et structurée qui donne accès aux seringues et permet la récupération des seringues usagées.

On considère qu'un programme permettant aux toxicomanes de se procurer de la méthadone est mis en place si les critères suivants sont respectés :

- accès aux médecins qui prescrivent de la méthadone ;
- accès aux pharmacies qui vendent de la méthadone ou aux autres lieux de distribution.

Il est préférable que le programme contienne un volet psychosocial pour répondre aux besoins des personnes auxquelles il s'adresse. Cela s'applique autant aux programmes d'intervention brève qu'aux programmes de maintien à la méthadone.

Indicateurs

- Proportion des régions où sont mis en œuvre des programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ;
- proportion des régions où se déroulent des activités visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ;
- proportion des régions où sont accessibles les condoms et l'eau de Javel dans les prisons ;
- proportion des régions où des programmes d'accès à la méthadone sont mis en place ;
- proportion des écoles secondaires qui rendent le condom accessible ;
- proportion des centres jeunesse qui rendent le condom accessible ;
- proportion des régions où des programmes d'accès aux seringues sont mis en place.

Collecte des données

Le questionnaire, le même que l'année précédente, pour la période d'évaluation 2000-2001 a été transmis dans les régions au moyen d'un support informatique. L'information obtenue sur les programmes, les activités de prévention et l'accessibilité aux moyens de prévention dans les centres de détention est en grande partie fournie par les différents répondants. Les programmes permettant aux toxicomanes de se procurer des seringues stériles proviennent du répertoire des centres d'accès aux seringues, qui en est à sa septième édition. Grâce à la collaboration des directions de la santé publique, relevant des régions régionales de la santé et des services sociaux, le Centre québécois de coordination sur le sida est à même de présenter chaque année la mise à jour de ce répertoire. Quant aux données sur le traitement à la méthadone, elles proviennent de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), sauf en ce qui concerne le volet psychosocial.

Résultats

Programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires

Au 31 mars 2001, on recensait dans dix-sept des dix-huit régions un ou plusieurs programmes visant de près ou de loin à renforcer les comportements sécuritaires, qu'il s'agisse de relations sexuelles ou de consommation de drogues par injection. À cet égard, il n'y a pas de changement notable par rapport aux données des années passées. Il faut voir aussi que le nombre de programmes est resté sensiblement le même, passant de 76 en 1999-2000 à 77 en 2000-2001 (cf. tableau 3.1a). Si, dans certaines régions, des programmes ont été abandonnés ou d'autres ont vu le jour, dans la plupart des régions, on rapporte la poursuite des mêmes programmes. À l'instar des années antérieures, il faut dire que la notion de *programme* est interprétée de façon plus large par certains répondants.

Ce sont les UDI, les jeunes en difficulté et les HARSAH qui sont principalement ciblés par respectivement 31, 26 et 21 programmes. Les jeunes – en général, dans le milieu scolaire ou lorsqu'ils sont en difficulté –, font l'objet de 49 programmes. Seulement neuf programmes touchent les femmes en difficulté, sept s'adressent aux personnes incarcérées et quatre, aux autochtones. Enfin, aucun programme à l'intention des personnes en provenance de pays où le sida est endémique n'est offert ; précisons toutefois que ces personnes se concentrent surtout dans la région de Montréal (cf. tableau 3.1a).

Si certaines populations ne bénéficient pas de programmes particulièrement conçus à leur intention et si d'autres s'en voient offrir peu, elles ont tout de même accès à des activités ou à des interventions à plus large portée. Dans toutes les régions, on rapporte avoir organisé des activités ou des interventions visant de près ou de loin à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ou la consommation moins risquée de drogues par injection durant la dernière année (cf. tableau 3.1b). En matière de formation, toutes populations vulnérables et toutes personnes formées confondues, il se trouve davantage d'activités dans l'ensemble des régions : 260 en 2000-2001 comparativement à 212 en 1999-2000. Ce sont surtout les intervenants des organismes communautaires et ceux du réseau qui bénéficient de ces formations. Celles-ci concernent, par ordre d'importance, les UDI, les jeunes en difficulté et les jeunes en milieu scolaire. En plus, le service de dépistage anonyme, le travail de milieu ou de rue, la clinique jeunesse, de santé sexuelle ou de *planning* familial, la diffusion de matériel ainsi que la vaccination contre le VHA et le VHB demeurent les activités les plus largement répandues.

Les interventions les plus souvent mentionnées correspondent généralement aux programmes nationaux (ex. : dépistage anonyme, formation sur l'homosexualité), aux infrastructures en place (clinique jeunesse) ou encore aux actions de base en prévention (diffusion de matériel). Seul le travail de milieu ou de rue, laissé presque exclusivement à l'initiative régionale et relativement répandu, fait exception.

Accessibilité aux condoms dans les écoles secondaires

Aucune nouvelle enquête n'a été effectuée encore cette année sur l'accessibilité aux condoms dans les écoles secondaires. Le premier bilan des priorités estimait que les condoms étaient accessibles dans 70 % des écoles secondaires publiques.

Accessibilité aux condoms dans les centres jeunesse

Tout comme pour le point précédent, aucune collecte de données n'a été faite cette année. Les résultats de l'enquête menée auprès des centres jeunesse et des directions de la santé publique à l'automne de 1997 sont présentés dans le premier bilan (treize centres jeunesse avaient alors répondu à l'enquête).

Accessibilité au matériel de protection dans les prisons

Il faut d'abord préciser que douze régions seulement ont des centres de détention de compétence provinciale sur leur territoire, pour un total de dix-sept centres (cf. tableau 3.1c). De ce nombre, treize centres rendent accessibles les condoms et l'eau de Javel ; il s'agit de deux centres de moins que l'an passé, dans la même région. Quant à rendre accessible d'une quelconque façon l'eau de Javel, onze centres seulement le font, ce qui pourrait signifier que quatre d'entre eux auraient abandonné cette pratique depuis l'an passé. Comparativement à la situation de l'an passé où tous les centres pour lesquels l'information était donnée rendaient accessibles les condoms et l'eau de Javel, il semble y avoir une légère diminution qui éloigne de l'atteinte du résultat en ce qui a trait à ces moyens de protection.

Pour ce qui est du matériel d'injection stérile, il n'est offert encore dans aucun centre de détention provincial. Au mieux, deux centres en offrent à la sortie, à la demande des personnes libérées.

Programmes d'accès aux seringues stériles

Au 1^{er} janvier 2001, on comptait 662 centres d'accès répartis dans seize régions du Québec (cf. tableau 3.1d) ; seules deux régions n'en avaient pas. Ces centres d'accès aux seringues regroupent 394 pharmacies, 169 centres rattachés aux CLSC, 50 centres hospitaliers, 36 organismes communautaires (ONG), 8 cliniques médicales et 5 centres spécialisés. Le nombre de centres d'accès aux seringues est sensiblement le même depuis deux ans puisqu'il y a à peine seize nouveaux centres de plus. Ce sont surtout les centres rattachés à des CLSC qui ont augmenté et, dans une moindre mesure, les organismes communautaires.

Mise en place de programmes d'accès à la méthadone

Au 31 décembre 2000, on comptait quinze régions où l'on a un certain accès à la méthadone, que ce soit par l'intermédiaire de médecins ou dans les pharmacies (cf. tableau 3.1e). Cela représente une région de moins que l'an dernier. Le nombre de médecins ayant prescrit de la méthadone a diminué : ils étaient 260 en 1999 et 226 en 2000 ; par contre, le nombre de pharmacies facturant de la méthadone a légèrement augmenté, passant de 203 à 218. Enfin, le nombre de bénéficiaires s'est accru puisqu'il est passé de 1 748 à 1 839, excluant ceux qui bénéficient d'une assurance privée.

Après les quelques années d'augmentation importante du nombre de bénéficiaires du traitement à la méthadone, du nombre de médecins prescripteurs et du nombre de pharmaciens propriétaires qui ont facturé de la méthadone, on assiste à une stabilisation, voire à une diminution du nombre de médecins prescripteurs. Concernant l'ajout d'un volet psychosocial au programme, il en est fait mention dans huit régions, ce qui veut dire une de moins que l'an passé.

Discussion

Les présents résultats illustrent une situation d'ensemble qui continue de se consolider et qui progresse dans certains cas en ce qui a trait aux mesures préventives offertes aux populations vulnérables. Il faut voir que le problème du VIH-sida ne se pose pas avec la même ampleur partout, concentré qu'il est dans les zones urbaines et semi-urbaines, affectant des populations précises, alors que les MTS sont beaucoup plus répandues dans la population en général et exigent ainsi des programmes d'une plus large portée. Toute comparaison d'une région à l'autre relativement au nombre d'activités ou de programmes doit être faite avec beaucoup de circonspection.

Néanmoins, dans presque toutes les régions existent un ou plusieurs programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ou la consommation moins risquée de drogues par injection. Les résultats seraient pour ainsi dire atteints. Cependant, ce constat ne tient pas compte des réalités régionales différentes en ce qui concerne le VIH et les MTS, de la répartition des populations vulnérables et des besoins quelque peu différents d'une région à l'autre. Des populations vulnérables moins nombreuses et plus dispersées, et parfois plus difficiles à atteindre, appellent des stratégies différentes de celles qui sont élaborées dans des régions plus peuplées, où les groupes vulnérables sont plus concentrés. La question demeure toutefois quant au nombre de programmes souhaitables dans chacune des régions.

Par ailleurs, si dans certaines régions peu de programmes existent, on trouve partout, dans une mesure variable, des activités et des services qui visent un large éventail de

populations vulnérables. Dans la plupart des régions, les programmes existants sont maintenus et d'autres voient le jour.

Quant aux différentes populations vulnérables touchées par les programmes, les jeunes en général – qu'ils soient en difficulté ou qu'ils fréquentent le milieu scolaire –, les UDI et les HARSAH font l'objet d'une plus large couverture par des programmes conçus à leur intention et par la formation des intervenants.

À la quatrième année d'évaluation, il y a lieu de parler de plafonnement de certaines mesures après qu'elles aient connu un essor important. Il suffit de penser au nombre de centres d'accès aux seringues ; toutes les régions en ont, à l'exception des régions 17 et 18 où l'accès aux seringues stériles demeure tout de même une préoccupation. Parmi les 662 centres d'accès, 58 % offrent des seringues gratuitement et 81 % acceptent de les récupérer. À titre indicatif, d'avril 1999 à mars 2000 dans 237 centres, 86 003 rencontres avec des consommateurs de drogue ont été comptabilisées et plus de 1,2 million de seringues stériles ont été distribuées gratuitement. On observe une augmentation de l'ordre d'environ 11 000 rencontres et une augmentation du nombre de seringues stériles par rapport à la période précédente.

Relativement au nombre de centres de détention qui rendent accessibles les condoms et l'eau de Javel, on est tout près d'atteindre le résultat. L'implantation du plan d'action interministériel (ministère de la Sécurité publique et MSSS) sur la prévention de l'infection par le VIH dans le réseau correctionnel n'est pas étranger à cette situation. Pour ce qui est de l'accès au matériel d'injection stérile, le problème est plus délicat et les résistances de la Sécurité publique sont plus grandes, on le comprendra.

Enfin, les mesures liées au traitement à la méthadone, qui ont connu les années passées un accroissement significatif, accusent cette année un ralentissement. Selon les experts du Comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone³, il y aurait de 10 000 à 12 000 consommateurs d'héroïne par injection, vivant pour la plupart à Montréal. Quoiqu'il y ait une faible augmentation des bénéficiaires de la RAMQ qui ont reçu de la méthadone, leur nombre étant passé de 1 748 à 1 839 depuis un an, il s'agit encore d'une faible proportion qui profite de ce traitement par rapport au nombre probable de consommateurs d'héroïne.

Conclusion

Si la plupart des mesures et des programmes mis en place dans les régions indiquent une progression certaine vers l'atteinte des résultats, il demeure opportun de continuer à offrir les programmes existants et d'en proposer de nouveaux, notamment à l'intention de populations vulnérables moins touchées jusqu'à maintenant dans certaines régions. C'est en organisant davantage l'action préventive et en améliorant l'intervention que des gains supplémentaires pourront être faits dans la réduction de la transmission du VIH et des MTS.

En ce qui concerne les UDI, on retrouve passablement de centres d'accès aux seringues stériles, et ce, un peu partout au Québec. Si de plus en plus de programmes visant les comportements sécuritaires s'adressent à eux, il reste à adapter davantage les services de santé et les services sociaux à leurs besoins pris de façon globale. À cet égard, les nouvelles orientations en matière de prévention de la toxicomanie, qui seront rendues publiques sous peu, devraient permettre une prise en charge des UDI au-delà de l'accès aux seringues stériles. Enfin, une nouvelle stratégie des Premières Nations et Inuits du Québec contre le VIH et le sida, *Le cercle de l'espoir*, parue en février 2000, a donné lieu

à l'élaboration d'un plan d'action axé notamment sur une campagne de communication, sur des programmes de prévention et sur un soutien aux communautés pour la proposition d'initiatives en promotion de la santé et en prévention.

Bien que la plupart des centres de détention rendent accessibles les condoms et l'eau de Javel, les efforts de sensibilisation aux risques d'infection par le VIH, notamment par le partage de seringues ou de matériel d'injection, doivent être maintenus. S'il faut retenir, en matière de traitement à la méthadone, le nombre croissant de régions où l'on trouve un programme d'accès, il importe de poursuivre le travail afin d'accroître davantage l'accessibilité à la méthadone, non seulement par l'intermédiaire des pharmacies mais aussi dans les prisons, et de favoriser le développement du volet psychosocial rattaché au programme.

Tableau 3.1a Programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ou à rendre moins risquée la consommation de drogue par injection et groupes ciblés, selon les régions, 2000-2001

Régions ¹	Nombre	Groupes ciblés ³								Programmes
		HARSA H	UDI	Jeunes	J. scol.	J. diff.	F. diff.	Incarc.	Autocht.	
01	4	X								Projet d'intervention dans les parcs ; Programme d'échange de seringues ; Prévention par les pairs ; Campagne Saint-Valentin (18-39 ans).
02	3					X				Mon bien-être sexuel et celui de l'autre ; Programme d'information sur les MTS et le SIDA (jeunes en CRJDA) ; Programme d'échange de seringues.
03	12	X X X			X	X				Projet de référence, d'information et de soutien masculin entre pairs (PRISME) ; Groupe Jeunes gais 14-18 ans et 19-25 ans ; Projet d'intervention dans les parcs ; Joue pas avec ma vie ; Programme d'échange de seringues Point de Repères ; Intervention en milieu correctionnel ; Intervention dans les piqueries ; Infirmier de rue, Infirmière de liaison (Miels-Québec) (+ auprès des PVVIH) ; Programme de formation en éducation sexuelle (centre jeunesse) ; Mon bien-être sexuel et celui de l'autre ; Programme de promotion de la santé du regroupement des PVVIH de Québec ; Programme d'accès élargi au matériel d'injection stérile, CLSC, org. comm.
04	3	X							X	Programme d'intervention dans les parcs ; Programme d'échange de seringues ; Prévention du VIH et des MTS (+ auprès des personnes inscrites à un programme d'alphabétisation).
05	4		X						X	Programme d'échange de seringues ; Programme d'intervention avec travailleur de milieu en centre carcéral ; Programme d'intervention auprès des travailleuses du sexe ; Programmes d'intervention avec pairs aidants.
06	7	X				X				Prévention par les pairs ; Programme d'échange de seringues ; Intervention en milieu correctionnel ; Intervention dans les piqueries ; Infirmier et infirmière de rue ; Programme d'intervention auprès des travailleuses du sexe ; Programme de vaccination contre le VHA et le VHB par la DSP et les CLSC.
07	5	X X	X							Projet Jeunesse-Idem du BRAS en milieu urbain (jeunes gais et lesbiennes) ; Gens de la rue à Hull ; Projet d'intervention dans les parcs à Hull ; PEP-Outaouais, à Gatineau et à Buckingham ; Secours-Ado, à Buckingham.
08	5	X X								Activités d'information et de vaccination dans un bar gai ; Projet auprès des jeunes gais, lesbiennes et bisexuels : Sortie 14-25 ; Programme d'accès aux seringues ; Programme d'information sur les MTS et le SIDA pour les jeunes en difficulté ; Secours-Ado à Buckingham.

Priorité 3 – Le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement

Régions ¹	Nombre	Groupes ciblés ³								Programmes
		HARSA ^H	UDI	Jeunes	J. scol.	J. diff.	F. diff.	Incarc.	Autocht.	
09	5					X				Programme d'intervention, sexualité et prévention en CRJDA ; Mon bien-être sexuel et celui de l'autre ; Sex-oh-fun ; Programme d'accès au matériel injectable (AMI) ; Programme de prévention pour les 15-30 ans, à risque ou atteints d'une MTS.
10	1		X							Programme d'échange de seringues.
11	1				X					Implantation de services en CLSC : planification des naissances et des MTS.
12	3	X			X					Mon bien-être sexuel et celui de l'autre ; Démystification de l'homosexualité en milieu scolaire ; Programme d'échange et de récupération des seringues.
13	6		X							Programme d'échange de seringues et de récupération des seringues ; Projet « Jouer avec le feu... la suite » ; Projet VÉNU, interventions auprès des travailleuses du sexe ; Projet Apollon ; Projet Idée Fixe ; Programme de formation en santé sexuelle (centre jeunesse).
14	7	X			X					Projet ACE : ateliers de démystification de l'homosexualité ; Groupe Arc-en-ciel : groupe d'entraide pour les gais, lesbiennes et bisexuels ; Action communautaire de Sipe Lanaudière (+ auprès des PVVIH) ; Travail de rue (Joliette, Lavaltrie, Repentigny, Terrebonne) ; Programme d'échange de seringues ; Programme de vaccination VHA et VHB par la DSP, campings gais, organismes pour les jeunes en difficulté, centre de désintoxication ; Mon bien-être sexuel et celui de l'autre.
15	2	X	X							Programme d'échange de seringues ; Programme de prévention du Centre sida Amitié.
16	8	X	X							Programme « ACCÈS-IP » ; Programme « Action-santé » ; Programme « Sex-oh-fun », centres jeunesse et maisons de jeunes ; Programme « ACCES-IP communautaire » (+ auprès des itinérants) ; Programme « Cascade aux pairs » qui s'adresse aux jeunes en centre jeunesse ; Programme Express Protection ; Programme Sexprimer, jeunes des organismes communautaires ; Programme d'accessibilité au matériel d'injection.
17	1			X	X				X	Programme de prévention des MTS et du sida.
18	0									
77		21	31	8	15	26	9	7	4	

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Le chiffre entre parenthèses indique le nombre de programmes offerts en 1999-2000 par rapport à l'année précédente.

3. Les groupes ciblés sont :

HARSAH : Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

UDI : Utilisateurs de drogues par injection

Jeunes : Jeunes en général

J. scol. : Jeunes en milieu scolaire

J. diff. : Jeunes en difficulté

F. diff. : Femmes en difficulté

Incarc. : Personnes incarcérées

Autocht. : Autochtones

Tableau 3.1b Nombre de régions où des activités ou des interventions sont offertes aux populations vulnérables, 2000-2001

Activités ou interventions	Populations vulnérables ¹									
	HARSAH	End.	Scol.	Aut.	PVVIH	UDI	J. diff.	F. diff.	Inc.	Autr.
Formation										
• des intervenants du réseau du MSSS	10	0	8	5	8	13	10	7	3	1
• des gestionnaires du réseau du MSSS	6	0	1	2	4	8	3	2	1	0
• des parents d'accueil	0	0	1	1	0	0	5	0	0	0
• des enseignants	8	0	12	1	1	2	8	0	0	0
• du personnel des organismes communautaires	10	1	6	2	9	12	11	9	3	1
• des intervenants du réseau de la sécurité publique	3	0	1	0	2	8	1	3	4	1
• des pharmaciens	0	0	0	0	2	5	0	0	0	0
• des intervenants autochtones	1	0	2	4	2	3	6	4	0	0
• des pairs	6	1	5	0	1	3	4	1	1	1
Information/sensibilisation										
• campagne ou activité de communication	13	2	12	6	11	13	12	9	4	5
• organisation d'événements	8	1	11	5	6	5	9	5	1	2
• participation à des événements publics	9	1	5	4	8	6	7	5	1	2
• diffusion de matériel	14	3	12	7	10	15	13	9	7	7
• production de matériel	6	0	7	3	5	8	5	4	2	6
Participation des groupes vulnérables										
• activités audiovisuelles et culturelles	5	1	10	3	5	2	8	2	2	4
• divers concours	1	0	2	1	1	1	3	0	1	0
• ateliers sur des thèmes particuliers	10	0	12	4	8	6	12	10	7	4
• approche par les pairs	10	1	10	1	7	4	9	4	1	2
• activités de promotion et d'acceptation	10	0	9	1	7	5	6	3	2	3
• témoignages de personnes vulnérables	6	0	6	1	6	5	4	3	2	1
Intervention de 1^{re} ligne										
• travail de milieu, de rue	14	2	9	7	7	15	16	13	3	4
• clinique jeunesse ou santé sexuelle	8	3	17	4	6	8	14	7	2	3
• clinique sur le <i>planning</i> familial, sur la contraception	3	3	15	6	4	6	14	9	2	4
• unité mobile	4	2	3	0	2	7	6	3	1	0
• service de dépistage anonyme	15	6	9	10	5	15	14	12	8	5
• service psychosocial adapté	11	3	7	5	11	11	11	6	7	4
• mesure de soutien à la notification aux partenaires	5	1	4	3	5	5	6	4	2	5
• vaccination (VHA et VHB)	13	2	9	5	9	13	14	10	7	7
• dépannage	2	1	3	1	8	5	7	5	0	2
• projet de méthadone à bas seuil	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Intervention – environnement social										
• mesure de soutien aux groupes d'entraide et aux groupes communautaires	12	2	8	4	12	10	14	9	3	2
• intervention de concertation ou d'alliance	12	4	10	6	9	10	10	7	4	2
• mesure de soutien à l'adoption d'une politique sur les MTS et le sida dans les établissements du réseau du MSSS	2	0	4	2	0	1	2	0	2	2

1. Les populations vulnérables sont :

HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
 End. : personnes originaires de pays où le sida est endémique
 Scol. : jeunes en milieu scolaire
 Aut. : autochtones
 PVVIH : personnes vivant avec le VIH

UDI : utilisateurs de drogues par injection
 J. diff. : jeunes en difficulté
 F. diff. : femmes en difficulté
 Inc. : personnes incarcérées
 Autr. : autres groupes jugés prioritaires
précisez : jeunes en général

Tableau 3.1c Moyens de prévention offerts dans les centres de détention de compétence québécoise, selon les régions, 2000-2001

Régions ¹	1999-2000				2000-2001			
	Nombre de centres	Nombre de centres où des moyens de prévention existent			Nombre de centres	Nombre de centres où des moyens de prévention existent		
		Cond. ²	Jav. ³	Inj. ⁴		Cond. ²	Jav. ³	Inj. ⁴
01	1	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p. ⁰	1	0	0	0
02	2	2	2	2 ⁵	2	0	0	0
03	1	1	1	1 ⁵	1	1	1	1 ⁵
04	1	1	1	0	1	1	1	n.s.p.
05	1	1	1	0	1	1	1	0
06	3	3	3	0	3	3	3	0
07	1	1	1	0	1	1	1	0
08	1	1	1	0	1	1	0	0
09	2	2	2	2 ⁵	2	2	2	1 ⁵
10	0	0	0	0	0	0	0	0
11	1	1	1	0	1	1	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	1	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.
16	2	2	2	0	2	2	2	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	16	15	15	5	17	13	11	2

1. Voir la liste des régions à la page 15.
2. Condom.
3. Eau de Javel.
4. Matériel d'injection.
5. Disponible à la sortie, sur demande.

