

PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002

Vers l'atteinte des résultats attendus : 1^{er} bilan



S A N T É P U B L I Q U E

PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002

Vers l'atteinte des
résultats attendus :
1^{er} bilan



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la santé publique

Ce document a été préparé par l'équipe d'évaluation des Priorités nationales de santé publique :

Ministère de la Santé et des Services sociaux :

Lynda Fortin
Hélène Valentini
Uy Tran
Madeleine Levasseur
François Dumont
Geneviève Doray

Régies régionales, Direction de la santé publique :

Maryse Guay (Montérégie)
Serge Chevalier (Montréal-Centre)
Aline Emond (Estrie)
Denis Roy (Montréal-Centre)

Mise en page

Services d'édition EXCELL

Édition produite par

le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.
Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document.
Pour plus de renseignements :
Téléphone : **(418) 643-5573**
1 800 707-3380 (sans frais)
Télécopieur : **(418) 644-4574**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Le présent document est disponible sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1999
Bibliothèque nationale du Canada, 1999
ISBN 2-550-34084-1

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Avant-propos	5
Introduction	7
Méthodologie	9
Liste des tableaux.....	11
Liste des acronymes	13
Liste des régions sociosanitaires du Québec	14
Priorité 1 : Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes	15
Faits saillants.....	17
1.1 Accessibilité des programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité	19
1.1a Disponibilité des programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité	22
Analyse complémentaire	30
1.2 L'allaitement maternel	32
1.3 Programmation intégrée en milieu de garde.....	35
1.4 Valorisation du rôle du père.....	37
1.5 Programmation intégrée en milieu scolaire	39
Priorité 2 : Les maladies évitables par l'immunisation	41
Faits saillants.....	43
2.1 Couverture vaccinale des enfants de 2 ans.....	45
2.2 Vaccination des adolescents contre l'hépatite B et rappels	49
2.3 Élimination des maladies évitables par l'immunisation	52
2.4 Réduction de l'incidence des maladies évitables par l'immunisation	55
2.5 Vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en CHLSD	58
2.6 Vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en milieu ouvert.....	59
2.7 Taux d'utilisation des vaccins achetés	60
2.8 Vaccins soumis à une température inadéquate	61

Priorité 3 : Le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement (MTS) 63

Faits saillants.....	65
3.1 Programmes de prévention au regard des populations vulnérables	67
3.2 Politique nationale de la réduction des méfaits associés à la toxicomanie	79
3.3 Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse.....	80
3.4 Réduction de taux d'infection par le VIH des nouveau-nés.....	82
3.5 Données fiables sur l'infection par VIH, MADO, MTS	85

Priorité 4 : Le dépistage du cancer du sein 87

Faits saillants.....	89
4.1 Implantation du programme québécois de dépistage du cancer du sein	91
4.2 Taux de participation de la clientèle cible	94
4.3 Taux de cancers détectés	95
4.4 Taux de mortalité due au cancer du sein chez les femmes de 55-74 ans	96

Priorité 5 : Le tabagisme 97

Faits saillants.....	99
5.1 Stratégie de prévention du tabagisme	101
5.2 Réduction du tabagisme chez les 15 ans et plus	104
5.3 Réduction du tabagisme chez les jeunes.....	106
5.4 Soutien à l'abandon du tabagisme.....	109

Priorité 6 : Les traumatismes non intentionnels 115

Faits saillants.....	117
6.1 Prévention des blessures à domicile.....	119
6.2 Prévention des blessures en établissement	122
6.3 Programmes d'application sélective (PAS).....	123
6.4 Législations et réglementations	126

Priorité 6a : Les traumatismes intentionnels : la violence envers les personnes 133

Faits saillants