Tableau 3.1d Portrait des centres d'accès aux seringues du Québec au 1^{er} janvier 1999 et au 1^{er} janvier 2001

Régions ¹	Nombre de centres d'accès aux seringues rattachés aux établissements suivants :												Total	
	Centres hospitaliers		Cliniques médicales		CLSC		ONG		Centres spécialisés		Pharmacies			
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
01	7	7	0	0	10	10	0	0	0	0	17	18	34	35
02	5	5	4	5	9	9	9	8	0	0	28	28	55	55
03	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	30	29	31	34
04	9	9	0	0	15	16	6	7	0	0	0	0	30	32
05	6	6	1	1	17	17	2	2	0	0	29	29	55	55
06	0	0	0	0	3	9	2	2	3	4	149	152	157	167
07	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	15	15	18	18
08	4	3	0	0	8	8	0	0	0	0	14	12	26	23
09	2	2	0	0	4	6	0	0	0	0	13	13	19	21
10	0	0	0	0	6	6	0	0	0	0	1	1	7	7
11	3	3	0	0	20	20	0	0	0	0	24	23	47	46
12	4	4	0	0	18	18	0	0	0	0	0	0	22	22
13	0	0	0	0	4	4	1	3	0	0	15	13	20	20
14	2	2	0	0	2	7	1	0	0	0	31	29	36	38
15	3	4	0	0	3	5	4	6	0	0	0	0	10	15
16	6	5	3	2	30	32	3	3	0	0	37	32	79	74
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	52	50	8	8	151	169	29	36	4	5	403	394	646	662

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Sources : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec (distribution, vente et récupération) 1999*, Québec, Centre québécois de coordination sur le sida, 1999, 70 p.
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec (distribution, vente et récupération) 2000*, Québec, Centre québécois de coordination sur le sida, 2000, 58 p.

Tableau 3.1e Composantes de programmes permettant aux toxicomanes de se procurer de la méthadone, selon les régions, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2000

Régions ¹	Nombre de médecins ² ayant prescrit de la méthadone			Nombre de pharmaciens propriétaires ayant facturé de la méthadone			Régions où est offert un volet psychosocial			Nombre de bénéficiaires ³ ayant reçu de la méthadone		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000
01	1	3	3	1	4	3	Non	n.s.p.	n.s.p.	3	8	6
02	4	4	6	2	3	5	n.s.p.	Non	Oui	4	7	7
03	14	19	14	8	13	15	Oui	Oui	Oui	58	120	117
04	1	4	6	2	8	17	Oui	Oui	Oui	27	58	83
05	5	8	8	12	16	10	Oui	Oui	Oui	24	31	32
06	98	128	122	43	52	53	Oui	Oui	n.s.p.	819	1 038	1 125
07	1	3	2	1	3	5	Non	Non	Non	5	7	8
08	0	0	1	1	2	3	Non	Non	Non	0	2	4
09	0	0	2	1	5	3	n.s.p.	Non	Non	2	1	2
10	0	0	0	0	0	0	Non	Non	Non	0	0	0
11	0	2	1	0	3	4	Non	n.s.p.	Oui	0	3	3
12	6	7	5	5	8	14	n.a.	Oui	Oui	12	18	26
13	6	8	9	9	6	5	Oui	Oui	n.s.p.	75	86	89
14	5	12	2	11	11	13	Oui	Oui	Oui	39	56	53
15	9	20	6	18	27	18	Oui	Oui	n.s.p.	80	113	81
16	20	26	25	28	42	50	Non	Oui	Oui	120	171	188
17	0	1	0	0	0	0	Non	Non	Non	1	1	0
18	0	0	0	0	0	0	Non	Non	Non	0	0	0
Indéterminée	11	15	14	0	0	0	0	0	0	15	28	15
Total	181	260	226	142	203	218	7	9	8	1 284	1 748	1 839

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Il s'agit des médecins, répartis par région selon l'adresse où ils pratiquent, qui ont prescrit de la méthadone aux personnes assurées au régime général d'assurance médicaments durant l'année. Ce ne sont pas nécessairement tous les médecins autorisés par Santé Canada à prescrire de la méthadone qui en prescrivent effectivement durant l'année.

3. Exclut les personnes détentrices d'une assurance privée.

Source : Les données proviennent de la RAMQ, août 2001, sur la base de la facturation des pharmaciens propriétaires pour les personnes assurées au régime général d'assurance médicaments.

3.2 Politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie

Que, d'ici 2002, soit élaborée une politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie.

Méthode

Définitions

Politique nationale

Document du gouvernement qui rallie les ministères intéressés de près ou de loin par la toxicomanie autour d'une vision commune de la réduction des méfaits et qui propose des orientations sur les actions à entreprendre, notamment en matière de prévention, de soins et de services en toxicomanie, conformément à l'approche de réduction des méfaits.

Réduction des méfaits

Approche visant à réduire les conséquences néfastes de l'usage de drogues pour l'individu, la famille, la communauté et la société plutôt qu'à en éliminer l'usage¹.

Indicateur

État d'avancement des travaux pour l'élaboration d'une politique nationale de réduction des méfaits.

Résultats

Ces dernières années, au ministère de la Santé et des Services sociaux, divers travaux visant à établir des orientations en matière de toxicomanie ont intégré des aspects relevant de l'approche de réduction des méfaits.

La Direction générale de la planification et de l'évaluation a rendu public, au dernier trimestre de 1998, un document intitulé *Plan d'action en toxicomanie, 1999-2001*. Ce document porte principalement sur les actions à entreprendre afin d'améliorer la qualité et la continuité des services aux personnes toxicomanes ainsi que l'accessibilité à ces services. Si, au chapitre de la promotion de la santé et de la prévention de la toxicomanie, le document témoigne d'une préoccupation relative à la réduction des méfaits, ses auteurs s'en remettent tout de même à la stratégie en promotion de la santé et en prévention dont la parution est attendue.

Le Groupe de travail sur la prévention de la toxicomanie, conseiller auprès du sous-ministre adjoint à la Direction générale de la santé publique, a produit en août 1998 un document de consultation au sujet d'orientations et d'actions préventives en matière de substances psychotropes, tout en abordant la question de la réduction des méfaits liés à un usage inapproprié de ces substances, intitulé *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : Orientations et stratégie*. Plutôt bien reçu par la plupart des

1. Définition tirée de P. BRISSON, *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*, Québec, Comité permanent de la lutte contre la toxicomanie, 1997, p. 8.

gens consultés, le document a donné lieu à une proposition finale d'orientations en prévention de la toxicomanie qui a été rendue publique en novembre 2001. Si ce document aborde explicitement la question de la réduction des méfaits liés à un usage inapproprié des substances psychotropes, il ne s'agit pas pour autant d'une politique nationale sur la réduction des méfaits. Compte tenu de l'évolution des mentalités sur le sujet, il faut plutôt y voir actuellement une réponse suffisante en vue d'une éventuelle politique nationale.

Par ailleurs, dans le but de connaître davantage les perceptions de la population québécoise entourant cette question, un sondage téléphonique a été mené conjointement par la Direction générale de la santé publique et la Direction générale des services à la population, en partenariat avec l'Institut national de santé publique du Québec, et réalisé par la firme BIP en février 2001. Ce projet visait à mesurer les attitudes de la population québécoise à l'égard des mesures de prévention destinées aux personnes toxicomanes et à trouver les solutions qui semblent les plus acceptables pour réduire les méfaits associés à la toxicomanie. Les résultats, qui ont été publiés à l'automne par l'INSPQ, révèlent, dans l'ensemble, une vision relativement tolérante envers la toxicomanie ainsi qu'envers les toxicomanes et laissent supposer qu'une campagne de sensibilisation auprès de la population pourrait favoriser un plus large consensus en faveur de l'approche pragmatique de réduction des méfaits.

Enfin, le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial (FPT) Santé des populations a mis sur pied un comité de travail sur l'usage de drogues par injection regroupant des représentants de cinq comités FPT : Santé des populations, Sida, Drogue, Justice et Prisons. Ce comité de travail a produit un rapport intitulé *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, qui a été remis aux ministres de la santé et discuté à l'occasion de leur rencontre du 26 septembre 2001. Les ministres ont donné leur soutien à la poursuite des travaux visant à établir les conditions permettant d'entreprendre un projet de recherche médicale sur des sites d'injection supervisés, incluant la définition des paramètres relatifs aux aspects légaux, et de poursuivre les consultations avec les décideurs afin de déterminer toutes les facettes d'un tel projet.

Quoique des actions soient entreprises à plusieurs niveaux, il importe de poursuivre le travail de sensibilisation et de promotion sous-tendant cette approche auprès des autres ministères intéressés afin de mettre en œuvre des actions concertées dans ce domaine.

3.3 Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse

Que, d'ici 1999, le programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse soit implanté dans toutes les régions du Québec.

Méthode

Définition

Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse

L'implantation du programme comprend des activités de formation et d'information auprès des professionnels intéressés (médecins, intervenants dans les CLSC, sages-femmes, infirmières).

Le programme vise à ce que les médecins (ou les infirmières dans certaines régions) qui suivent les femmes enceintes, ou celles qui désirent le devenir, informent ces femmes sur le VIH et la grossesse, sur le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, sur le test anti-VIH et sur le traitement pour diminuer le risque de la transmission de la mère à l'enfant.

Indicateurs

- Proportion des régions où l'on propose des activités de formation et d'information relatives au Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse ;
- proportion des médecins qui informent les femmes enceintes et celles qui désirent le devenir sur le VIH et la grossesse ;
- proportion des femmes enceintes qui subissent un test de dépistage du VIH.

Collecte des données

Depuis sa mise en vigueur en mai 1997, le Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse a fait l'objet successivement de diverses évaluations.

La première année, les régies régionales ont organisé passablement d'activités de formation et d'information, si bien qu'il a été jugé plus opportun de diriger l'évaluation vers la collecte d'autres types de données permettant de suivre de plus près le processus d'implantation du programme.

Une enquête postale¹ en deux temps – avant l'implantation du programme (1997) et dix-huit mois après (1999) – a été effectuée auprès de tous les membres de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec et de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec pour déterminer les changements dans la pratique médicale en ce qui concerne le test prénatal anti-VIH. Cette enquête n'a pas été répétée.

1. C. POULIN ET M. ALARY, *Medical Practice Regarding Prenatal HIV Testing 18 Months after the Launching of the Quebec Intervention Program on HIV Infection and Pregnancy*, présentation à l'occasion de la huitième Conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH-sida, 1999.

Des formulaires spécialement conçus pour la prescription du test anti-VIH aux femmes enceintes dans le cadre du Programme québécois d'intervention sur l'infection par le VIH auraient pu fournir des indications sur la proportion de femmes enceintes qui ont subi un test de dépistage du VIH, mais les résultats obtenus laissent voir une sous-utilisation importante de ces formulaires par les médecins. Cette source de données s'est donc avérée trop partielle pour être maintenue.

Une étude pilote¹ a alors été réalisée, visant à déterminer la faisabilité et les coûts d'une recherche dans les dossiers hospitaliers des femmes ayant accouché, afin d'évaluer la proportion des femmes enceintes testées. Deux hôpitaux ont été sélectionnés pour l'étude : l'hôpital du Saint-Sacrement, du CHA, à Québec et l'hôpital Sainte-Justine, du CHUM, à Montréal. L'opération est apparue plus complexe que prévu et, par conséquent, plus coûteuse ; il n'a donc pas été recommandé de poursuivre ni d'étendre cette collecte de données.

Cependant, un centre tertiaire d'obstétrique a jugé bon de reprendre cette recherche dans les dossiers des femmes ayant accouché en 1999, 2000 et 2001 pour maintenir une surveillance quant à l'administration effective du test anti-VIH aux femmes enceintes. Il faut voir que peu de femmes refusent le test : en deçà de 1 %. Ainsi, la proportion de femmes testées donne une idée relativement juste de l'ampleur de l'offre qui est faite par les médecins du test anti-VIH.

Résultats

Proportion des médecins qui informent les femmes enceintes

Pour les besoins du présent bilan, il faut retenir que la proportion de médecins qui disent offrir le test anti-VIH à toutes les femmes enceintes a augmenté de 50,8 % à 82,3 % après l'implantation du programme (pour plus de détails sur les résultats, il faut consulter le deuxième bilan). Ces résultats donnaient à penser que l'offre universelle du test anti-VIH aux femmes enceintes était en voie d'être intégrée dans la pratique médicale.

Proportion des femmes enceintes qui subissent un test de dépistage du VIH

L'analyse des résultats obtenus à partir des formulaires spécialement conçus pour la prescription du test anti-VIH aux femmes enceintes, de juin 1997 à mars 1999, montre que seulement 10 950² femmes enceintes ont subi un test de dépistage du VIH, ce qui représente moins de 10 % des femmes enceintes pour la même période, alors qu'il y en aurait bien davantage qui auraient subi un test. Compte tenu de la sous-utilisation évidente du formulaire, les résultats nous fournissaient peu d'information sur la situation réelle.

Par ailleurs, la recherche dans les dossiers que détiennent deux centres hospitaliers sur des femmes ayant accouché entre le 16 août et le 7 novembre 1998 à Québec, et entre le 1^{er} mars et le 30 mai 1998 à Montréal, révèle que 212 des 784 femmes qui ont accouché à l'hôpital du Saint-Sacrement ont subi un test de dépistage du VIH et que 527 des 1 011 femmes qui ont accouché à l'hôpital Sainte-Justine ont subi un tel test. Il s'agit respectivement de 26 % des femmes qui ont accouché à l'hôpital du Saint-Sacrement et de 52 % de celles qui ont accouché à Sainte-Justine dans la période visée par l'étude qui ont passé le test anti-VIH au cours de leur grossesse ou dans l'année précédente.

1. C. POULIN, M. ALARY ET J. SAMSON, *Évaluation du Programme québécois d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse – Étude-pilote*, rapport présenté au Centre québécois de coordination sur le sida, 2000, p. 18.
2. C. POULIN, données transmises au Centre québécois de coordination sur le sida, 1999.

Enfin, l'étude longitudinale entreprise dans un centre hospitalier tertiaire d'obstétrique a consisté à dépouiller plus de 1 000 dossiers par année concernant des femmes qui ont accouché entre le 1^{er} mars et le 30 mai, que ce soit en 1999, en 2000 ou en 2001, afin de déterminer le nombre de ces femmes qui ont passé le test anti-VIH durant leur grossesse, le nombre de ces femmes qui l'ont refusé et le nombre de ces femmes pour lesquelles aucune mention n'est trouvée dans leur dossier. Pour les besoins du présent bilan, seules les données sur les femmes qui ont été suivies depuis le début de leur grossesse dans ce centre sont illustrées, ce qui représente la grande majorité des cas.

Répartition des femmes ayant accouché dans un centre hospitalier tertiaire d'obstétrique entre le 1^{er} mars et le 30 mai, en 1999, en 2000 ou en 2001, selon que ces femmes ont subi ou non le test anti-VIH

	1999	2000	2001
Nombre de femmes ayant accouché	892	832	954
Nombre de femmes qui ont subi le test	511	504	569
Proportion des femmes testées	57,3 %	60,6 %	59,6 %
Nombre de femmes qui ont refusé	2	3	4
Nombre de femmes pour lesquelles il n'est pas fait mention du test dans le dossier	381	328	385

Discussion

Il est intéressant de mettre côte à côte les résultats des différentes évaluations. Quoique chacune ait ses limites, toutes nous informent d'une quelconque façon sur l'implantation du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse. On sait que, selon les directives actuelles, l'offre du test anti-VIH devrait être faite à toutes les femmes enceintes par le médecin. Or, l'enquête postale en deux temps fait état d'une proportion appréciable de médecins qui disent avoir adopté cette pratique, d'autant plus après l'implantation du programme. Même si on peut croire que ce sont surtout les médecins sensibilisés à l'importance du programme qui se sont donné la peine de répondre aux questionnaires, il n'en demeure pas moins qu'on observe une très grande proportion d'entre eux, de l'ordre de 83 %, qui disent offrir le test après l'implantation du programme. On peut se demander tout de même dans quelle mesure ils maintiendront cette pratique si aucun rappel n'est fait pour l'encourager.

Cependant, les recherches subséquentes dans les dossiers des centres hospitaliers concernant les femmes qui y ont accouché, surtout dans le cas de l'hôpital du Saint-Sacrement, viennent atténuer cet apparent succès. Bon nombre de femmes enceintes ne passent pas le test anti-VIH, malgré la mise en place du programme.

Par ailleurs, la dernière étude longitudinale menée dans un centre hospitalier tertiaire d'obstétrique indique une pratique de l'offre du test plus répandue, quoiqu'elle demeure toujours en deçà des objectifs. Le pourcentage des femmes qui passent un test anti-VIH semble plafonner, ce qui demeure préoccupant. Il faut voir que, selon les données du

programme de surveillance sida colligées par le Centre maternel et infantile sur le sida de l'hôpital Sainte-Justine entre janvier 2000 et juin 2001, six femmes infectées par le VIH ont accouché sans avoir passé le test durant la grossesse et sans avoir eu accès au traitement préventif qui existe au Québec.

Conclusion

Il faut se rappeler que, dès la mise en vigueur du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, tous les médecins du Québec en cause dans le suivi des femmes enceintes ou de celles qui désirent le devenir ont reçu une trousse d'information, accompagnée d'une lettre d'appui du Collège des médecins du Québec, leur indiquant les modalités de ce nouveau programme de dépistage du VIH durant la grossesse. Que ces femmes présentent ou non des facteurs d'infection par le VIH, il est recommandé de leur offrir le test anti-VIH. En outre, différentes activités de formation sur le sujet ont été organisées dans les régions pour orienter la pratique médicale en ce sens.

Si le sondage auprès des médecins révèle qu'une forte proportion (82,3 %) d'entre eux disent informer les femmes enceintes depuis la mise en vigueur du programme, l'étude pilote dans les dossiers des femmes ayant accouché fait voir que moins de la moitié d'entre elles ont subi le test. De même, l'étude longitudinale menée dans un centre hospitalier tertiaire montre que l'offre du test plafonne à environ 60 % des femmes enceintes. De plus, rien n'indique qu'il y aurait un nombre suffisant de refus du test anti-VIH par les femmes pour modifier ces résultats. Le programme n'a donc pas encore atteint le degré optimal d'implantation. Non seulement il faut se préoccuper de poursuivre la sensibilisation des médecins à ce programme pour étendre la pratique de l'offre universelle du test anti-VIH aux femmes enceintes, mais il faut s'assurer avec le temps de maintenir la pratique chez ceux qui l'ont adoptée.

D'autre part, la recherche de sources de données complémentaires se poursuit. L'analyse des données du système Med-Écho devrait nous informer sur le nombre de femmes séropositives connues qui accouchent dans un centre hospitalier au Québec. Enfin, le système de surveillance du VIH, qui devrait voir le jour en 2002, nous indiquera le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les femmes.

3.4 Données fiables sur l'infection par le VIH, sur les MADO et sur les MTS

Que, d'ici 1999, le Québec et toutes ses régions disposent de données fiables sur l'infection par le VIH, sur les MADO, sur les MTS virales et sur les complications liées aux MTS (données sur l'incidence et sur la prévalence).

Méthode

Définition

Si l'on veut disposer de données fiables, on doit recourir à différentes mesures selon le type d'infection en cause, l'information déjà connue, les problèmes particuliers dans la collecte d'information et le degré d'avancement du dossier.

Indicateur

État d'avancement des travaux en vue d'améliorer la qualité des données selon les différents dossiers.

Résultats

L'infection par le VIH fait référence au stade précoce de la maladie, avant l'apparition du sida. L'infection par le VIH n'est pas une maladie à déclaration obligatoire au Québec, mais est en voie de le devenir. Un groupe de travail s'est penché sur les moyens d'améliorer la surveillance du VIH et a recommandé la déclaration obligatoire du VIH par les médecins et les laboratoires. Un projet de modifications au Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique relatives à la déclaration obligatoire du VIH et du VHC a été soumis au Collège des médecins du Québec et à la Commission d'accès à l'information du Québec pour avis. Le premier organisme endosse le projet alors que le second ne s'y oppose pas, tout en dictant certaines conditions dont tient compte le projet de modifications au Règlement :

- que les mesures de sécurité relatives à la confidentialité des données touchant le VIH soient incluses dans le libellé du règlement ;
- que l'accès au dépistage anonyme du VIH soit maintenu ;
- que les usagers soient informés de l'utilisation ultérieure des renseignements recueillis.

Préalablement accepté par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le projet a franchi les étapes administratives habituelles avant d'être déposé au Conseil des ministres. Approuvé par celui-ci à la séance du 23 août 2001, le projet a été prépublié le 5 septembre dans la Gazette officielle du Québec (partie 2, n° 36, p. 6208). Un délai de 60 jours a été accordé afin de permettre aux groupes intéressés de faire des commentaires écrits sur le projet. Suite aux commentaires reçus, des modifications ont été apportées au projet.

Le projet de modifications au Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique devrait être soumis au Conseil des ministres pour approbation dans les prochains mois.

Les MTS à déclaration obligatoire comprennent les infections à *Chlamydia trachomatis*, l'hépatite B et l'herpès néonatal, qui font l'objet d'une déclaration nominale, ainsi que les maladies vénériennes, qui sont à déclaration anonyme : les infections gonococciques, la syphilis (incluant la syphilis congénitale), le chancre mou, la lymphogranulomatose vénérienne et le granulome inguinal. Des démarches ont été entreprises pour faire valoir le bien-fondé de l'utilisation d'un élément identificateur pour chaque personne, tout en protégeant la confidentialité et en rendant possible le repérage des doublons, et pour démontrer l'importance de retenir cette disposition dans la future Loi sur la santé publique. Le projet de loi a franchi l'étape de l'analyse par le conseil des ministres et ses comités ministériels, et il a été déposé à l'Assemblée nationale en juin 2001.

Tel qu'il est présenté actuellement, le projet de loi sur la santé publique pourrait améliorer considérablement la surveillance des MTS :

- la liste des maladies à déclaration obligatoire est définie par règlement sans statut différent pour certaines MTS toujours désignées de façon désuète par le terme maladies vénériennes à déclaration anonyme (article 74) ;
- la déclaration doit inclure les renseignements prescrits par le règlement, ce qui rend possible l'utilisation d'éléments identificateurs pour chaque cas déclaré (article 76) ;
- des pouvoirs sont donnés aux directeurs de la santé publique pour la réalisation d'enquêtes épidémiologiques, ce qui légitime cette intervention souvent essentielle à la surveillance épidémiologique adéquate de certaines infections (article 92).

La surveillance de certaines MTS doit être complétée par la collecte de renseignements supplémentaires permettant de mieux orienter les interventions. Les efforts se poursuivent afin de généraliser l'utilisation d'un questionnaire standardisé pour les enquêtes épidémiologiques, particulièrement dans les cas de déclaration d'infections gonococciques ou de syphilis. L'analyse des renseignements obtenus concernant les facteurs de risque et certaines données médicales est utile pour orienter les interventions liées à la prévention puisqu'elle permet de connaître tant les principales caractéristiques des populations touchées que les besoins relatifs à la formation des professionnels de la santé quant au traitement approprié des personnes infectées. De plus, la réalisation d'enquêtes épidémiologiques permet de confirmer et de préciser le diagnostic, particulièrement pour la syphilis.

Les MTS virales, soit l'herpès génital (VHS) et l'infection par le virus du papillome humain (VPH), sont parmi les MTS les plus fréquentes et ne sont pas à déclaration obligatoire. Il n'existe pas de définition de cas suffisamment sensible et précise qui pourrait en permettre une surveillance épidémiologique. Une meilleure connaissance de la question s'impose, tant du point de vue épidémiologique que du point de vue clinique. La Stratégie québécoise de lutte contre les MTS 2000-2002 préconise d'accentuer la recherche dans ce domaine. Une recension des écrits sur ces infections est en cours à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). À partir de l'état des connaissances et de consultations d'experts, des recommandations pourront être formulées sur les orientations d'un éventuel programme de santé publique en prévention des MTS virales, incluant les activités de surveillance nécessaires.

Les complications liées aux MTS, notamment en ce qui a trait aux grossesses ectopiques et aux salpingites, sont maintenant plus difficiles à surveiller étant donné les changements dans les pratiques hospitalières et l'apparition de nouveaux traitements ambulatoires.

L'analyse du fichier Med-Écho ne suffit pas à fournir un portrait juste de la situation. Il y a lieu de se pencher sur ces questions afin de trouver d'autres sources de données qui pourraient remplacer les données de ce fichier ou leur servir de complément.

PRIORITÉ 4

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN



Faits saillants

Quatre résultats sont attendus quant au dépistage du cancer du sein. Ils se rapportent à l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), au taux de participation de la population cible, au taux de cancers détectés et à la diminution du taux de mortalité due au cancer du sein chez les femmes de 55 à 74 ans.

Du 31 mars 2000 au 31 mars 2001, le PQDCS n'a été implanté dans aucune région additionnelle ; il y a toujours treize régions où le programme a été déployé. Les critères utilisés pour statuer sur le démarrage de ce programme dans une région sont basés sur la transmission, par la Régie de l'assurance maladie aux radiologistes de la région, de la date d'entrée en vigueur du nouveau code de l'acte « mammographie de dépistage » et sur la mise en place des structures de base du programme, à savoir la nomination d'un coordonnateur administratif et d'un responsable médical, la désignation d'au moins un centre de dépistage et un centre de référence pour investigation (ou une entente de service), la formation du personnel et l'utilisation du système d'information.

Le nombre prévu de centres désignés a légèrement diminué compte tenu de la fusion de quelques centres et de la décision administrative de certains centres privés de fermer. Ainsi, presque 95 % (37 sur 39) des centres de dépistage privés désignés et prévus dans le cadre du PQDCS opèrent, comparativement à 63 % (31 sur 49) pour les centres de dépistage publics. Quant aux centres de référence pour investigation désignés, 59,5 % (25 sur 42) d'entre eux sont actuellement en activité.

Toutefois, malgré les difficultés liées au contexte de la transformation du réseau et des restrictions budgétaires au départ, au système d'information, aux ajustements nécessaires de la part des centres pour assurer le contrôle de la qualité et à l'ampleur du programme, l'implantation du programme est planifiée dans trois autres régions. La mise en service de l'unité mobile et d'une unité portative au cours de 2001-2002 permettra de répondre aux besoins dans les régions éloignées. La mise en œuvre du programme sera donc terminée dans l'ensemble des régions au cours de l'année 2001-2002.

Les réalisations du groupe de travail permettront d'obtenir bientôt des renseignements provenant du programme intégré de surveillance de la lutte contre le cancer du sein.

4.1 Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Que, d'ici la fin de l'année 1997, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) ait été implanté dans toutes les régions du Québec.

Méthode

Définition

Pour les besoins de la présente évaluation, l'implantation du PQDCS fait référence à la transmission, par la Régie de l'assurance maladie aux radiologistes de la région, de la date d'entrée en vigueur du nouveau code de l'acte « mammographie de dépistage » et à la mise en place des structures de base du programme, à savoir :

- la nomination d'un coordonnateur administratif et d'un responsable médical de la coordination des services dans la région ;
- la désignation d'un centre de dépistage et d'un centre de référence pour investigation ;
- la formation du personnel ;
- l'utilisation du système d'information.

Indicateur

Proportion des régions où est implanté le PQDCS.

Collecte des données

La collecte de l'information a été achevée le 31 mars 2001. Cette information a été comparée avec les renseignements obtenus du ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre du PQDCS, afin d'apporter les corrections appropriées le cas échéant.

Résultats

En 2000-2001, le PQDCS n'a été implanté dans aucune nouvelle région. Ainsi, l'ensemble des critères définis pour l'implantation du PQDCS étaient toujours respectés dans treize régions et on y poursuivait les efforts pour compléter les structures prévues, c'est-à-dire désigner les centres de dépistage et les centres de référence pour investigation. Dans certaines des régions où le programme est implanté, on investissait aussi pour continuer à répondre adéquatement aux critères de certification. Par ailleurs, les coordonnateurs administratifs et médicaux sont en poste dans l'ensemble des régions.

Dans l'ensemble des régions, 39 centres de dépistage privés et 49 centres de dépistage publics sont prévus. Les régions de Montréal et de la Montérégie se distinguent par leur nombre élevé de centres de dépistage privés, dont certains disposent de plus d'un mammographe (cf. tableau 4.1). Au 31 mars 2001, 37 centres privés (il y en avait 39

l'année précédente) et 31 centres publics (autant que l'année précédente) étaient connus comme des centres de dépistage désignés dans les régions où a été mis en place le PQDCS, soit respectivement 95 % et 63 % de l'ensemble des centres désignés (cf. tableau 4.1). Le secteur public comptait aussi 25 centres de référence pour investigation (ce qui est stable par rapport à l'année précédente) sur un total prévu de 42 ; c'est presque 60 % des centres de référence pour investigation qui sont actuellement en activité (cf. tableau 4.1). Il faut toutefois noter que certains centres (notamment à Montréal) ont obtenu leur certification et sont devenus des centres désignés sans qu'on n'y exerce pour autant les activités prévues au programme. Par rapport au bilan précédent, certains centres privés ont fermé et des établissements ont fusionné, ce qui amène une baisse du nombre de centres en activité ainsi qu'une baisse du nombre de centres prévus.

La formation des différentes catégories de personnel comprend trois modules. De plus, une trousse est destinée aux médecins de première ligne. Dans plusieurs régions, on a déjà complété les formations initiales. Toutefois, les données recueillies présentant un portrait statique à une date précise, le tableau montre que la formation est davantage continue que ponctuelle. Le programme étant implanté depuis presque trois ans (31 mars 2001) dans certaines régions, les processus de formation sont repris pour les nouveaux membres du personnel. Par ailleurs, les commentaires mettent en évidence des besoins de formation supplémentaires aux besoins initiaux liés à l'implantation du programme. Dans les régions où l'on se prépare au démarrage du programme (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Côte-Nord, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James), les formations évoluent.

Quant au système d'information, il est fonctionnel dans les centres désignés des régions pour lesquelles le code d'acte est en vigueur.

L'unité mobile de mammographie a reçu officiellement l'approbation du Ministère et sera en fonction dès qu'elle aura obtenu l'agrément et la certification, comme tout autre centre désigné. Au début, ses activités prendront la forme d'un projet pilote afin de mieux ajuster les services aux besoins dans les régions dépourvues du service de mammographie ou ayant une faible densité de population. Cette unité permettra de compléter l'implantation du programme dans toutes les régions.

Discussion

Avec un certain délai par rapport à l'objectif initial, en raison du contexte de la transformation du réseau et des restrictions budgétaires, des difficultés liées au système d'information, des ajustements nécessaires de la part des centres pour assurer le contrôle de la qualité et de l'ampleur du programme, le PQDCS était implanté dans treize régions au 31 mars 2001, selon la définition adoptée. Dans ces régions, certains centres ne répondent toutefois pas encore aux critères de certification. Dans les autres régions, les efforts sont faits en vue du démarrage qui est prévu au cours de l'année 2001-2002. Enfin, la mise en service de l'unité mobile favorisera l'atteinte de l'objectif initial au cours de la prochaine année.

Conclusion

L'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein se poursuit. L'année 2000-2001 montre une stabilité puisque l'implantation du programme dans les régions n'a pas évolué. On comptait treize régions où était implanté le PQDCS, le rendant ainsi accessible à environ 90 % des femmes visées par le programme. En ce qui concerne les centres de dépistage désignés, dans ces régions 95 % des centres privés ont mis en place le PQDCS, comparativement à 63 % des centres publics. Les changements notés relèvent de certaines modifications dans l'organisation du réseau (fermeture de cliniques privées, fusion d'établissements). En ce qui a trait à la formation et au nombre de centres dans les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de la Côte-Nord, l'évolution de la situation fait foi des préparatifs en cours en vue de l'implantation prochaine du programme.

Bien que l'on connaisse un retard dans l'atteinte de l'objectif fixé dans les priorités nationales, il n'en demeure pas moins que l'implantation est enclenchée et progresse vers l'objectif souhaité pour 2001-2002.

Tableau 4.1 Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, situation au 31 mars 2001

Régions ¹	Code d'acte en vigueur		Nombre de désignations effectives/prévues				Formation module ²					Déploiement du SI ³	Commentaires
			Centres de dépistage		Centres d'investigation		Terminée (T) En cours (C)		Non commencée (N) Ne sais pas (NSP)				
	O/N	Prévu	Privés	Publics	Privés	Publics	1	2A	2B	3	Trousse		
01	Non	aut. 01	0/0	3/4	0/0	2/2	T	T	T	N	C	Non	Suivi des femmes qui participent au PQDCS hors région assuré par la CSR-01 (résultats, relance, rappel).
02	Non	n.d.	1/1	5/5	0/0	5/5	T	N	N	T	C	Non	Déploiement du SI : fonctionnel entre la CSR et le pilote provincial seulement. La majeure partie des formations terminées devra être pris en raison d'une période trop longue entre ces formations et le démarrage du programme.
03	Oui		4/4	3/3	0/0	1/1	C	C	C	T	C	Oui	Les formations Modules 1 et 2 en cours visent le nouveau personnel qui s'ajoute au fil des ans.
04	Oui		1/1	4/5	0/0	4/5	T	T	T	T	T	Oui	Bien que les formations prévues soient terminées, d'autres activités de formation ont été tenues pour les médecins, les intervenants psychosociaux et les intervenants des centres.
05	Oui		2/2	1/1	0/0	1/1	T	T	T	T	T	Oui	Entre 1998 et mai 2000, près de 100 % des femmes admissibles ont été jointes ; 62 % ont passé une mammographie et, parmi celles-ci, 97,3 % ont consenti à participer au programme. Entre le 1 ^{er} août 1998 et le 30 avril 2000, 67 cas de cancers ont été dénombrés chez les femmes ayant participé au programme.
06	Oui		14/14	2/3	0/0	3/4	T	T	T	T	T	Oui	Toutes les femmes visées ont été jointes ; 41,2 % ont passé une mammographie et, parmi celles-ci, 84 % ont consenti à participer au programme.
07	Oui		0/0	3/3	0/0	1/1	C	C	C	C	C	Oui	Le taux de couverture régional, en avril 2000, était de 32,7 % et en milieu urbain, seulement de 49 %. Le processus de désignation se poursuit.
08	Oui		0/0	5/5	0/0	5/5 ⁴	T	T	T	T	T	Oui	Le taux de participation des femmes gravite autour des 70 % visés par le programme. À ce jour, malgré le sous-financement du programme, la collaboration de tous les acteurs est excellente.
09	Non	No. 01	0/0	1/3	0/0	1/2	T	T	T	C	C	Non	Le démarrage du PQDCS sur la Côte-Nord est dépendant en partie des unités mobile et portative qui desserviront les régions éloignées, ce qui sera possible au cours de 2001-2002.

Priorité 4 – Le dépistage du cancer du sein

Régions ¹	Code d'acte en vigueur		Nombre de désignations effectives/prévues				Formation module ²					Déploiement du SI ³	Commentaires
			Centres de dépistage		Centres d'investigation		Terminée (T) En cours (C) Non commencée (N) Ne sais pas (NSP)						
	O/N	Prévu	Privés	Publics	Privés	Publics	1	2A	2B	3	Trousse		
10	Oui		0/0	1/1	0/0	0/0	T	T	N	T	T	Oui	Bien que la région ne dispose pas de CRID, quelques examens complémentaires sont réalisés dans le CDD. La formation Module 2B sera donc offerte à l'automne 2001.
11	Oui		0/0	3/5	0/0	0/0	T	T	T	T	C	Oui	Formation sur l'assurance qualité en cours dans les centres de dépistage. Le processus de désignation des centres se poursuit.
12	Oui		1/1	3/3	0/0	4/4	T	T	T	T	T	Oui	
13	Oui		2/2	0/0	0/0	1/1	T	T	T	T	T	Oui	
14	Oui		2/2	1/1	1/1 ⁵	1	T	T	T	T	T	Oui	La clinique de Joliette fait partie du CRID par entente avec le CHRDL.
15	Oui		1/1	2/4	0/0	0/1	T	C	C	T	T	Oui	
16	Oui		10/11	3/3	0/0	5/9	C	C	C	T	C	Oui	Bien que les formations initiales soient terminées, elles sont reprises au besoin pour les nouveaux intervenants.
17	Non	2001-2002	0	0	0	0	N	N	T	N	N	Non	Le dépistage sera effectué au moyen de l'unité portative.
18	Non	2001-2002	0	0	0	0	C	NSP	NSP	NSP	C	Non	Le dépistage sera effectué au moyen des unités mobile et portative.
Total au 31/03/01			37	31	1	25						Le total exprimé ici représente les centres désignés dans les régions où le code d'acte est en vigueur.	
Total prévu			39	49	1	42							

- Voir la liste des régions à la page 15.
- La formation comprend cinq modules : information sur le PQDCS (1) ; sensibilisation à l'approche à privilégier à l'endroit des femmes visées par le PQDCS pour le personnel d'accueil en CDD (2A) ou pour les technologues en radiologie (2B) ; application du système d'information au niveau régional (3) et formation des médecins de première ligne (trousse).
- SI : système d'information.
- Il y a un seul CRID officiellement ; toutefois, les cinq CDD ont eu l'autorisation de la régie régionale d'effectuer des examens complémentaires.
- Dans cette région, le centre hospitalier et la clinique privée se partagent l'équipe multidisciplinaire et le même mammographe, ce dernier appartenant à la clinique privée.

4.2 Taux de participation de la population cible

Qu'en 2003, 70 % des femmes du Québec âgées de 50 à 69 ans aient été rejointes par le PQDCS.

Méthode

Indicateur

Taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Collecte des données

L'information sur le taux de participation a été obtenue du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du PQDCS.

Résultats

Pour les neuf régions où un cycle de deux ans de dépistage a été effectué, le taux de participation moyen était de 45,8 %, variant de 36,3 % à 56,9 %.

Conclusion

La participation de la population cible devrait continuer à augmenter au cours des prochains mois, au fur et à mesure de l'implantation du programme dans les dernières régions.

4.3 Taux de cancers détectés

Que le taux de détection de cancers chez les femmes participant au PQDCS soit d'au moins 5 pour 1 000 au moment du dépistage initial et d'au moins 3 pour 1 000 au moment d'un dépistage ultérieur.

Méthode

Indicateurs

- Taux de cancers détectés :
 - au cours du dépistage initial ;
 - au cours d'un dépistage subséquent.
- Taux de référence pour investigation.

Collecte des données

Seule l'information servant au calcul du taux de référence pour investigation était complète. Cette information a été obtenue auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du PQDCS.

Résultats

Le taux de référence pour investigation se maintient autour de 11 % au 31 décembre 2000 dans les neuf régions où l'on effectue des mammographies depuis plus de deux ans, et ce, pour les femmes ayant passé une première mammographie de dépistage. Le taux est relativement stable depuis le début des activités.

Conclusion

Le taux de détection de cancers n'est pas encore connu. Le processus de collecte des données doit être complètement revu afin de pouvoir utiliser cet indicateur dans le futur.

Seul le taux de référence pour investigation a pu être déterminé ; il se situait autour de 11 % au 31 décembre 2000 dans les neuf régions où le programme était implanté depuis plus de deux ans. Ce taux est relativement stable depuis le début des activités.

4.4 Taux de mortalité attribuable au cancer du sein chez les femmes de 55 à 74 ans

Qu'en 2008, on observe une réduction d'au moins 25 % du taux de mortalité liée au cancer du sein chez les femmes âgées de 55 à 74 ans.

Méthode

Indicateur

Taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes de 55 à 74 ans.

Résultat

Dans le plan de surveillance publié au printemps 2000, le taux comparatif de mortalité est un indicateur retenu. Cependant, il est encore trop tôt pour avoir des données. Il faudra attendre encore quelques années pour pouvoir mesurer l'effet du programme.

PRIORITÉ 5

LE TABAGISME



Faits saillants

Les résultats attendus portent sur la prévention du tabagisme dans les écoles primaires et secondaires, sur la réduction du tabagisme chez les jeunes et les adultes ainsi que sur les programmes de soutien à l'abandon du tabagisme.

L'application d'une stratégie de prévention du tabagisme dans les écoles primaires et secondaires a été mesurée à l'aide d'un questionnaire. L'objectif est atteint dans deux régions. Ce sont 46 % des écoles primaires, soit 990, et 19 % des élèves, soit 104 177 ainsi que 38 % des écoles secondaires, soit 276, et 21 % des élèves, soit 89 435, qui ont pu être touchés par au moins un programme de prévention dans seize régions.

Les données les plus récentes concernant les taux de tabagisme chez les personnes de 15 ans ou plus proviennent de deux enquêtes, soit l'*Enquête sociale et de santé 1998* menée par l'Institut de la statistique du Québec et l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* menée par Santé Canada en 2000. Selon les données de ces enquêtes, la proportion de fumeurs (réguliers et occasionnels) parmi la population de 15 ans ou plus au Québec était de 34 % en 1998 et de 28 % en 2000.

En ce qui concerne la proportion des jeunes du secondaire consommant régulièrement ou occasionnellement du tabac, l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*, menée par Santé Québec, permettra de suivre l'évolution des comportements tabagiques des jeunes. Les seuls résultats connus de cette enquête sont ceux de 1998. Les résultats de l'enquête effectuée en 2000 ont été publiés en novembre 2001, trop tard pour qu'il en soit tenu compte ici.

Les services de soutien à l'abandon du tabagisme retenus pour le présent bilan sont l'information et la référence, le counseling individuel ainsi que le counseling de groupe. Chacun de ces trois types de services existe dans la majorité des régions. On observe une légère augmentation de l'accessibilité des services par rapport à l'an dernier. Dans seize régions, la promotion est assurée par au moins un moyen et se fait de façon continue, c'est-à-dire au moins une fois l'an.

5.1 Stratégie de prévention du tabagisme

Qu'en 1998, une stratégie de prévention du tabagisme soit appliquée dans toutes les écoles primaires et secondaires du Québec.

Méthode

Définition

La définition d'une stratégie de prévention du tabagisme a été révisée pour le présent bilan.

Elle se limite aux activités parascolaires portant sur la prévention du tabagisme réalisées dans les écoles primaires et secondaires.

Indicateur

Proportion des écoles ayant appliqué une stratégie de prévention du tabagisme.

Collecte des données

Dans toutes les régions, un questionnaire a été rempli et des réponses à la majorité des questions ont été fournies.

Population touchée par des programmes ou des activités

Pour chaque type de programme ou d'activité, le questionnaire permettait, dans un premier temps, d'indiquer le nombre d'élèves du primaire touchés par ces programmes ou activités ainsi que le nombre d'écoles primaires à qui étaient offerts ces programmes ou activités¹.

Dans un second temps, on devait indiquer le nombre d'écoles et d'élèves touchés par au moins un programme ou une activité ainsi que le nombre d'élèves inscrits et le nombre total d'écoles primaires dans la région.

La même collecte de données a été effectuée au secondaire.

Résultats

Population touchée par des programmes ou des activités

Six régions ont mis en place le programme *La gang allumée* dans 52 écoles sur 2 163, ce qui a permis de sensibiliser 10 367 élèves sur 552 025 du primaire (cf. tableau 5.1a). Au secondaire, ce programme a été offert dans dix régions, touchant 172 écoles sur 734 et 35 211 élèves sur 427 035 (cf. tableau 5.1c). Au total, 224 écoles primaires et secondaires ont offert le programme et ce sont 45 578 élèves qui en ont bénéficié au Québec².

1. *La gang allumée*, Sam Chicotte, *Méchant problème*, In Vivo et autres.

2. Selon une enquête réalisée par le Conseil québécois du tabagisme et de la santé, il existe 264 programmes « La gang allumée » au Québec. L'écart entre ces résultats et ceux mentionnés ci-haut est attribuable à l'existence du programme dans des maisons de jeunes.

Concernant le programme *Sam Chicotte*, il se retrouve seulement dans une région au niveau primaire, touchant 3 522 élèves (cf. tableau 5.1a). Aucune région ne l'a offert au secondaire (cf. tableau 5.1c). Le programme *Méchant problème* a été proposé dans six régions au primaire, où 22 765 élèves en ont bénéficié (cf. tableau 5.1a), ainsi que dans une seule région au secondaire, touchant 1 000 élèves (cf. tableau 5.1c).

La tournée *In Vivo* fut présentée dans deux régions au primaire (cf. tableau 5.1a), devant 1 560 élèves de 24 écoles, et dans onze régions au secondaire, devant 12 472 élèves de 42 écoles (cf. tableau 5.1c).

D'autres types de programmes¹ dont il n'est pas fait mention ont aussi été offerts dans plusieurs régions. Au primaire, 62 227 élèves de neuf régions ont été sensibilisés par ces programmes (cf. tableau 5.1a) et, au secondaire, 60 184 élèves de sept régions en ont bénéficié (cf. tableau 5.1b).

Au total, ce sont 46 % des écoles (990 sur 2 163) et 19 % des élèves (104 177 sur 552 025) dans seize régions qui ont été touchés au primaire (cf. tableau 5.1b). Au secondaire, ce sont 38 % des écoles (276 sur 734) et 21 % des élèves (89 435 sur 427 035) qui ont bénéficié de programmes de prévention du tabagisme (cf. tableau 5.1d).

Conclusion

Selon les données recueillies, l'objectif voulant qu'une stratégie de prévention du tabagisme soit appliquée dans toutes les écoles primaires et secondaires du Québec n'a été atteint que partiellement : 46 % des écoles primaires et 38 % des écoles secondaires ont utilisé une telle stratégie. Des efforts supplémentaires seront investis au cours de la prochaine année.

Dans deux régions, toutes les écoles et tous les élèves ont été touchés par au moins un programme, tant au primaire qu'au secondaire. Cependant, dans trois régions, il n'existe ni programme ni activité au primaire et dans quatre régions, aucun programme n'est offert au secondaire. Enfin, dans quinze régions, on offre au moins un programme de prévention au primaire et dans quatorze régions, on en offre au moins un au secondaire.

1 . Défi *J'arrête, j'y gagne !*, cahier à colorier *Une vie sans fumée*, *Brigade santé*, *Spectacle sans fumée*, concours de dessin, affiches, etc.

Tableau 5.1a Stratégie de prévention du tabagisme – Populations touchées par des programmes ou activités au primaire, 2000-2001

Régions ¹	La gang allumée		Sam Chicotte		Méchant problème		In vivo		Autres	
	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves
01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02	0	0	0	0	0	0	0	0	10	800
03	0	0	0	0	0	0	16	1 200	175	50 000
04	0	0	0	0	91	4 725	8	360	0	0
05	0	0	0	0	12	360	0	0	0	0
06	4	310	0	0	0	0	0	0	0	0
07	2	799	0	0	62	1 728	0	0	75	2 022
08	7	210	0	0	0	0	0	0	16	5 570
09	24	3 326	0	0	13	440	0	0	3	440
10	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1 480
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	140	5 800	0	0	0	0
13	12	5 022	0	0	0	0	0	0	1	60
14	0	0	73	3 522	0	0	0	0	0	0
15	3	700	0	0	0	0	0	0	36	1 815
16	0	0	0	0	164	9 712	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	1	40
Total	52	10 367	73	3 522	482	22 765	24	1 560	326	62 227

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 5.1b Stratégie de prévention du tabagisme – Populations du primaire touchées par au moins un programme ou une activité, 2000-2001

Régions ¹	Nombre d'écoles primaires où l'on offre au moins un programme	Nombre d'élèves au primaire qui bénéficient d'au moins un programme	Nombre d'écoles primaires dans la région	Nombre d'élèves au primaire dans la région
01	0	0	136	17 400
02	119	4 800	119	21 000
03	175	50 000	175	50 000
04	91	4 725	n.d.	n.d.
05	12	360	114	22 300
06	4	310	391	118 459
07	93	4 400	93	28 616
08	23	5 780	106	14 905
09	35	3 568	51	7 099
10	9	1 480	9	1 480
11	0	0	49	7 903
12	140	8 500	158	30 526
13	12	5 082	77	31 210
14	73	2 905	127	33 842
15	39	2 515	138	41 691
16	164	9 712	406	123 737
17	0	0	14	1 857
18	1	40	n.d.	n.d.
Total	990	104 177	2 163	552 025

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 5.1c Stratégie de prévention du tabagisme – Populations touchées par des programmes ou activités au secondaire, 2000-2001

Régions ¹	<i>La gang allumée</i>		<i>Sam Chicotte</i>		<i>Méchant problème</i>		<i>In vivo</i>		Autres	
	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves	Nombre d'écoles	Nombre d'élèves
01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02	8	2 475	0	0	0	0	3	4 000	35	500
03	0	0	0	0	0	0	17	1 300	51	35 000
04	0	0	0	0	0	0	1	730	0	0
05	0	0	0	0	11	1 000	5	800	0	0
06	52	18 308	0	0	0	0	0	0	0	0
07	4	4 000	0	0	0	0	0	0	15	15 650
08	5	2 600	0	0	0	0	6	2 250	3	4 760
09	12	3 762	0	0	0	0	0	0	3	542
10	0	0	0	0	0	0	2	382	5	1 387
11	0	0	0	0	0	0	1	350	0	0
12	4 ²	n.d.	0	0	0	0	1	500	0	0
13	6	1 779	0	0	0	0	0	0	2	2 245
14	5	407	0	0	0	0	1	200	0	0
15	3	1 100	0	0	0	0	2	850	0	0
16	73	780	0	0	0	0	3	1 110	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	172	35 211	0	0	11	1 000	42	12 472	115	60 184

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Activités organisées sans être chapeautées par le programme *La gang allumée*.

Tableau 5.1d Stratégie de prévention du tabagisme – Populations du secondaire touchées par au moins un programme ou une activité, 2000-2001

Régions ¹	Nombre d'écoles secondaires où l'on offre au moins un programme	Nombre d'élèves au secondaire qui bénéficient d'au moins un programme	Nombre d'écoles secondaires dans la région	Nombre d'élèves au secondaire dans la région
01	0	0	34	12 600
02	35	4 000	35	18 000
03	51	35 000	51	35 000
04	0	0	n.d.	n.d.
05	16	1 800	27	17 900
06	52	18 308	223	96 109
07	15	8 000	18	18 369
08	14	7 910	22	25 481
09	15	5 169	33	5 744
10	5	1 387	5	1 387
11	1	350	21	7 382
12	0	0	38	25 500
13	7	3 824	28	18 609
14	6	607	25	21 438
15	3	1 100	38	27 800
16	55	1 880	122	94 916
17	1	100	14	800
18	0	0	n.d.	n.d.
Total	276	89 435	734	427 035

1. Voir la liste des régions à la page 15.

5.2 Réduction du tabagisme chez les 15 ans ou plus

Que, d'ici 2002, la population québécoise âgée de 15 ans ou plus composée de fumeurs réguliers ou occasionnels passe de 35,4 % (pourcentage de 1994) à 28 %.

Méthode

Définition

Le fumeur **régulier** ou quotidien est celui qui déclare fumer tous les jours au moment de l'enquête.

Le fumeur **occasionnel** est celui qui dit fumer à l'occasion au moment de l'enquête.

Le fumeur **actuel** est celui qui rapporte fumer au moment de l'enquête. Cette catégorie comprend les fumeurs réguliers et les fumeurs occasionnels.

Indicateurs

- Proportion de fumeurs réguliers parmi la population âgée de 15 ans ou plus ;
- proportion de fumeurs occasionnels parmi la population âgée de 15 ans ou plus.

Collecte des données

L'information relative à la proportion de fumeurs actuels est issue de deux enquêtes : l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* et l'*Enquête sociale et de santé 1998*.

Résultats

Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*, on estime que 34 % des Québécois âgés de 15 ans ou plus fument la cigarette, soit 31 % tous les jours et 3,5 % à l'occasion. On observe que 33 % des femmes et 35 % des hommes fument.

La proportion de fumeurs diffère selon les régions (*cf.* tableau 5.2a). Toutefois, afin de comparer les régions entre elles, des tests statistiques sont nécessaires pour vérifier si les différences observées sont significatives ou non.

Tableau 5.2a Proportion de fumeurs selon la région au Québec

Région	Fumeurs
Lanaudière	41 %
Nord-du-Québec	40 %
Abitibi-Témiscamingue	39 %
Outaouais	38 %
Côte-Nord	38 %
Laurentides	36 %
Laval	35 %
Saguenay–Lac-Saint-Jean	34 %
Mauricie et Centre-du-Québec	34 %
Estrie	34 %
Montréal-Centre	33 %
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	33 %
Chaudière-Appalaches	33 %
Montérégie	33 %
Québec	31 %
Bas-Saint-Laurent	29 %
Nunavik	n. d.
Terres-Cries-de-la-Baie-James	n. d.

Source : *Enquête sociale et de santé 1998*.

Selon l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* menée par Santé Canada en 2000, la proportion de fumeurs actuels chez les 15 ans ou plus est de 28 % au Québec. Au Canada, cette proportion s'élève à 24 %, 23 % étant des femmes et 26 %, des hommes.

Dans ces deux enquêtes, le fumeur actuel est celui qui déclare faire usage de la cigarette au moment de l'enquête. Les fumeurs actuels comprennent les fumeurs réguliers (qui fument tous les jours) et les fumeurs occasionnels.

Conclusion

Selon les données présentées, la proportion de fumeurs (réguliers et occasionnels) parmi la population âgée de 15 ans ou plus au Québec était de 28 % en 2000. Il est important de continuer à suivre l'évolution du tabagisme dans cette population afin de vérifier si la baisse observée se maintient dans le temps.

5.3 Réduction du tabagisme chez les jeunes

Que, d'ici 2002, la proportion des jeunes du secondaire consommant régulièrement ou occasionnellement du tabac baisse de 22 % (pourcentage de 1994) à 13 % chez les garçons, et de 36 % (pourcentage de 1994) à 20 % chez les filles.

Méthode

Définitions

Les **fumeurs actuels** incluent les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels ; ils ont fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie et ils ont fait usage de la cigarette au cours des 30 jours précédant l'enquête (critère supplémentaire depuis 1994).

Les **fumeurs quotidiens** sont les personnes ayant fumé tous les jours au cours des 30 jours précédant l'enquête.

Les **fumeurs occasionnels** sont les personnes ayant fumé la cigarette au cours des 30 jours précédant l'enquête, mais pas de façon quotidienne.

Population : les jeunes de la 1^{re} à la 5^e année du secondaire des secteurs public et privé, francophones et anglophones, de toutes les régions (sauf les écoles amérindiennes).

Indicateurs

- Proportion de jeunes fumeurs actuels selon le sexe ;
- proportion de jeunes fumeurs quotidiens selon le sexe ;
- proportion de jeunes fumeurs occasionnels selon le sexe ;

Collecte des données

L'information sur le tabagisme chez les jeunes est obtenue par l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*, menée par Santé Québec, pour le compte du Ministère, tous les deux ans depuis l'automne 1998. Les seuls résultats connus de cette enquête sont ceux de 1998, présentés en novembre 1999. Les résultats de l'enquête effectuée en 2000 dans les écoles ont été publiés en novembre 2001, trop tard pour en faire état dans le présent bilan.

Résultats

Rappelons qu'en 1998, 20 % des adolescents québécois fréquentant une école secondaire étaient des fumeurs actuels (quotidiens ou occasionnels).

La proportion de fumeurs actuels était de 17,3 % chez les garçons et de 22,5 % chez les filles. Chez les garçons, il y avait 10,6 % de fumeurs quotidiens et 6,7 % de fumeurs occasionnels. Chez les filles, on comptait 13,5 % de fumeuses quotidiennes et 9,1 % de fumeuses occasionnelles.

Discussion

Il est impossible de comparer les taux de tabagisme chez les jeunes entre 1994 et 1998, tant au niveau national qu'au niveau régional, puisque les définitions et les questions ne sont pas les mêmes d'une enquête à l'autre. Toutefois, l'analyse des données de 2000, publiées en novembre 2001, permettra de mieux connaître l'évolution du tabagisme chez les jeunes du secondaire entre 1998 et 2000 puisque les données sont issues de la même étude.

Conclusion

On constate que le nombre de fumeurs actuels est encore élevé par rapport à l'objectif visé. Les données semblent indiquer une tendance à la baisse entre 1994 et 1998. Il faut toutefois analyser les résultats de l'enquête de l'an 2000 pour vérifier cette tendance. Il est important de rappeler que les différences dans les méthodes, mentionnées plus haut, limitent la comparabilité des résultats nationaux et régionaux. Par ailleurs, les résultats indiquent que la proportion de filles faisant usage de tabac est plus élevée que celle des garçons. *L'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire* permettra de suivre l'évolution des comportements tabagiques des jeunes.

5.4 Soutien à l'abandon du tabagisme

Que, d'ici 1998, des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme soient accessibles à la population dans toutes les régions du Québec et que la promotion de ces programmes soit assurée.

Méthode

Définition

Une méthode d'arrêt tabagique peut être individuelle ou de groupe. Elle peut comprendre un soutien (de nature interpersonnelle) et des outils (documentation, cassette audio, etc.).

Les **services de soutien à l'abandon du tabagisme** ont été classés selon trois types : les services d'information et de référence, les services de counseling individuel et les services (ou méthodes) de groupe.

Le **service d'information et de référence** est un service de courte durée (approximativement dix minutes) généralement donné au téléphone et pouvant être complété par la transmission de documents. Il s'agit d'une démarche qui répond à une demande précise de la personne qui fume.

Le **service de counseling individuel** se caractérise par une démarche structurée et séquentielle, étalée dans le temps, dont le but est de faire progresser le fumeur selon les étapes de changement de comportement vers l'abandon. Ce service peut être donné au cours d'une rencontre ou au téléphone par des professionnels de la santé, par des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ou d'autres intervenants spécialisés travaillant pour un organisme à but lucratif ou à but non lucratif mais mandatées par le réseau. Pour le bilan actuel, les services privés dont ceux de type alternatif (acupuncture, hypnose, etc.) n'ont pas été considérés dans la compilation sauf s'ils bénéficient d'un lien contractuel avec un établissement de santé.

Le **service (ou méthode) de groupe** se distingue du counseling individuel par le fait qu'il est offert pour aider un groupe de fumeurs à progresser dans une démarche d'abandon du tabagisme. Les intervenants appartiennent aux trois catégories énumérées pour le counseling individuel.

La **promotion des programmes** de soutien à l'abandon du tabagisme consiste à faire connaître les services (ou méthodes) offerts à la population, et ce, de façon continue, c'est-à-dire au moins une fois par année. La promotion est assurée par les régies régionales et leurs partenaires. Les moyens utilisés pour informer la population sont la distribution sur demande ou la diffusion d'un inventaire des services (ou méthodes) offerts dans certains points de services ou établissements de santé, la distribution de matériel promotionnel (affiches, dépliants ou autres) et la publicité dans les médias.

Indicateurs

- Nombre de régions où sont offerts les trois types de services jugés accessibles dans chaque territoire de CLSC ;
- nombre de régions où la promotion continue des services (ou méthodes) de soutien à l'abandon du tabagisme est assurée par au moins un des moyens énoncés dans la définition.

Collecte des données

Dans toutes les régions, le questionnaire a été rempli et des réponses à la majorité des questions ont été fournies.

Accessibilité des services et renseignements supplémentaires

Pour chaque type de service¹, le questionnaire permettait, dans un premier temps, d'énumérer les services (ou méthodes) offerts dans la région. On devait ensuite préciser le nombre de territoires de CLSC où chacun de ces services était offert.

Dans un second temps, on devait indiquer la population visée par ces services ou méthodes, le coût et le nombre de participants par année.

Promotion des programmes

Le questionnaire portant sur la promotion des services (ou méthodes) pour cesser de fumer offerts dans les régions visait à connaître les moyens utilisés par les régions régionales de la santé et des services sociaux pour informer la population, à savoir :

- la distribution sur demande d'un inventaire des services (ou méthodes) existants ;
- la diffusion, dans certains points de services ou établissements de santé, d'un inventaire des services (ou méthodes) existants ;
- la distribution de matériel promotionnel (affiches, dépliants ou autres) dans les CLSC, les cabinets de médecins, les centres hospitaliers et les lieux de travail ;
- la publicité dans les médias ;
- d'autres moyens (à préciser).

En dernier lieu, on devait indiquer si cette promotion se faisait de façon continue.

Résultats

Accessibilité des services et renseignements supplémentaires

Services d'information et de référence

Dans seize régions, on offre au moins un service d'information et de référence dans chaque territoire de CLSC (cf. tableau 5.4a). Une seule région n'offre aucun service d'information et de référence spécifique à sa région.

Par ailleurs, il existe des services d'information et de référence offerts à toute la population québécoise puisqu'ils sont accessibles dans toutes les régions du Québec ; mentionnons la ligne 1 888 Poumon-9 de l'Association pulmonaire du Québec et la ligne

1. Les services d'information et de référence, les services de counseling individuel et les services (ou méthodes) de groupe.

d'information de la Société canadienne du cancer. Certaines compagnies pharmaceutiques ont aussi des services téléphoniques pour donner de l'information sur les thérapies de remplacement de la nicotine. Dans la présente analyse, seuls les services régionaux ont été répertoriés.

Le service le plus souvent mentionné dans l'ensemble est la ligne téléphonique Info-Santé CLSC. On mentionne aussi l'information par téléphone ou la distribution de matériel, soit par les régies régionales, soit par les CLSC ou par des partenaires, souvent des organismes de santé.

En ce qui concerne les populations visées, des services s'adressent à la population de fumeurs en général dans quinze régions. Deux régions offrent un service d'information et de référence seulement à une population particulière de fumeurs, soit d'adultes, soit d'adolescents. Cinq régions offrent, en plus d'un ou des services s'adressant aux fumeurs en général, un ou des services qui visent une population particulière tels les adultes ou adolescents fumeurs, les médecins et professionnels de la santé, les employés et gestionnaires (cf. tableau 5.4a).

Pour ce qui est des coûts et du nombre de participants, l'absence de données se justifie par la nature même des services. Dans la majorité des régions, l'information est donnée par des professionnels de la santé, Info-Santé, les CLSC, stands d'information, dépliants, etc. Les données relatives à ces diverses activités sont difficilement comptabilisables.

Services de counseling individuel

Les services de counseling individuel sont offerts dans toutes les régions du Québec. Dans treize régions, au moins un service de counseling individuel est offert dans tous les territoires de CLSC (cf. tableau 5.4b).

Ils regroupent les services d'aide aux fumeurs, le counseling par des professionnels de la santé, en personne ou au téléphone, etc.

Ces services peuvent être offerts à la population de fumeurs en général ou à des populations particulières de fumeurs : femmes enceintes, adolescents, personnes hospitalisées, travailleurs.

Dans seulement cinq régions, on a des données concernant les coûts qui varient de 75 \$ à 425 \$. Dans onze régions, on a pu fournir de l'information sur le nombre de participants par année qui ont utilisé les services ou les méthodes ; ce nombre varie de 3 à 500 personnes.

Services (ou méthodes) de groupe

Les services (ou méthodes) de groupe sont offerts dans dix-sept régions. Dans huit de ces régions, ils sont proposés dans tous les territoires de CLSC (cf. tableaux 5.4c et 5.4e).

Les méthodes et les programmes sont variés : *Oui, j'arrête !*, *Santé sans fumée*, *Oxygène*, *Respirez à pleins poumons*, *Devenir non-fumeur pour la vie*, etc.

Les services (ou méthodes) de groupe visent sensiblement les mêmes populations que le counseling individuel, à l'exception des fumeurs hospitalisés qui n'en bénéficient pas. Cependant, les personnes à faible revenu et les récents ex-fumeurs sont mentionnés.

Les coûts pour les services de groupe sont connus dans neuf régions ; ils varient de 20 \$ à 425 \$. Dans quatorze régions, les données sur le nombre de participants par année varient de 4 à 600 personnes.

Promotion des programmes

Moyens de promotion utilisés

Dans les dix-huit régions, on utilise au moins un des moyens présentés plus haut pour faire la promotion des programmes (cf. tableau 5.4d). Dans quatorze régions, on mentionne d'autres moyens de nature variée.

Promotion de façon continue

Dans seize régions, la promotion des services (ou méthodes) pour cesser de fumer se fait de façon continue, soit au moins une fois par an, pour l'ensemble des moyens (cf. tableau 5.4d).

Discussion

Dans six régions, on offre les trois types de services (jugés accessibles) dans chaque territoire de CLSC (cf. tableau 5.4e). La très grande majorité des régions régionales de la santé et des services sociaux, soit seize d'entre elles, indiquent qu'il existe au moins un service d'information et de référence dans tous leurs territoires de CLSC. En ce qui concerne les services de counseling individuel, ils ont cours dans tous les territoires de CLSC de treize régions. Les services de groupe, quant à eux, sont offerts dans tous les territoires de CLSC de huit régions. Les programmes, les méthodes ou les services d'arrêt tabagique sont différents d'une région à une autre.

Il est à préciser que chacun des trois types de services de soutien à l'abandon du tabagisme existe dans au moins dix-sept des dix-huit régions ; de plus, sans être universels, les trois types de services existent dans une forte proportion de territoires de CLSC.

Par ailleurs, dans toutes les régions, on fait la promotion des services pour cesser de fumer par au moins un moyen auprès de la population. Dans seize régions, cette promotion se fait de façon continue. Cependant, l'intensité et la fréquence des activités de promotion varient d'une région à l'autre selon les moyens retenus.

En comparant les résultats du présent bilan avec ceux du précédent bilan (cf. tableau 5.4f), on constate quelques changements dans l'offre de service de soutien à l'abandon du tabagisme et dans l'accessibilité à ces services. Plus précisément, le nombre de régions où sont offerts des services d'information et de référence est resté le même que l'an passé, soit seize ; pour ce qui est de l'offre de service de counseling individuel dans tous les territoires de CLSC, le nombre est passé de onze à treize. Il faut noter que le changement dans la définition des services de counseling individuel en ce qui a trait aux services privés (cf. section 5.4 - Méthode), a pu influencer les résultats à la baisse pour certaines régions, masquant ainsi les progrès obtenus dans d'autres régions.

Concernant les services ou méthodes de groupe, ils étaient offerts dans tous les territoires de CLSC de neuf régions dans le précédent bilan ; ce nombre est maintenant de huit régions ; cette baisse pourrait s'expliquer par une demande insuffisante pour

former un groupe dans un territoire de CLSC, de sorte que la région n'a pas donné de service de groupe de façon uniforme pour tous ses territoires. Dans seize régions, on fait maintenant de la promotion de façon continue ; il y en avait dix-huit dans le précédent bilan.

Enfin, la proportion de régions où les trois types de services sont offerts dans tous les territoires de CLSC est passé de 39 % à 33 %, soit une région de moins. Toutefois, on constate qu'il est offert au moins deux types de services dans tous les territoires de CLSC dans 78 % des régions, comparativement à 66 % dans le bilan précédent. De même, il est offert des services de counseling individuel dans tous les territoires de CLSC dans 72 % des régions, comparativement à 61 % dans le bilan précédent.

Conclusion

De façon générale, on peut dire que le résultat attendu de rendre accessibles des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme à la population dans toutes les régions du Québec et d'assurer la promotion de ces programmes est atteint. Cependant, en précisant l'accessibilité comme la disponibilité de tous les types de services (information et référence, counseling individuel, services de groupe) dans tous les territoires de CLSC, il reste place à amélioration. On observe une augmentation particulièrement dans l'accessibilité des services de counseling individuel. Il est à espérer que l'ajout de ressources de 1,5 M\$ accordé pour l'ensemble du Québec en 2001-2002 contribuera à dépasser les résultats attendus dans le cadre des priorités nationales de santé publique.

Tableau 5.4a Soutien à l'abandon du tabagisme : services d'information et de référence, 2000-2001

Régions ¹	Services ou méthodes	Accessibilité	Renseignements supplémentaires		
	Nom ou type	Nombre de territoires de CLSC	Population visée	Coût (\$)	Nombre de participants par année
01	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
02	Info-Santé	6/6	Fumeurs en général	0	n.d.
	Professionnels de la santé : médecins, infirmières, pharmaciens, conseillers en promotion de la santé (DRSP)	6/6	Fumeurs en général	0	n.d.
03	<i>Clinique d'aide aux fumeurs</i> (Hôpital Laval)	8/8	Fumeurs en général	0	n.d.
	CLSC de la région	8/8	Fumeurs en général	0	n.d.
	Direction de la santé publique	8/8	Fumeurs en général	0	n.d.
04	<i>Répertoire des ressources et services pour cesser de fumer</i>	11/11	Fumeurs en général	0	n.d.
05	Soutien à la cessation	7/7	Adolescents fumeurs	0	466
06	Centre d'information et de référence du Grand Montréal	29/29	Fumeurs en général	0	n.d.
07	Info-Santé CLSC	8/8	Fumeurs en général	0	n.d.
	Intervenants en cessation tabagique	8/8	Adultes fumeurs	0	n.d.
	Professionnels (55) formés à l'intervention motivationnelle	7/8	Adultes fumeurs	0	n.d.
08	<i>Clinique du cœur</i>	5/6	Adultes fumeurs	0	n.d.
	Clinique médicale	6/6	Fumeurs en général	0	n.d.
	DSP (répondante régionale)	6/6	Fumeurs en général	0	n.d.
	Info-Santé	6/6	Fumeurs en général	0	n.d.
	Pharmacies	6/6	Fumeurs en général	0	n.d.
09	Info-Santé (en voie de développement)	2/6	Fumeurs en général	0	n.d.
10	<i>Devenir non-fumeur</i> (programme de groupe)	1/1	Fumeurs en général	0	n.d.
	Méthode autodidacte (fascicule d'Acti-Menu)	1/1	Fumeurs en général	0	n.d.
11	Service d'information et de référence dans les six territoires de CLSC	6/6	Fumeurs en général	0	n.d.
12	Information et référence	11/11	Adultes fumeurs	0	n.d.
13	Ligne d'information et d'inscription : <i>Info-Oxygène</i>	4/4	Fumeurs en général (particulièrement les adultes)	0	n.d.
	Info-Santé	4/4	Fumeurs en général	0	n.d.
	Programme <i>À Laval, on fait un tabac</i> : orientations par des professionnels de la santé et des intervenants du réseau	4/4	Fumeurs en général	0	n.d.
	Conférences et stands sur la cessation du tabagisme en milieu de travail	4/4	Employés et gestionnaires	0	n.d.
	Stands d'information et de références	4/4	Fumeurs en général et médecins	0	n.d.
	Dépliants ou aide-mémoire	4/4	Adultes fumeurs	0	n.d.

Régions ¹	Services ou méthodes	Accessibilité	Renseignements supplémentaires		
	Nom ou type	Nombre de territoires de CLSC	Population visée	Coût (\$)	Nombre de participants par année
14	DSP (équipe tabac)	6/6	Fumeurs en général	0	n.d.
	Info-Santé	6/6	Fumeurs en général	0	n.d.
15	Ligne téléphonique <i>Troquez vos trucs pour cesser de fumer</i>	7/7	Fumeurs en général	0	300
	Mise à jour et diffusion du dépliant intitulé <i>Outil et ressources pour cesser de fumer dans la région des Laurentides</i>	7/7	Fumeurs en général	0	n.d.
	Info-Santé	7/7	Fumeurs en général	n.d.	n.d.
16	Équipe tabac DSP	19/19	Fumeurs en général, employeurs, intervenants du réseau de la santé	0	n.d.
	Info-Santé CLSC	19/19	Fumeurs en général	0	n.d.
	Médecins de pratique privée	19/19	Fumeurs en général (patients)	0	n.d.
	Responsables des groupes d'aide à cesser de fumer en CLSC	19/19	Fumeurs en général, milieux de travail et scolaire	0	n.d.
17	<i>Breathing easy</i>	2/2	Fumeurs en général	0	n.d.
	<i>How to quit smoking and stay quit</i>	2/2	Fumeurs en général	0	n.d.
	<i>J'arrête, j'y gagne</i>	2/2	Adolescents fumeurs	0	n.d.
18	Service d'information et de référence	1/1	Fumeurs en général	n.d.	n.d.

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 5.4b Soutien à l'abandon du tabagisme : services de counseling individuel, 2000-2001

Régions ¹	Services ou méthodes	Accessibilité	Renseignements supplémentaires		
	Nom ou type	Nombre de territoires de CLSC	Population visée	Coût (\$)	Nombre de participants par année
01	Individuel	5/8	Fumeurs hospitalisés	0	500
02	Programme <i>Nicot</i> offert par le Groupe de recherche et d'aide psychosociale (GRAP)	4/6	Travailleurs fumeurs	250	100
	Service d'aide à l'arrêt tabagique offert par des infirmières de CLSC	6/6	Femmes enceintes fumeuses	0	n.d.
03	<i>Clinique d'aide aux fumeurs</i> (Hôpital Laval)	8/8	Fumeurs en général	150	46
	<i>Clinique d'intervention tabagique</i> (UMF Enfant-Jésus)	1/8	Fumeurs en général	0	150
	Club Bon Cœur des cardiaques de Charlevoix	1/8	Fumeurs en général	125	10
	Club Cardio santé de Charlevoix Est	1/8	Fumeurs en général	125	3
04	<i>Des médecins actifs pour contrer le tabagisme</i>	5/11	Fumeurs en général	0	n.d.
05	Soutien à l'abandon	7/7	Adolescents fumeurs	0	70
06	<i>Centre d'abandon du tabac</i> du CHUM	29/29	Fumeurs en général	95	n.d.
	<i>Devenir non-fumeur pour la vie</i> , de l'Institut thoracique	29/29	Fumeurs patients de l'Institut	0	n.d.
	Hôpital Mont-Sinaï	29/29	Fumeurs en général	250	n.d.
	Médecins omnipraticiens formés en counseling tabagique	14/29	Fumeurs en général	0	n.d.
07	Médecins en CLSC	2/8	Fumeurs en général (adultes surtout)	0	n.d.
	Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i>	2/8	Adolescents fumeurs	0	n.d.
	Programme <i>Santé sans fumée</i>	2/8	Adultes fumeurs	0	82
08	Infirmière en milieu scolaire	2/6	Adolescents fumeurs	0	n.d.
	Omnipraticiens	6/6	Fumeurs en général	0	n.d.
	Pharmaciens	6/6	Fumeurs en général	0	n.d.
09	Service basé sur le changement de comportement au Centre hospitalier régional de Baie-Comeau	2/7	Fumeurs hospitalisés	0	33
	Counseling individuel fait par un médecin du CLSC des Sept-Rivières	1/7	Fumeurs orientés vers le CLSC	0	n.d.

Régions ¹	Services ou méthodes	Accessibilité	Renseignements supplémentaires		
	Nom ou type	Nombre de territoires de CLSC	Population visée	Coût (\$)	Nombre de participants par année
10	Clinique d'arrêt tabagique du Nord-du-Québec	1/1	Fumeurs en général	0	n.d.
11	Counseling individuel et évaluation du fumeur	3/6	Fumeurs en général	0	20
	<i>Grossesse sans tabac</i>	5/6	Femmes enceintes fumeuses	0	30
	Soutien téléphonique à l'Info-Santé	6/6	Fumeurs en général	0	n.d.
12	Counseling individuel	11/11	Adolescents fumeurs	0	n.d.
	Counseling individuel	3/11	Adultes fumeurs	0	n.d.
13	Counseling médical antitabagique	4/4	Fumeurs en général	n.a.	n.d.
	Centre cardiovasculaire de Laval	4/4	Adultes fumeurs – patients de la clinique	n.a.	n.d.
	<i>Méthode Oxygène</i> – version individualisée	4/4	Adultes fumeurs	75	n.d.
	Programme <i>À Laval, on fait un tabac</i> , counseling antitabagique – intervention brève par les professionnels de la santé et les intervenants du réseau	4/4	Fumeurs en général	0	n.d.
	Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i> – version individualisée	4/4	Adolescents fumeurs (en milieu scolaire, de 12 à 16 ans)	0	n.d.
14	Clinique tabac (médecin)	1/6	Fumeurs en général (dirigés vers ce service par un médecin)	0	90
15	Counseling individuel fait par les professionnels de la santé (médecins, infirmières ou autres)	7/7	Fumeurs en général	n.d.	n.d.
	Counseling individuel pour personnes hospitalisées de l'Hôpital Saint-Jérôme	1/7	Fumeurs hospitalisés	n.d.	n.d.
16	Centre Vivre mieux sans fumer	1/19	Fumeurs en général	425	45
	Médecins omnipraticiens et obstétriciens formés en counseling bref	13/19	Fumeurs en général (patients) et femmes enceintes fumeuses	0	n.d.
	Service donné par les animateurs du programme de groupe et par les médecins en CLSC	19/19	Fumeurs en général	0	n.d.
17	Agents pharmaceutiques et counseling par les médecins ou infirmières	2/2	Fumeurs en général	0	107
18	Counseling individuel	1/1	Fumeurs en général	n.d.	n.d.

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 5.4c Soutien à l'abandon du tabagisme : services (ou méthodes) de groupe, 2000-2001

Régions ¹	Services ou méthodes	Accessibilité	Renseignements supplémentaires		
	Nom ou type	Nombre de territoires de CLSC	Population visée	Coût (\$)	Nombre de participants par année
01	<i>Oui, j'arrête !</i>	8/8	Fumeurs en général	20	100
02	<i>Oui, j'arrête !</i>	3/6	Fumeurs à faible revenu	0	64
03	Clinique d'aide aux fumeurs (Hôpital Laval)	8/8	Fumeurs en général	100	76
	Programme <i>J'arrête</i> (CLSC de la région)	8/8	Fumeurs en général	25	n.d.
	Club Bon Cœur des cardiaques de Charlevoix	1/8	Fumeurs en général	50	0
	Club Cardio santé de Charlevoix Est	1/8	Fumeurs en général	55	20
	Programme <i>Vivre sans fumée</i> , du YMCA	8/8	Femmes fumeuses	100	25
04	<i>Oui, j'arrête !</i>	11/11	Adultes fumeurs	0	116
05	<i>Oui, j'arrête !</i>	5/7	Femmes fumeuses	0	80
06	<i>Oui, j'arrête !</i>	1/29	n.d.	n.d.	n.d.
	<i>Devenir non-fumeur pour la vie</i> , Institut thoracique	29/29	Adultes fumeurs - clients de l'Institut	0	n.d.
	<i>Vivre mieux sans fumer</i> , du CVMSF	29/29	n.d.	180	n.d.
07	Programme <i>Jeunes sans fumée</i>	2/8	Adolescents fumeurs	0	n.d.
	Programme <i>Santé sans fumée</i>	7/8	Adultes fumeurs	0	171
08	Sessions ateliers <i>Oui, j'arrête !</i>	1/6	Adultes fumeurs	40	4
	Sessions ateliers <i>Oui, j'arrête !</i>	2/6	Adultes fumeurs	0	24
	Sessions <i>Bien respirer pour mieux vivre</i>	1/6	Adultes fumeurs	100	12
09	Programme <i>Oui, j'arrête !</i>	2/7	Fumeurs en général (1/7)	n.d.	60
			Fumeurs en général et en milieu de travail (1/7)		
10	Programme <i>Oui, j'arrête !</i>	1/1	Fumeurs en général	0	n.d.
11	<i>Oui, j'arrête !</i>	3/6	Adultes fumeurs	0	90
12	<i>Oui, j'arrête !</i>	11/11	Adultes fumeurs	25	217
13	Méthode <i>Oxygène</i> - version pour les groupes	4/4	Adultes fumeurs	45	n.d.
	Programme <i>J'arrête pour la vie</i> , Centre cardio-vasculaire de Laval	4/4	Adultes fumeurs – patients de la clinique	185	n.d.
	Groupe de soutien pour récents ex-fumeurs (animé par des bénévoles spécialement formés à cet effet)	4/4	Adultes ex-fumeurs récents	0	n.d.
	Programme <i>Ça vient de s'éteindre</i> – version pour les groupes	4/4	Adolescents fumeurs (en milieu scolaire, de 12 à 16 ans)	0	n.d.
14	Programme <i>Oui, j'arrête !</i>	5/6	Adultes fumeurs	20	60
15	Programme <i>Devenir non-fumeur pour la vie</i>	6/7	Adultes fumeurs	20	80
16	Centre la Délivrance	1/19	Fumeurs en général	320	9
	Centre <i>Vivre mieux sans fumer</i>	1/19	Fumeurs en général	425	45
	Groupe d'aide à cesser de fumer en CLSC	19/19	Fumeurs en général	0 à 25	600
17	<i>Breathing easy</i>	1/2	Fumeurs en général	0	n.d.
	<i>How to quit and stay quit</i>	1/2	Fumeurs en général	0	n.d.
18					

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 5.4d Promotion des services (ou méthodes) pour cesser de fumer, 2000-2001

Régions ¹	Moyens de promotion utilisés					Promotion de façon continue
	Inventaire sur demande	Inventaire dans des points de service	Matériel promotionnel	Publicité dans les médias	Autres	
01	Oui	Oui	Non	Non	Milieux de travail	Oui Mise à jour régulière et distribution.
02	Oui	Oui	Oui	Non	–	Oui Par la diffusion d'informations dans les hebdomadaires, par communiqué à l'occasion de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac et par communiqué à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac.
03	Oui	Oui	Oui	Oui	Clinique d'aide aux fumeurs (Hôpital Laval seulement)	Oui
	Oui	Oui	Oui	Oui	CLSC de la région, Programme <i>J'arrête</i>	Oui
04	Oui	Oui	Oui	Oui	Info-Santé dans certains territoires de CLSC	Oui Chaque organisme ou CLSC qui donne les services en assure la promotion dans sa communauté. Dans le cadre de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac : promotion régionale des services de soutien par les médias et par la diffusion du répertoire.
05	Non	Non	Non	Non	Population des 12-17 ans : promotion dans chaque école secondaire du programme <i>Ça vient de s'éteindre</i> par l'infirmière scolaire et aussi à l'occasion de la Semaine québécoise <i>Vers un avenir sans tabac</i> . Population des femmes en milieu défavorisé : Promotion dans les centres pour femmes ou Centre d'action bénévole des MRC offrant <i>Oui, j'arrête !</i> Dépliant offert dans les CLSC.	Non
06	Oui	Oui	Non	Non	Inventaire des ressources existantes sur le site Internet de la DSP.	Oui Correspondance au moins deux fois par année avec les médecins omnipraticiens et rappel de la possibilité de commander du matériel éducatif et des inventaires de ressources relativement à l'abandon du tabagisme.
07	Oui	Oui	Oui	Oui	Publicité : concours <i>J'arrête, j'y gagne</i> (journaux, radio, dépliants) ; de plus, interventions dans les lieux ciblés par la Loi sur le tabac, conférences ou formations s'adressant aux professionnels de la santé et à la population générale et réalisation et présentation d'une bande vidéo.	Oui Diffusion d'un répertoire des ressources liées à l'abandon du tabagisme (dépliants, lignes téléphoniques, sites Internet) auprès des entreprises et des professionnels de la santé. Diffusion du matériel publicitaire régional sur les services d'abandon du tabagisme (dépliants et affiches). Diffusion de l'horaire des programmes de groupe auprès des établissements de la santé, des médecins, des pharmaciens, des dentistes, des entreprises, du réseau scolaire et des municipalités.
08	Oui	Oui	Oui	Oui	Information fournie par la répondante régionale sur demande.	Oui Dans le cadre de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac.
09	Non	Non	Oui	Oui	–	Oui Émission d'un passeport santé au cours de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac.
10	Non	Non	Oui	Oui	Émissions à la radio et à la télévision communautaire.	Oui Diffusion de feuillets dans les casiers postaux ou dans les publisacs.

Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 4^e bilan

Régions ¹	Moyens de promotion utilisés					Promotion de façon continue
	Inventaire sur demande	Inventaire dans des points de service	Matériel promotionnel	Publicité dans les médias	Autres	
11	Non	Oui	Oui	Oui	Chacun des CLSC fait la promotion des services dans les médias au moment jugé opportun pour leur territoire respectif.	Non
12	Non	Non	Oui	Oui	Par l'entremise des professionnels de la santé	Oui Dépliants.
13	Oui	Oui	Oui	Oui	Campagnes d'information, annonces publicitaires, panneaux électroniques, campagne d'affichage, stands d'information et conférences, formation sur le counseling anti-tabagique, promotion du défi <i>J'arrête, j'y gagne</i> , liens Internet.	Oui Automne, hiver et printemps
14	Oui	Non	Oui	Oui	Ligne téléphonique <i>Troquez vos trucs</i> , napperons promotionnels	Oui Campagne d'information de janvier à avril, envoi massif deux fois par année.
15	Oui	Oui	Oui	Oui	Par l'intermédiaire des professionnels de la santé formés à l'abandon du tabagisme, des animateurs du programme <i>Devenir non-fumeur pour la vie</i> , de napperons promotionnels envoyés dans les aires des restauration de grands centres commerciaux et les cafétérias des hôpitaux de la région, d'Info-Santé CLSC, de la ligne téléphonique 1 8-- accessible quatre mois (de janvier à avril), d'émissions radiophoniques ou télévisées et de conférences de presse à l'occasion de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac.	Oui
16	Oui	Oui	Oui	Oui	Diffusion d'information et d'outils auprès d'entreprises à double contamination, d'intervenants en milieu scolaire, des centres de la petite enfance (CPE), à l'intérieur de publications intra-réseau (<i>À toute jeunesse</i> , <i>Le relais</i>), ainsi qu'à l'occasion d'événements particuliers (colloque de l'Association des médecins de langue française du Canada).	Oui Promotion rattachée à divers événements (Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, le DÉFI, la Journée mondiale sans tabac de l'OMS). Les CLSC font la promotion de leur groupe d'aide au moment opportun.
17	Non	Non	Oui	Oui	–	Oui 1) durant la Semaine nationale sans fumée ; 2) à l'assemblée générale annuelle de la Régie régionale de la santé et des services sociaux, où l'on retrouve les représentants des quatorze communautés de la région.
18	Non	Non	Oui	Non		Oui
Total	11	11	15	13		16

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 5.4e **Accessibilité à au moins un service pour cesser de fumer dans tous les territoires de CLSC de la région et promotion continue de ces services par au moins un moyen, 2000-2001**

Régions ¹	Service d'information et de référence	Service de counseling individuel	Service (ou méthode) de groupe	Promotion	
				Au moins un moyen	Façon continue
01	Non	Non	Oui	Oui	Oui
02	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
03 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
04	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
05	Oui	Oui	Non	Oui	Non
06 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
07	Oui	Non	Non	Oui	Oui
08	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
09	Non	Non	Non	Oui	Oui
10 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
11	Oui	Oui	Non	Oui	Non
12 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
13 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
14	Oui	Non	Non	Oui	Oui
15	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
16 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
17	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
18	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Total	16	13	8	18	16

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Région où l'on offre les trois types de services pour arrêter de fumer dans tous les territoires de CLSC.

Tableau 5.4f **Accessibilité à au moins un service pour cesser de fumer dans tous les territoires de CLSC de la région, 2000-2001**

Régions ¹	Service d'information et de référence		Service de counseling individuel		Service (ou méthode) de groupe	
	1999-2000	2000-2001	1999-2000	2000-2001	1999-2000	2000-2001
01	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui
02	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
03	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui
04	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
05	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
06	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
07	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
08	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
09	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
10	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
11	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
12	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
13	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
14	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
15	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
16	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui
17	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
18	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Total	16	16	11	13	9	8

1. Voir la liste des régions à la page 15.

PRIORITÉ 6

LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS



Faits saillants

Quatre résultats sont attendus quant aux traumatismes non intentionnels. Le premier porte sur la prévention des blessures à domicile, le deuxième, sur la prévention des chutes dans les établissements, le troisième, sur la diminution du nombre de cas associés à la conduite avec facultés affaiblies, tandis que le quatrième rend compte de l'adoption de lois et de règlements visant à promouvoir la sécurité et à prévenir les traumatismes.

Depuis l'année 1997-1998, des projets ayant trait à la prévention des blessures à domicile ont été réalisés dans la majorité des régions pour différents types de traumatismes. Comme ceux qui l'ont précédé, le présent bilan permet de conclure que l'objectif concernant l'expérimentation de cinq projets pilotes a été largement atteint, bien que la démonstration de l'efficacité pour réduire les blessures reste à faire.

En ce qui concerne la prévention des chutes dans les établissements, le *Guide de prévention des chutes en établissement*, préparé dans la région de Québec, n'avait toujours pas fait l'objet d'une évaluation au 31 mars 2001. En fait, les démarches pour obtenir un financement se poursuivent.

Pour une quatrième année consécutive, des programmes d'application sélective (PAS) visant la conduite sans alcool ont été réalisés dans dix-sept régions du Québec. Ces interventions ont été menées au printemps et à l'automne 2000. Le taux de conduite avec facultés affaiblies demeure conforme à celui qui était attendu, soit moins de 1 % au moment de l'application de ce programme. De plus, un autre PAS sur la prévention des traumatismes par armes à feu a été recensé dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

En ce qui a trait aux législations et réglementations, des professionnels des directions de la santé publique se sont joints à l'Institut national de santé publique et au Ministère dans le cadre de travaux menant à l'élaboration du « Projet de politique de sécurité dans les transports, volet routier 2001-2005 », à la préparation de certaines dispositions issues du *Livre vert sur la sécurité routière au Québec* touchant notamment l'alcool au volant, à la reconnaissance de la constitutionnalité de la Loi canadienne sur le contrôle des armes à feu ainsi qu'à la production d'un projet de règlement type destiné aux municipalités concernant les piscines privées.

6.1 Prévention des blessures à domicile

Que, d'ici 1999, cinq projets pilotes visant la prévention des blessures à domicile aient été expérimentés et évalués.

Qu'en 2002, les mesures dont l'efficacité aura été démontrée par ces projets pilotes aient été appliquées dans toutes les régions du Québec.

Méthode

Définition

Par *projet pilote*, on entend toute action de santé publique visant à tester une intervention. Pour être qualifié de *pilote*, le projet doit comporter une composante novatrice et se situer dans une perspective de gain de connaissances en vue de sa généralisation. Divers aspects de l'intervention peuvent être testés par un projet pilote : sa faisabilité, son acceptabilité et sa capacité de produire les résultats attendus.

Indicateur

- Nombre de projets pilotes en voie de réalisation selon le type de blessures et la population visée ;
- nombre de projets pilotes réalisés et évalués selon le type de blessures et la population visée.

Collecte des données

Les données proviennent d'un questionnaire rempli, dans chaque région, par des personnes intervenant en matière de prévention des blessures à domicile. Comme dans le bilan précédent, la quatrième année d'évaluation permet d'inventorier les projets de prévention des blessures à domicile réalisés dans l'ensemble des régions du Québec. Il convient également de préciser que le présent bilan met uniquement en évidence les projets conformes à la définition énoncée plus haut. En conséquence, les autres activités accomplies par les directions de la santé publique dans ce domaine ou réalisées avant la période indiquée sont exclues.

Résultats

Au 31 mars 2001, treize des dix-huit régions comptabilisaient vingt-six projets mis en œuvre depuis 1997-1998. Ces projets concernent principalement deux populations visées au regard de la prévention des blessures à domicile, soit les personnes âgées et les enfants (cf. tableau 6.1a).

Parmi les projets recensés, dix ont fait l'objet d'une évaluation, cinq sont en voie de réalisation et sept ont été réalisés sans qu'on indique si une évaluation a été faite ou est en cours. Pour la grande majorité des projets, les objectifs de l'intervention sont définis.

À ce jour, sur les dix projets ayant fait l'objet d'une évaluation, huit rapports d'évaluation ont été déposés.

Discussion

Afin de porter un jugement sur l'efficacité des mesures présentées depuis le premier bilan et sur la pertinence de les étendre à d'autres régions du Québec, le groupe responsable a effectué, dès le deuxième bilan, une analyse des projets réalisés et a produit un document d'évaluation. Pour l'année visée par le présent bilan, aucune information relative aux nouveaux projets n'a été déposée.

En conséquence, les constats établis à l'occasion lors des bilans antérieurs sont maintenus, dont le fait que les projets portent principalement sur les habitudes de vie, l'environnement physique et le système de services et qu'ils soient surtout axés sur des méthodes d'éducation au regard de la santé.

Conclusion

À l'instar des bilans précédents, aucun projet ne permet d'obtenir des résultats probants sur la diminution des blessures ou de définir les conditions nécessaires à une implantation généralisée.

En ce qui concerne les objectifs de la prévention des blessures à domicile, on constate qu'il y a eu effectivement expérimentation et évaluation de plus de cinq projets pilotes. Néanmoins, la démonstration de l'efficacité des actions eu égard à la cible finale – les blessures – reste à faire. C'est pourquoi les conclusions des années précédentes sont maintenues dans le quatrième bilan, à savoir que le travail relatif à l'évaluation doit se poursuivre pour soutenir la prise de décision quant à l'application des mesures dans toutes les régions du Québec. De même, il est toujours à propos d'envisager de mettre en place l'ensemble des conditions nécessaires à l'évaluation des effets, notamment au regard de la durée et du financement des projets.

Tableau 6.1b Documentation reçue sur les projets pilotes visant la prévention des blessures à domicile, 2000-2001

Régions ¹	Projets	Évaluation						
		Implantation			Effet sur les facteurs de risque			Effet sur les blessures
		Objectif	Devis	Rapport	Objectif	Devis	Rapport	
Évaluation en voie de réalisation								
12 (jeunes enfants)	Programme de prévention des blessures à domicile et sur la route auprès des enfants	x	Non	n.s.p.	Aucune précision			–
13 (aînés, chutes)	Projet régional de prévention des chutes à domicile pour les aînés (Laval)	x	x	À venir	x	x	À venir	–
14 (aînés, chutes)	Programme de prévention des chutes à domicile pour les aînés	x	Non	Résultats prélim.	Aucune précision			–
Évaluation réalisée								
01 (jeunes enfants)	Évaluation d'une trousse de prévention des traumatismes à domicile pour les jeunes enfants	x	x	x	x	x	x	–
02 (aînés, médicaments)	Centre d'information et de référence sur les médicaments pour les aînés (CIRMA)	x	x	x	x	x	x	–
04 (aînés, chutes)	Étude de l'implantation d'un projet de service lié à la prévention des chutes et à l'adaptation mineure du domicile	x	x	x	Non			–
04 (jeunes enfants)	Rapport d'évaluation de la trousse RAPPID	x	x	x	x	x	x	–
05 (aînés, chutes)	Programme de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes aînées	x	x	x	x	x	x	x Résultats non significatifs
06 (aînés, chutes)	Évaluation du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) pour la prévention des chutes chez les aînés	x	x	x	x	x	x	–
06 (jeunes enfants)	La sécurité à domicile pour les tout-petits	x	x	x	Sans objet			–
11 (aînés, chutes)	Sécurité dans la salle de bain : aménagement, entretien et comportements sécuritaires	x	x	x	Sans objet			–

1. Voir la liste des régions à la page 15.

6.2 Prévention des blessures dans les établissements

Que, d'ici 1999, soit évaluée la contribution du *Guide de prévention des chutes en établissement* à la diminution des chutes chez les personnes âgées.

Que, d'ici 2002, l'utilisation de ce guide se soit généralisée si son efficacité est démontrée.

Le *Guide de prévention des chutes en établissement*, préparé dans la région de Québec, a fait l'objet d'un protocole d'évaluation et de demandes de subvention auprès de différents organismes. Des demandes de subvention ont été déposées auprès du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) à l'automne 1999. Après un refus de la part de ces organismes, les démarches relatives au financement de l'évaluation se poursuivent.

6.3 Programmes d'application sélective

Que, dans toutes les régions du Québec, soient régulièrement mis en œuvre des programmes d'application sélective (PAS) visant notamment la conduite sans alcool et le port du casque à vélo¹.

Qu'au moment de l'application de ces programmes, on observe un pourcentage inférieur à 1 % de conduite avec alcool et un taux de 40 % du port du casque à vélo.

Méthode

Définition

Un programme d'application sélective (PAS) est une action concertée et intensive réalisée au moyen d'activités visant à faire adopter ou à modifier un comportement dans une population. Il comprend habituellement un volet médiatique, jumelé à une intervention policière, et comporte quatre éléments :

- l'annonce d'une action concertée d'une durée limitée ainsi que la diffusion publique des objectifs de cette action et d'un slogan ;
- la diffusion de messages de sensibilisation portant sur le thème choisi, avant et pendant l'action ;
- la réalisation des activités prévues ;
- la transmission des résultats par les médias.

Indicateur

Nombre de PAS réalisés selon la thématique et la région. Taux de conduite avec alcool lorsqu'un PAS sur l'alcool est réalisé.

Collecte des données

Les données concernant les PAS sur l'alcool proviennent de la Société de l'assurance automobile du Québec.

Résultats

En mai-juin et en novembre-décembre 2000, des PAS sur l'alcool au volant ont été réalisés dans dix-sept régions du Québec (cf. tableau 6.3). Une région, soit le Nord-du-Québec, présentait une proportion de conducteurs avec facultés affaiblies (1,9 %) qui était supérieure à l'objectif fixé de 1 %.

L'information recherchée concernait également la mise en œuvre de PAS autres que l'alcool. Selon les données recueillies, un projet a eu lieu au cours de l'année 2000-2001. Il s'agit d'un PAS sur la prévention des traumatismes par armes à feu dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

1. La loi sur le port du casque à vélo n'ayant pas été adoptée, aucun PAS ne peut être réalisé à l'égard de cet objet.

Conclusion

À l'égard du résultat attendu, énonçant que des PAS sur l'alcool au volant doivent être réalisés dans toutes les régions du Québec d'ici 2002, l'objectif est en voie d'être atteint et l'action doit être maintenue.

Tableau 6.3 Programme d'application sélective (PAS), de 1997-1998 à 2000-2001

Régions ¹	PAS sur l'alcool en 1997		PAS sur l'alcool en 1998		PAS sur l'alcool en 1999		PAS sur l'alcool en 2000		Autres PAS en 2000-2001 Conduite avec alcool
	Taux (%) de conduite avec alcool		Taux (%) de conduite avec alcool		Taux (%) de conduite avec alcool		Taux (%) de conduite avec alcool		
	Mai-octobre	Mai-juin	Mai-juin	Nov.-déc.	Mai-juin	Nov.-déc.	Mai-juin	Nov.-déc.	
01	0,6	0,5	0,9	1,3	0,5	0,9	0,5	0,9	
02		0,7	0,6	0,7	0,2	0,4	0,4	0,4	
03		0,4	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	
04a		0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	
04b		0,4	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,6	
05		0,5	0,4	0,4	0,6	0,5	0,2	0,5	
06	0,4	0,7	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	
07		0,4	0,4	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	
08	0,7	0,8	0,7	0,7	0,0 (<0,1)	0,3	0,3	0,3	
09		0,6	0,4	0,6	1,0	0,7	0,1	0,7	
10	6,0	1,1	0,7	0,7	45,5 ³	1,9	Aucun	1,9	
11		1,3	0,7	1,0	Aucun	0,4	Aucun	0,4	
12	1,3	0,5	0,5	0,3	0,2	0,5	0,4	0,5	
13	0,3 (05/97) et 0,6 (10/97)	n.d.	1,0	0,1	0,0 (<0,1)	0,5	0,8	0,5	
14	0,3	0,4	0,3	0,3	0,6	0,3	0,4	0,3	
15		0,5	0,4	1,0	0,4	0,3	0,4	0,3	
16	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	
17									
18									Armes à feu
Total		0,5	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	
Nombre de régions	8	17	17	17	16	17	15	17	

1. Voir la liste des régions à la page 15. Depuis 1998, les régions 17 et 18 n'ont pas participé aux activités réalisées dans le cadre du PAS sur l'alcool au volant organisées par la SAAQ et les services policiers.

2. Nombre de conducteurs dépassant la limite légale d'alcoolémie mesurée à l'alcootest par 100 conducteurs et interceptés au moment des barrages routiers.

3. Il s'agit d'un très petit nombre de conducteurs (11) interpellés et soumis à une évaluation du taux d'alcoolémie. Il faut donc interpréter ce résultat avec prudence.

6.4 Législation et réglementation

Que, d'ici 2002, des gains importants aient été accomplis en matière de législation et de réglementation visant la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes.

Législation et réglementation provinciales

Au moment de faire le premier bilan des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* en mars 1998, la majorité des lois et des règlements mentionnés dans ces priorités avaient été adoptés ou étaient en voie de l'être.

Le présent bilan traite donc des lois et des règlements adoptés depuis mars 1998, de l'entrée en vigueur des dispositions adoptées depuis ce temps et des autres ajouts législatifs qui vont dans le sens des objectifs déjà fixés dans les priorités nationales.

Maintien d'une réglementation

La réglementation actuelle sur l'équipement protecteur requis pour la pratique du hockey sur glace est maintenue telle quelle, à la demande notamment du réseau de la santé publique. D'autres représentations ont été effectuées afin de s'assurer que le projet portant sur le changement d'âge concernant certaines règles du hockey au Canada n'ait pas pour effet de réduire l'âge minimal auquel sera permise la mise en échec.

Nouvelles lois et réglementations

Seule la réglementation visant les conducteurs de motomarines de moins de 16 ans a été adoptée.

Entrée en vigueur de lois et de règlements

Il faut mentionner l'entrée en vigueur de l'article 289 du Code de la sécurité routière, qui porte sur les signaux lumineux – dont le décompte visuel – pour les piétons, et celle de la Loi concernant les armes à feu et certaines autres armes. Au regard de la loi sur les armes à feu, il est important de souligner que des représentations effectuées par des professionnels de la santé publique, de concert avec l'Association pour la santé publique du Québec, ont permis de défendre avec succès le point de vue de la santé publique devant la Cour suprême du Canada permettant ainsi de faire reconnaître la constitutionnalité de la loi canadienne sur le contrôle des armes à feu.

Parmi les modifications aux lois provinciales ou fédérales déjà mentionnées dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, la santé publique a collaboré avec un groupe de travail pour élaborer la nouvelle réglementation sur les produits chimiques et les contenants de consommation. Ainsi, le Règlement sur les produits chimiques et contenants de consommation (RPCCC 2001) a été adopté et est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2001. Il couvre notamment cinq nouvelles catégories de risque – produits toxiques, corrosifs, inflammables ou adhésifs à la peau ainsi que contenants sous pression – et il définit les exigences relatives tant à l'étiquetage qu'à l'emballage de ces produits. Les fabricants et les importateurs ont jusqu'au 30 septembre 2002 pour s'y

conformer. De plus, des modifications à l'annexe 1 de la Loi sur les produits dangereux, au Règlement sur les aliments et drogues et au Règlement sur les cosmétiques ont aussi été publiées dans une notification.

Ajouts législatifs en préparation

Le ministre des Transports a fait connaître certaines dispositions issues du *Livre vert sur la sécurité routière au Québec*, à savoir :

- de nouvelles orientations sur l'alcool au volant ;
- un projet pilote sur le virage à droite au feu rouge ;
- des orientations sur le contrôle de la vitesse par photo-radar.

Dans le cadre des travaux entourant la mise en place de nouvelles orientations sur l'alcool au volant, le ministre des Transports du Québec a formé un comité intersectoriel de travail qui compte deux représentants du réseau de la santé (DGSP et DSP).

Dans une autre veine, les actions du réseau de la santé publique (ministère de la Santé et des Services sociaux et directions de la santé publique des régies régionales) au regard des lois et des règlements adoptés ou en préparation ont surtout porté sur la mise à jour des banques de données et des connaissances, sur la réalisation d'études particulières et sur la sensibilisation des responsables de la législation et de la réglementation.

Par ailleurs, la participation au comité provincial permanent sur les piscines privées a permis la production d'un projet de règlement type destiné aux municipalités. Ce projet de règlement a été présenté en janvier 2001 au ministère des Affaires municipales qui a suggéré qu'il soit plutôt examiné par un comité interministériel placé sous la responsabilité du MSSS pour en déterminer le contenu et la pertinence.

Réglementation municipale

Peu d'activités en région ont été réalisées dans des dossiers qui font notamment appel à l'approche d'intervention axée sur la réglementation en milieu municipal (exemples : aires de jeu, morsures de chien, noyades dans des piscines résidentielles, circulation en motoneige, véhicules tout-terrain, aménagement de corridors récréotouristiques).

PRIORITÉ

6a

LES TRAUMATISMES INTENTIONNELS

La violence envers les personnes



Faits saillants

Les résultats attendus quant à la priorité relative aux traumatismes intentionnels liés à la violence envers les personnes sont :

- la réalisation d'une campagne nationale de sensibilisation à la violence faite aux femmes ;
- la mise en place de projets pilotes ou d'initiatives visant la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence envers les personnes ;
- la conception et la mise en application dans toutes les régions de protocoles de référence interorganismes.

La troisième année de la campagne nationale de sensibilisation à la violence faite aux femmes a été lancée le 5 février 2001. Douze régions y ont participé ; on y poursuivait ainsi le travail entrepris au cours des phases I et II de la campagne. Dans deux de ces régions, on rapporte avoir produit du matériel régional lié à la phase III de la campagne nationale.

Dans dix régions, on a implanté vingt nouveaux projets pilotes ou initiatives, soit onze de plus que l'an dernier. Il y a toujours deux régions où l'on ne signale ni projet pilote ni initiative depuis le début du suivi de l'implantation des priorités nationales. Plus de la moitié des projets pilotes ciblent les jeunes.

Au Québec, 78 protocoles sont maintenant en application et, en tout, 89 protocoles en sont à divers stades de préparation. Dans douze régions, on applique un ou plusieurs protocoles de référence interorganismes et, dans six régions, ces protocoles couvrent l'ensemble du territoire. Selon les réponses obtenues, il appert que près de 60 % des ententes prévoient un mécanisme d'évaluation et que le quart d'entre elles prévoient de la formation.

6a.1 Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes

Que, d'ici 1999, une campagne de sensibilisation comprenant plusieurs stratégies relatives au phénomène de la violence faite aux femmes ait été réalisée au niveau national et dans toutes les régions du Québec.

Méthode

Définition

La campagne de sensibilisation nationale comprend :

- un volet publicitaire, incluant au moins une publicité télévisée ;
- un volet sur les relations publiques, incluant des actions en relations publiques (émission de télévision, point de presse, porte-parole, événement) ;
- un volet sur l'information, incluant la production d'outils d'information et de sensibilisation fournis aux différents réseaux implantés en région ;
- un volet pour les jeunes, incluant différentes actions visant les adolescents de 13 et de 14 ans.

La campagne porte sur deux aspects : la violence conjugale et les agressions sexuelles.

Indicateurs

- Nombre de régions où ont été organisées une ou des activités en rapport avec la campagne de sensibilisation ;
- nombre de régions où a été produit du matériel régional lié à la campagne de sensibilisation ;
- nombre de régions où ont été utilisés les résultats du sondage intitulé *Étude de perception à l'endroit de la violence faite aux femmes* et réalisé par Léger et Léger en 2000 ;
- nombre de régions où un responsable du dossier de la violence envers les personnes est désigné pour s'occuper des aspects de la promotion et de la prévention.

Collecte des données

Les données proviennent d'un questionnaire électronique rempli en région par des personnes intervenant en matière de violence envers les personnes.

Résultats

Au niveau national

Les activités de la troisième année de la campagne nationale de sensibilisation à la violence faite aux femmes ont débuté le 5 février 2001 et se sont terminées en mars

2001. Cette année encore, les activités visaient plus particulièrement les jeunes et, dans une moindre mesure, la population en général.

La phase III de cette campagne coordonnée par le MSSS a été marquée, entre autres, par le lancement d'un site Internet destiné aux jeunes ainsi que par la distribution des cartes La Puce remises aux jeunes dans les cinémas participants.

Une affiche reprenant les couleurs de la campagne a aussi été réalisée et installée dans les lieux fréquentés par les jeunes.

La diffusion d'un message en français de 56 secondes dans les salles de cinéma, celle d'un message publicitaire de 30 secondes, en français et en anglais, sur les ondes de Musique Plus et de la télévision institutionnelle ainsi que la radiodiffusion de capsules en français et en anglais ont été les outils utilisés pour la dernière année de cette campagne triennale.

Au niveau régional

Pour la période 2000-2001, les répondants de douze régions déclarent des réalisations au cours de cette troisième phase de la campagne. Dans onze de ces régions, le travail amorcé l'an dernier s'est poursuivi et, dans une, il s'agissait de la première année de participation à cette campagne.

En 2000-2001, des activités régionales liées à la campagne de sensibilisation ont été organisées dans deux régions. Dans une région, on mentionne une action particulière consistant à adapter le message aux différentes communautés culturelles du territoire (cf. tableau 6a.1).

Production de matériel régional

Dans deux régions, on a produit du matériel promotionnel ou un logo (cf. tableau 6a.1).

Utilisation du sondage Léger et Léger 2000

Les résultats du sondage national Léger et Léger 2000 ont été utilisés dans six régions. Dans deux régions, on n'a pas répondu. Pour le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, la question est non pertinente parce qu'un tel sondage n'est pas représentatif de la réalité socioculturelle du territoire. Dans les régions où ils ont été utilisés, les résultats de ce sondage ont servi de deux façons : comme élément de contenu pour certains événements (colloques, sessions de formation et rapport d'évaluation) et comme information de base diffusée auprès des partenaires à l'occasion des tables de concertation.

Responsable régional

On dénombre dix-sept régions où un responsable du dossier de la violence est chargé des volets de la promotion et de la prévention, soit quatre de plus que l'an dernier. Dans une région, on déclare ne pas en avoir.

Discussion

La campagne nationale de sensibilisation à la violence faite aux femmes a nécessité la collaboration des différents partenaires visés par cette problématique, et ce, tant pour sa conception que pour son déploiement.

Sur le plan de la participation des régions, l'évaluation des différentes phases de la campagne nationale nous démontre une certaine stagnation. Il serait pertinent d'en connaître les raisons afin d'améliorer cet aspect à l'occasion des prochaines campagnes de ce genre.

La troisième phase de la campagne a débuté un mois avant la fin de la période visée par le quatrième bilan. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que, dans certaines régions, on n'a pas eu le temps d'entreprendre les activités liées à la campagne.

Conclusion

En 1997-1998, dans douze régions, on a réalisé au moins une activité. Dans la moitié des cas, il s'agissait d'études ou de la mise en place de stratégies et de plans d'action. En 1998-1999, la campagne s'est enclenchée avec des actions dans seize régions. En 1999-2000 et en 2000-2001, la participation aux deux dernières phases de cette campagne triennale a été effective dans seulement douze régions.

Dans une seule région il n'y aura eu, en date du 31 mars 2001, aucune activité organisée pendant la campagne ; les résultats sont ainsi presque atteints. La troisième phase de la campagne nationale marque donc la fin de cette campagne et, par le fait même, du suivi de la priorité concernant la sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes.

Tableau 6a.1 Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes, 2000-2001

Régions ¹	Responsable de la promotion/prévention (depuis)	TENUE D'ACTIVITÉS		TYPES D'ACTIVITÉ			Utilisation du sondage national Léger et Léger 2000
		1999-2000	2000-2001	Production de matériel régional ou local	Tenue d'activités liées à la campagne nationale de sensibilisation	Autres activités régionales liées à la campagne	
01	1987	Oui	Oui	Non	Oui Distribution de l'affiche et des cartes postales		Oui
02	1998	Non	Oui	Oui Matériel promotionnel	Non		Oui
03	1994	Oui	Oui	Non	Oui Activités médiatiques		Oui
04	1999	Oui	Oui	Non	Oui Distribution de l'affiche et des cartes postales		Non
05	1994	Non	Non	Non	Non		Non
06	1995	Oui	Oui	Non	Oui. Soutien à la marche des femmes (stand, diffusion de tabloïds, conférence), réalisation d'un sondage auprès des 12 à 17 ans, poursuite des activités de relations publiques et poursuite de la diffusion du tabloïd	Adaptation de la campagne pour les communautés culturelles, sensibilisation à la violence envers les femmes auprès des jeunes	Oui
07	2000	Oui	Oui	Non	Oui Distribution de l'affiche et des cartes postales		Non
08	1991	Oui	Oui	Non			Non
09	1989	Oui	Oui	Non	Oui. Distribution de l'affiche et des cartes postales		Oui
10	1993	Oui	Oui	Oui Soutien à la production d'un logo	Oui. Participation à la Marche mondiale les femmes, soulignement des journées du 18 septembre, du 6 décembre et du 8 mars, poursuite des activités de soutien (VIRAJ), prestation d'un programme de formation et formation du réseau Hommes-Québec	Capsules pour la radio	Non
11	2001		Non	Non	Non		Non

Régions ¹	Responsable de la promotion/prévention (depuis)	TENUE D'ACTIVITÉS		TYPES D'ACTIVITÉ			Utilisation du sondage national Léger et Léger 2000
		1999-2000	2000-2001	Production de matériel régional ou local	Tenue d'activités liées à la campagne nationale de sensibilisation	Autres activités régionales liées à la campagne	
12	1999	Non	Non	Non	Oui Distribution de l'affiche et des cartes postales		Non
13	2000	Non	Non	Non	Non		n.r.
14	1996	Oui	Oui	Non	Oui. Distribution de matériel, collecte de données en cours dans le cadre de la réalisation d'une recherche sur la perception que les jeunes et les intervenants ont de la violence dans les relations amoureuses des jeunes.		Oui
15	2000	Oui	Oui	Non	Oui. Envoi d'une grille de distribution des documents, envoi et distribution élargie du matériel promotionnel, groupes de discussion, information et sensibilisation par l'intermédiaire d'un site Web, pièce de théâtre, rencontres de sensibilisation		Non
16	1997	Oui	Oui	Non	Oui. Campagne promotionnelle de sensibilisation à la violence		Non
17	1998	Oui	Non	Non	Non		Non
18	Il n'y en a pas	Non	Non.	Non	Non		n.r.

1. Voir la liste des régions à la page 15.

6a.2 Promotion des comportements pacifiques et prévention de la violence envers les personnes

Que, d'ici 2002, toutes les régions du Québec aient mis sur pied des projets pilotes ou des initiatives ayant pour objet la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence envers les personnes.

Méthode

Définition

Par *projet pilote*, on entend toute action de santé publique visant à tester une intervention et, le cas échéant, à la généraliser. Pour être qualifié de *pilote*, le projet doit comporter une composante novatrice et se situer dans une perspective de gain de connaissances en vue de sa généralisation. Divers aspects de l'intervention peuvent être testés par un projet pilote : sa faisabilité, son acceptabilité et sa capacité de produire les résultats attendus.

Indicateur

Nombre de régions ayant mis sur pied des projets pilotes de prévention de la violence et de promotion du pacifisme correspondant à la définition précédente.

Collecte des données

Les données proviennent d'un questionnaire électronique rempli, dans les régions, par des personnes intervenant en matière de violence envers les personnes.

Résultats

En 2000-2001, vingt nouveaux projets pilotes ou initiatives ont vu le jour dans onze régions. Dans sept régions, on déclare ne pas avoir expérimenté de projet.

Les jeunes forment la population privilégiée au cours des quatre périodes d'observation ; en 2000-2001, près de la moitié de tous les projets s'adressaient à eux (*cf.* tableau 6a.2).

Parmi les projets qui ciblaient les jeunes, six se déroulaient en milieu scolaire et s'adressaient tant aux enseignants qu'aux jeunes. Un autre projet s'adressait quant à lui aux intervenants dans les centres de la petite enfance.

Parmi les vingt projets pilotes répertoriés ici, dix sont en cours, deux en sont à la phase d'implantation et quatre ont été réalisés. Nous ne disposons pas d'information permettant de décrire l'état d'avancement de quatre projets (*cf.* tableau 6a.2).

Discussion

La plupart des projets pilotes mentionnés en 2000-2001 concernent la prévention des agressions sexuelles et de la violence dans les relations amoureuses. Une nouvelle thématique s'est ajoutée aux sept thèmes exploités au cours des années antérieures, soit la prévention de la violence chez les personnes toxicomanes.

Près de la moitié des projets pilotes ont été financés, en tout ou en partie, par des fonds de santé publique ou par les régies régionales. Nous ne disposons d'aucune information nous permettant de connaître les redevances des comptes demandées par les organismes subventionnaires.

Conclusion

En date du 31 mars 2001, eu égard au caractère innovateur et expérimental dont il est fait mention dans la définition de projet pilote, l'absence de tels projets ne se remarquait que dans deux régions. Le résultat attendu fixant l'échéance en 2002 pour entreprendre un projet novateur, nous ne sommes donc pas très loin de l'atteindre. Par ailleurs, plusieurs projets s'adressent aux jeunes, ce qui constitue une bonne avenue de prévention. Nous ne disposons toutefois d'aucune information concernant l'efficacité et le potentiel de généralisation des projets expérimentés.

Tableau 6a.2 Portrait des projets pilotes et des initiatives visant la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence envers les personnes, 2000-2001

Régions ¹	NOMBRE DE PROJETS		PORTRAIT DES PROJETS PILOTES RÉALISÉS EN 2000-2001					
	1999-2000	2000-2001	Type de projet	Problématique	Population cible	Financement	État d'avancement	Nombre de personnes rencontrées
01	1	0						
02	0	0						
03	1	2	Programme de formation	Stress post-traumatique chez les enfants exposés à la violence conjugale	Intervenantes des maisons d'hébergement, de CLSC et des autochtones	Régie régionale	Terminé	11
				Média et violence conjugale : formation et colloque	Intervenantes des maisons d'hébergement	Justice Canada (Centre de prévention du crime)	Terminé	
04	0	0						
05	1	0						
06	0	2	Programme de prévention	Agression sexuelle	Clientèle étudiante du Cégep	133 668 \$ (CQRS)	En cours	180
			Programme de prévention	Violence conjugale	Enfants exposés à la violence conjugale ou victimes de cette forme de violence et mères victimes de violence conjugale	n.r.	En cours	40
07	0	0						
08	0	1	Programme de prévention	Agression sexuelle	Élèves de 3 ^e et 4 ^e secondaire	15 055 \$	En cours	465
09	2	1		Enfants exposés à la violence conjugale ou victimes de cette forme de violence et mères victimes de violence conjugale				
10	0	0						
11	n.r.	1	Programme de prévention	Violence dans les relations amoureuses	Élèves de 3 ^e secondaire	10 000 \$	En implantation dans 2 MRC	126 élèves

Régions ¹	NOMBRE DE PROJETS		PORTRAIT DES PROJETS PILOTES RÉALISÉS EN 2000-2001					
	1999-2000	2000-2001	Type de projet	Problématique	Population cible	Financement	État d'avancement	Nombre de personnes rencontrées
12	0	3	Programme de prévention	Violence dans les relations amoureuses	Adolescents	n.r.	2 sont en cours	n.r.
13	n.r.	2	Programme de formation	Violence vécue par les jeunes	Intervenants jeunesse	n.r.	Réalisé	n.r.
			Activité de formation	Violence chez les jeunes	Intervenants jeunesse	n.r.	En cours	73
14	0	1	Programme de formation, de soutien et d'accompagnement	Estime de soi, respect des autres et résolution de conflits	Personnel des écoles et les jeunes (de 5 à 12 ans)	n.r.	En cours	n.r.
15	2	1	Programme de formation	Comportements pacifiques, violence chez les jeunes, criminalité chez les jeunes	Jeunes de moins de 18 ans et personnes lésées	Centre national de prévention du crime, régie régionale, organismes de justice alternative des Laurentides	En cours	n.r.
16	2	4	Évaluation d'un programme de prévention	Violence conjugale	Femmes victimes de violence conjugale et enfants exposés à la violence conjugale	PSBE et DSP de la Montérégie	En cours	Plus de 100
			Étude	Agression sexuelle	Victimes d'agression sexuelle et agresseurs sexuels	DSP de la Montérégie	Réalisé	Plus de 50
			Programme de sensibilisation	Violence conjugale	Enfants de 0 à 5 ans et éducatrices des CPE	DSP de la Montérégie	En cours	1 070
			Évaluation d'un projet pilote de dépistage en milieu hospitalier	Violence conjugale	Intervenantes et intervenants des milieux hospitaliers	DSP de la Montérégie	En cours	100
17	0	0						
18	0	2	Promotion de comportements pacifiques	Violence familiale	Famille	n.r.	n.r.	n.r.
			Programme de sensibilisation	Violence chez les toxicomanes	Toxicomanes	n.r.	n.r.	n.r.
Total	9	20						

1. Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 6a.2.1 Projets pilotes selon le type de violence¹ pour les années 1997-1998 à 2000-2001

Régions ²	Agressions sexuelles ³	Jeunes en milieu scolaire	Relations amoureuses	Violence conjugale	Violence territoriale	Violence familiale	Milieu du travail	Envers les aînés	Traitement dans les médias	Milieus de jeunes ⁴
01	1	1	1							
02		3								
03		1		5	4		1	1		
04										
05		2		1						
06	1	2	2	1	4					
07		1								
08	1		1							
09	1	2		2				1		
10										
11			1							
12			4							
13			1							2
14		3								
15		5	1		1	2				
16 ⁵	2	2	1	4	2	3			1	
17										
18		1		1		1				
Total	6	23	12	14	11	6	1	2	1	2

1. Pour l'année 1999-2000, les projets ont été classés selon le principal type de violence abordé par le projet et en fonction des milieux de vie ou des populations auxquels ils s'adressent. Aucun changement n'a été fait pour les projets des années antérieures.
2. Voir la liste des régions à la page 15.
3. Nouvelle catégorie en 1999-2000.
4. Nouvelle catégorie en 2000-2001.
5. Un projet pour lequel le type de violence n'a pas été précisé n'est pas répertorié en 2000-2001.

6a.3 Protocoles de référence interorganismes

Que, d'ici 1999, des protocoles de référence interorganismes aient été élaborés dans toutes les régions du Québec et mis en application sur tout leur territoire.

Méthode

Définition

Par protocole, on entend une entente formelle entre des organismes (gouvernementaux, institutionnels et communautaires) visant la coordination et la concertation des actions pour venir en aide aux personnes victimes de violence. Il existe trois types de protocoles :

- le protocole sociojudiciaire vise particulièrement l'offre de service dans le cadre du processus judiciaire criminel et est habituellement signé entre les corps policiers et les maisons d'aide et d'hébergement, les centres de femmes ou le CAVAC (centre d'aide aux victimes d'acte criminel) ;
- le protocole de suivi psychosocial vise particulièrement l'offre de service de nature psychosociale et est habituellement signé entre les corps policiers et les CLSC ;
- le protocole de référence psychosocial et sociojudiciaire est celui qui décrit les procédures usuelles d'accueil, d'intervention et de suivi dans les organismes auxquels font appel les femmes violentées et agressées ainsi que les modalités de la collaboration entre les organismes. Ce protocole peut concerner plusieurs ressources, notamment les CLSC, les maisons d'aide et d'hébergement, les corps policiers, les CAVAC, les centres de femmes et les CALACS (centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel).

Indicateurs

- Nombre de régions disposant d'un protocole de référence interorganisme qui est en application, selon le type de protocole et la couverture de l'entente ;
- nombre de régions où le protocole mis en application prévoit un mécanisme d'évaluation et une formation ;
- nombre de régions où il existe un projet de protocole de référence interorganisme, selon le type de protocole.

Collecte des données

Les données proviennent d'un questionnaire électronique rempli, dans les régions, par des personnes intervenant en matière de violence envers les personnes.

Résultats

Les protocoles de référence interorganismes en application

En 2000-2001, des protocoles interorganismes étaient en application dans douze régions. L'ensemble du territoire est couvert dans six de ces régions. À titre comparatif, pour l'année 1999-2000, de tels protocoles s'appliquaient dans treize régions et, dans six de ces régions, les ententes couvraient l'ensemble des territoires de CLSC (cf. tableau 6a.3.1).

Au Québec, 78 protocoles sont en application et 11 autres en sont à l'état de projets, dont l'avancement est variable.

L'étendue des territoires couverts par les protocoles s'avère relativement complexe à cerner. Dans certaines régions, tous les organismes visés souscrivent à la même entente. Dans d'autres régions, les ententes sont de divers types et couvrent certaines parties du territoire d'un CLSC. De plus, le découpage local de certains territoires occasionne l'application de plus d'un protocole. En 2000-2001, nous estimons néanmoins que plus de la moitié des régions où existent des protocoles sont couvertes dans l'ensemble de leur territoire (cf. tableau 6a.3.1).

Les types de protocoles

Les protocoles concernent le suivi sociojudiciaire dans 41 % des cas, répartis dans huit régions. Le suivi psychosocial constitue 7 % des protocoles en application dans quatre régions. Pour huit protocoles, il n'y a pas de précision quant au type. Enfin, plus de 40 % de l'ensemble des protocoles en application sont de type psychosocial et sociojudiciaire (cf. tableau 6a.3.1).

Évaluation et formation

L'évaluation des mécanismes de l'entente ainsi que la formation des intervenants et intervenantes sont des conditions essentielles de réussite de ces ententes¹. Selon les réponses obtenues, il appert que près de 60 % de ces ententes prévoient un mécanisme d'évaluation et le quart, des mécanismes de formation. Ces résultats s'avèrent très encourageants (cf. tableau 6a.3.1).

Discussion

L'absence d'ententes formelles (protocoles) dans une région ne signifie nullement qu'aucune intervention concertée et efficace n'y est menée afin de venir en aide aux personnes victimes de violence. Dans plusieurs régions, on mentionne des activités telles que des tables de concertation et la diffusion de bottins de ressources.

1. H. CADRIN, F. ALARY ET M.-J. PINEAULT, *Le Protocole sociojudiciaire en matière de violence conjugale du Bas-Saint-Laurent : Conception, mise en œuvre, expérimentation et évaluation*, Rimouski, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 1999, 136 p.

Au cours des prochaines années, il y aurait lieu de connaître le nombre de personnes qui se sont prévaluées des services d'orientation pour les victimes et qui ont eu recours aux services offerts par les organismes liés par les protocoles. Nous avons peu d'information concernant l'utilisation des protocoles pour les femmes victimes de violence ainsi que sur les différentes actions menées par les intervenants des organismes signataires de ces ententes.

Conclusion

En 1998-1999, dans dix régions s'appliquaient des protocoles interorganismes et, dans quatre d'entre elles, l'ensemble du territoire était couvert. En 1999-2000, de tels protocoles s'appliquaient dans treize régions et, dans six de ces régions, l'ensemble du territoire était couvert. En 2000-2001, on en compte douze, dont six où l'ensemble du territoire est couvert.

On observe ainsi des progrès d'année en année quant au nombre de protocoles en préparation et quant à l'amélioration de la couverture des territoires par les protocoles de référence interorganismes.

Tableau 6a.3.1 Protocoles de référence interorganismes, 2000-2001

Régions ¹	Nombre de protocoles	TYPES				ÉTAT D'AVANCEMENT				% du territoire (de CLSC) couvert par un protocole	Évaluation prévue (%)	Formation prévue (%)	DATE D'ÉCHÉANCE PRÉVUE	
		Sociojudiciaire	Psychosocial	Psychosocial et sociojudiciaire	Autre	En application	En discussion	En rédaction	En voie d'approbation				OUI	NON ²
01	8	1		7		7			1	100 %	88 %	13 %		8
02	3	1		1	1	3				17 %	66 %	0 %		3
03	7	5	2			7				100 %	100 %	43 %		7
04	1			1		1				9 %	100 %	0 %	1	
05	7				7	7				100 %				7
06	15	8	1	6		13	2			100 %	65 %	40 %	1	12
07	8	1	2	5		7			1	100 %	13 %	25 %		8
08	0													
09	6	6				6				17 %	83 %	0 %		6
10	0													
11	1	1				1				100 %	0 %	0 %		1
12	12	11	1			11	1			9 %	8 %	0 %		12
13	0													
14	6								6	100 %	100 %	100 %		
15	2			2		2				14 %	0 %	0 %		2
16	13			13		13				95 %	77 %	77 %		13
117	0													
18	0													
TOTAL	89	34	6	35	8	78	3		8					

1. Voir la liste des régions à la page 15.

2. Les protocoles n'ayant pas de date d'échéance sont, dans la plupart des cas, appliqués de façon continue.

PRIORITÉ 6b

LES TRAUMATISMES INTENTIONNELS

Le suicide



Faits saillants

Les résultats attendus quant à la priorité relative aux traumatismes intentionnels liés au suicide sont le taux de suicide au Québec et le nombre de projets pilotes financés en prévention du suicide.

Les données les plus récentes sur la mortalité attribuable au suicide couvrent l'année 1999. Sans égard au sexe, le taux de suicide était cette année-là de 24,4 par 100 000 habitants. En 1998, 1997 et 1996, les taux étaient respectivement de 18,6, de 18,9 et de 20,1 par 100 000 habitants. En 1999, le taux de suicide était près de quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes – 39,3 comparativement à 10.

Au chapitre des projets pilotes d'intervention ou d'évaluation du suicide, dix-sept étaient financés dans onze régions en 1999. Les populations visées étaient principalement les personnes à risque pour ce qui est du suicide ou de la tentative de suicide. La population masculine était particulièrement visée par ces projets mais aussi les jeunes dans leur ensemble. Ces projets pilotes se terminant le 31 mars 2002, une méta-analyse sera effectuée au cours de l'été 2002.

6b.1 Taux de suicide au Québec

Que, d'ici 2002, la progression du taux de suicide soit ralentie.

Méthode

Définition

Le suicide est défini comme un acte posé par l'individu pour se donner la mort. Le nombre de décès attribuables au suicide provient des fichiers du Bureau du coroner du Québec.

Indicateur

Taux de suicide au Québec.

Collecte des données

Les données obtenues sont tirées directement des fichiers de l'Institut de la statistique du Québec et du MSSS. Aux fins de l'évaluation, la période étudiée va de 1996 à 1999.

Résultats

Les données les plus récentes sur la mortalité attribuable au suicide couvrent l'année 1999. Sans égard au sexe, le taux de suicide était cette année-là de 24,4 par 100 000 habitants. En 1998, 1997 et 1996, les taux étaient respectivement de 18,6, de 18,9 et de 20,1 par 100 000 habitants. En 1999, le taux de suicide était près de quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes – 39,3 comparativement à 10 (cf. tableau 6b.1).

6b.2 Projets pilotes de prévention du suicide

Que, d'ici 2001, des projets de prévention aient été expérimentés et évalués dans certaines régions du Québec auprès des groupes pour lesquels le risque est le plus élevé en ce qui a trait au suicide.

Méthode

Définition

Un projet pilote en prévention du suicide se définit comme un projet d'intervention ou d'évaluation mené auprès de groupes pour lesquels le risque de suicide ou de tentative de suicide est accru.

Indicateur

Nombre de projets pilotes en prévention du suicide au Québec.

Collecte des données

Les données sur le nombre de projets pilotes financés sont obtenues directement des fichiers du MSSS. Ces projets pilotes ont commencé à l'automne 1999 dans plusieurs régions du Québec pour se terminer le 31 mars 2002. Par la suite, une méta-analyse sera effectuée au cours de l'été 2002.

Résultats

Dix-sept projets pilotes d'intervention ou d'évaluation, répartis dans onze régions, ont été financés en 1999 (*cf.* troisième bilan des PNSP). Les populations visées étaient principalement les personnes ayant des idées ou des comportements suicidaires sérieux, celles qui souffraient de troubles mentaux ou qui avaient une dépendance à l'alcool et aux drogues, dépendance à laquelle s'ajoutent des facteurs de risque. L'intervention ciblait les milieux de travail, rural, carcéral et de réadaptation. La population masculine était particulièrement visée par ces projets mais aussi les jeunes dans leur ensemble (*cf.* troisième bilan des PNSP).

Discussion

Les données statistiques actuelles démontrent qu'en 1999, le taux de suicide était plus élevé qu'en 1996 au Québec. Les différents projets pilotes de prévention du suicide soutenus financièrement par le Ministère vont sans aucun doute aider à mieux connaître les façons les plus appropriées d'intervenir auprès des groupes pour lesquels les risques de suicide et de tentative de suicide sont les plus élevés. Une analyse des résultats de ces projets, qui permettra le transfert des connaissances, est prévue pour 2002.

L'évaluation de la Stratégie québécoise d'action relative au suicide

Le contexte

Au début de 2001, la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, en collaboration avec les directions générales des services à la population et de la santé publique ainsi qu'avec la participation du groupe MSSS-régies régionales chargé du suivi de l'implantation de la stratégie d'action, enclenchait le processus de planification de l'évaluation de la Stratégie québécoise d'action relative au suicide en mettant en place un sous-comité d'évaluation composé de membres de ces différentes directions et des régies régionales. Cette action faisait suite à la demande des autorités ministérielles pour que la stratégie d'action soit évaluée en partenariat avec les régies régionales.

Une première réalisation

Le sous-comité d'évaluation a élaboré le premier volet du cadre d'évaluation qui définit entre autres la portée, le but et les objectifs de l'évaluation ainsi que le partage des responsabilités et les résultats attendus de cette évaluation. Le premier volet a été présenté au groupe MSSS-régies régionales chargé du suivi de l'implantation de la stratégie d'action en juin 2001 et il a été révisé à l'automne.

Les prochaines étapes

Le second volet du cadre d'évaluation de la stratégie d'action est en préparation. Il contiendra la description de deux projets d'évaluation qui seront réalisés au sein du Ministère, soit l'évaluation globale de l'implantation de la stratégie d'action et le bilan des projets d'intervention et d'évaluation des populations pour lesquelles les risques de se suicider ou de faire une tentative de suicide sont élevés, projets que le Ministère a financés récemment.

Il est également prévu que les partenaires du Ministère, notamment les régies régionales, les institutions du réseau ainsi que les milieux communautaire et scolaire, puissent mener certains projets d'évaluation relatifs à la stratégie d'action. Les modalités de réalisation de ce partenariat évaluatif sont présentement examinées par le groupe MSSS-régies régionales chargé du suivi de l'implantation de la stratégie d'action.

Conclusion

En ce début du troisième millénaire, nous sommes unanimes : le suicide demeure un véritable fléau pour notre société et nous devons concerter nos efforts pour le contrer. Le taux de suicide demeure élevé au Québec, particulièrement chez les hommes. Nous croyons que les différents projets d'intervention et les expériences menées par certains organismes sensibilisés à la problématique du suicide vont aider à consolider le filet de sécurité autour des personnes à risque.

Tableau 6b.1 Mortalité attribuable au suicide au Québec, 1996-1999

Âge	Taux de mortalité par suicide ¹ (taux par 100 000 habitants)											
	Hommes				Femmes				Total			
	1996	1997	1998	1999	1996	1997	1998	1999	1996	1997	1998	1999
10-14 ans	3,4	5,6	4,8	3,9	1,8	1,8	3,7	1,4	2,6	3,8	4,3	2,7
15-19 ans	33,5	31,2	28,0	40,0	7,0	9,1	12,9	9,7	20,6	20,5	20,7	25,3
20-24 ans	45,3	38,9	41,5	50,9	7,3	8,1	8,8	4,5	26,7	23,8	25,5	28,3
25-29 ans	44,6	32,3	40,5	49,9	8,1	9,6	9,4	7,3	26,8	21,2	25,3	29,1
30-34 ans	40,4	39,1	39,1	53,3	8,5	6,8	10,0	12,0	24,8	23,3	24,9	33,1
35-39 ans	49,4	38,4	39,4	55,7	15,5	10,1	12,0	14,7	32,6	24,4	25,9	35,5
40-44 ans	45,4	46,8	37,4	61,7	18,3	10,1	12,1	24,1	31,9	28,5	24,8	43,0
45-49 ans	35,3	49,2	41,6	57,0	18,7	16,0	11,1	18,0	27,0	32,5	26,3	37,4
50-54 ans	36,0	36,9	36,8	43,2	11,9	12,2	12,2	11,4	23,9	24,4	24,4	27,1
55-59 ans	30,5	33,7	33,7	37,4	14,7	7,6	9,3	9,9	22,5	20,4	21,3	23,4
60-64 ans	30,0	29,0	32,4	33,7	4,9	10,0	6,9	12,9	17,0	19,1	19,1	23,0
65-69 ans	32,5	25,9	17,6	35,2	4,5	4,5	8,3	15,4	17,4	14,4	12,6	24,6
70-74 ans	35,4	32,9	28,3	40,8	5,9	8,8	8,7	3,6	18,5	19,1	17,2	19,8
75-79 ans	28,4	28,4	35,7	42,2	6,0	4,8	6,5	4,5	14,7	14,0	18,0	19,4
80-84 ans	38,6	29,8	21,2	31,2	4,4	7,1	2,8	5,5	16,2	14,9	9,1	14,4
85 ans ou +	9,5	41,0	21,6	44,9	1,8	5,1	1,6	7,7	3,9	14,9	7,1	17,9
Total²	31,6	30,4	29,1	39,3	8,9	7,7	8,4	10,0	20,1	18,9	18,6	24,4

1. Les données sur la mortalité attribuable au suicide sont des données provisoires qui proviennent du Fichier des décès, produit par l'Institut de la statistique du Québec pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux.

2. Taux ajusté.

Conclusion

Le présent bilan trace un portrait du niveau d'atteinte des résultats visés par les priorités d'action que nous nous sommes données collectivement en matière de santé publique pour la période 1997-2002.

Rappelons que sept priorités d'action ont été fixées : 1) le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, 2) les maladies évitables par l'immunisation, 3) le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement, 4) le dépistage du cancer du sein, 5) le tabagisme, 6) les traumatismes non intentionnels et intentionnels (violence envers les personnes, suicide) et 7) l'alcoolisme et les toxicomanies. De ces priorités découlent 53 résultats attendus. Les priorités s'appuient également sur quatre principes directeurs, soit : 1) agir et comprendre, 2) s'engager davantage auprès des communautés, 3) s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être, et 4) intervenir de façon concertée et coordonnée.

Compte tenu de l'ampleur du mandat, nous n'avons évalué que les résultats attendus des priorités nationales. Dans le présent bilan, la priorité relative au suicide a été évaluée pour la deuxième fois, alors que celle qui porte sur l'alcoolisme et les toxicomanies devrait faire partie du prochain bilan. Au cours de la première année, le travail de l'équipe d'évaluation était concentré en grande partie sur la mise au point des instruments de mesure permettant de rendre compte des résultats visés par les priorités nationales. Ce travail s'est poursuivi pendant les trois autres années. Quant aux principes directeurs, ils font cette fois-ci l'objet d'une recherche évaluative réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec.

Le quatrième bilan permet de prendre conscience du chemin parcouru depuis la première année. On note des réalisations au regard de six priorités dans chacune des régions et une progression appréciable est constatée dans plusieurs domaines.

Les résultats

Pour ce qui est **du développement et de l'adaptation sociale des enfants et des jeunes**, le seul résultat attendu en 2000-2001 concerne l'atteinte de la population cible par les programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité, programmes du type Naître égaux – Grandir en santé (NEGS), ainsi que l'offre de ces programmes. Des limites liées à la méthode ne permettent toutefois pas de se prononcer sur l'évolution de la population visée depuis 1999-2000 ; de plus, les modifications apportées au questionnaire empêchent toute comparaison des résultats se rapportant à l'offre de tels programmes avec ceux du précédent bilan. Dans l'ensemble, les résultats obtenus permettent de constater que cette année, au-delà de 4 300 femmes pauvres et sous-scolarisées ont été rejointes par un programme du type NEGS. Un nombre total de 117 des 146 CLSC du Québec sont engagés dans l'offre d'un tel programme. Toutefois, les interventions réalisées comportent rarement toutes les composantes prévues à un programme du type NEGS. Par ailleurs, diverses raisons ont mené à la décision de ne pas collecter de données sur l'allaitement maternel, la valorisation du rôle du père dans les différents programmes en périnatalité et la programmation en milieu scolaire. Quant aux programmes intégrés en milieu de garde, il faut attendre le prochain bilan pour en connaître le degré d'implantation dans l'ensemble des régions du Québec.

En ce qui concerne **les maladies évitables par l'immunisation**, des résultats sont déjà atteints relativement à certaines de ces maladies. Au regard de la couverture vaccinale, très peu de données régionales sont fournies pour les enfants de 2 ans, ceux de la maternelle, ceux du primaire ou les adolescents. L'implantation du système d'information (SIV) pour la couverture vaccinale ne s'est que très légèrement améliorée par rapport au troisième bilan. Cependant, elle est toujours insuffisante pour permettre de connaître adéquatement la couverture vaccinale des Québécois faisant partie de ces groupes d'âge. Par ailleurs, les résultats sont atteints en 2000 en ce qui concerne l'absence de cas de diphtérie et de poliomyélite alors que l'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b, de la rougeole, de la rubéole et des oreillons reste très faible. Pour ce qui est de la couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD, elle est identique à celle du bilan précédent. De plus, pour la deuxième fois consécutive, la couverture provinciale a atteint le résultat attendu (d'au moins 80 %) pour celles qui vivent dans un CHSLD. Quant à la couverture vaccinale des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert, elle atteint 59 % en 2000-2001, soit presque le résultat attendu de 60 %.

Pour ce qui est de la priorité touchant **le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement**, des gains ont été faits. Les mesures préventives à l'intention des groupes vulnérables progressent. Tout comme en 1999-2000, dix-sept des dix-huit (94,4 %) régions offrent des programmes de prévention à l'intention des groupes vulnérables. Cependant, il y a une diminution du nombre de centres de détention provinciaux qui rendent accessibles les condoms et l'eau de Javel. En 2000-2001, un certain accès au traitement à la méthadone est offert dans quinze régions, contre seize en 1999-2000. Néanmoins, un peu plus de bénéficiaires ont reçu de la méthadone cette année. Par ailleurs, en ce qui a trait au nombre de centres d'accès aux seringues stériles, bien qu'il ait eu une faible augmentation du nombre, on assiste à un plafonnement. Il faut voir tout de même que la mesure est largement implantée : 662 centres dans 16 régions. Quant au programme d'intervention sur l'infection du VIH et la grossesse, l'implantation est en partie faite dans toutes les régions du Québec, mais des efforts doivent être maintenus afin d'arriver à ce que tous les médecins offrent le test de dépistage du VIH aux femmes enceintes ou à celles qui désirent le devenir.

Au regard du **dépistage du cancer du sein**, il y a toujours treize régions où le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est implanté, ce qui représente environ 90 % des femmes visées par le programme. Il demeure néanmoins que son implantation progresse vers l'objectif souhaité pour 2001-2002. De plus, l'entrée en service des unités mobiles itinérantes de mammographie favorisera l'atteinte de l'objectif initial au cours de la prochaine année.

Relativement au **tabagisme**, la proportion de fumeurs québécois âgés de 15 ans ou plus au Québec était de 28 % en 2000. Il est important de continuer à suivre l'évolution du tabagisme dans cette population afin de vérifier si la baisse observée se maintient dans le temps. L'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, dont les résultats ont été publiés en 2001, permettra de suivre l'évolution des comportements tabagiques des jeunes. Par ailleurs, les trois types de services de soutien à l'abandon du tabagisme, soit l'information et l'orientation, le counseling individuel ainsi que le counseling de groupe, sont offerts dans la majorité des régions. On observe une légère augmentation de l'accessibilité des services par rapport à l'an dernier. Quant à la stratégie de prévention du tabagisme dans les écoles primaires et secondaires,

respectivement 19 % et 21 % des élèves ont pu être touchés par au moins un programme de prévention.

Pour ce qui est des **traumatismes non intentionnels**, au 31 mars 2001, treize des dix-huit régions comptabilisaient vingt-six projets relatifs à la prévention des blessures à domicile, principalement auprès des personnes âgées et des enfants. Parmi les projets recensés, dix ont fait l'objet d'une évaluation. À ce jour, sur ces dix projets, huit rapports d'évaluation ont été déposés. Cependant, la démonstration de l'efficacité qui permettrait d'en généraliser l'implantation dans toutes les régions reste à faire. C'est pourquoi les démarches qui visent l'évaluation de projets et la détermination des conditions nécessaires à une implantation généralisée doivent se poursuivre. À l'égard du résultat attendu voulant que des programmes d'application sélective (PAS) sur l'alcool au volant soient offerts dans toutes les régions du Québec depuis l'an 2000, l'objectif est presque atteint et l'action doit être maintenue. Quant au taux de conduite avec facultés affaiblies, il demeure conforme à celui qui était attendu, soit moins de 1 % au moment de l'application de ce programme. Enfin, le travail se poursuit en ce qui a trait à la législation et à la réglementation.

Relativement aux **traumatismes intentionnels liés à la violence envers les personnes**, dans presque toutes les régions du Québec (seize sur dix-huit), on a participé à une phase ou l'autre de la campagne de sensibilisation nationale en date du 31 mars 2001 ; les résultats sont presque atteints. Dans dix régions, on a implanté vingt nouveaux projets pilotes ou initiatives, soit onze de plus que l'an dernier. Plus de la moitié des projets pilotes ciblent les jeunes. Enfin, de plus en plus de protocoles de référence interorganismes sont en application dans les différentes régions du Québec. Il y a donc des progrès chaque année, mais il faudra continuer d'agir en ce domaine si l'on désire atteindre l'objectif visé, et cela, sur l'ensemble des territoires.

En ce qui a trait aux **traumatismes intentionnels liés au suicide**, les données récentes couvrent l'année 1999. Le taux de suicide était cette année-là de 24,4 par 100 000 habitants. En 1998, 1997 et 1996, les taux étaient respectivement de 18,6, de 18,9 et 20,1 par 100 000 habitants. Par ailleurs, en 1999, dix-sept projets pilotes ont été financés par le MSSS et ils étaient répartis dans onze régions. Les populations cibles sont les personnes qui ont des idées ou des comportements suicidaires sérieux, celles qui souffrent de troubles mentaux ou de dépendance à l'alcool, et les groupes qui présentent des facteurs de risque. L'intervention vise les milieux de travail, rural, carcéral et de réadaptation. Une évaluation globale de ces projets est en voie d'être réalisée.

Les enjeux de l'évaluation

Jusqu'à maintenant, l'évaluation des priorités nationales est demeurée une opération descriptive dont l'objectif est de rendre compte du degré d'atteinte des résultats visés. Au cours des premières années d'implantation, il est apparu essentiel d'informer rapidement les acteurs du domaine de la santé publique sur cette progression en vue d'appuyer la nécessaire mobilisation du réseau au regard des résultats escomptés.

Aujourd'hui, l'opération est rodée et sa reconduction annuelle ne fait plus de doute ; notre évaluation peut désormais avoir une portée plus large. Tout au long du présent bilan, certaines questions d'évaluation ont été abordées, entre autres la validité des données recueillies, la variabilité des résultats d'une région à l'autre et les difficultés d'implantation de certaines priorités. Pour la prochaine et dernière année d'évaluation, nous devons

continuer à fournir des efforts qui seraient susceptibles d'accroître la validité des données recueillies au regard de certaines priorités. Quant aux deux autres aspects, les bilans seront exploités au maximum pour en dégager des pistes d'action. Plusieurs questions attirent notre attention. Par exemple, que doit-on retenir de ces bilans ? Quelles perspectives pouvons-nous dégager en matière de développements à consolider ou de mesures de soutien à mettre en œuvre ? Où devons-nous intensifier nos efforts pour que la volonté d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être se traduise de la façon la plus concrète possible ?

Enfin, les principes directeurs font l'objet d'une évaluation. La recherche évaluative de ces principes est effectuée par l'Institut national de santé publique du Québec et la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux y participe financièrement. Trois des quatre principes directeurs sont évalués, soit 1) agir et comprendre, 2) s'engager davantage auprès des communautés et 3) intervenir de façon concertée et coordonnée. La méthode proposée est une évaluation participative et formative, fondée sur l'étude de cas. La recherche vise à répondre à la question suivante : comment les principes directeurs ont-ils été utilisés par les équipes de santé publique (nationale et régionales) pour atteindre ou tenter d'atteindre les résultats attendus des priorités nationales ? Puisque certains résultats visés par les priorités nationales sont plus sensibles que d'autres à la façon dont se traduisent les principes directeurs, l'étude de quatre cas est proposée, soit Naître égaux – Grandir en santé (priorités 1.1 et 1.1a), la prévention en matière de VIH-sida (priorité 3.1), la campagne de sensibilisation nationale au phénomène de la violence faite aux femmes (priorité 6a.1) et les protocoles de référence interorganismes en matière de violence conjugale (priorité 6a.3). Ce projet de recherche sur les principes directeurs est d'autant plus pertinent dans le contexte de l'élaboration du programme national de santé publique. Les résultats de l'évaluation des principes directeurs seront connus au moment de la publication du cinquième bilan des PNSP.

Poursuivre le travail

Les objectifs fixés dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* doivent être atteints en 2002. Cependant, en ce qui concerne certaines priorités, les résultats actuels sont loin des objectifs visés et certains efforts seront encore nécessaires pour y arriver. À cet effet, les acteurs du domaine de la santé publique devront continuer à mettre en commun leurs forces vives, et ce, pour l'atteinte des objectifs qui ont été convenus collectivement.

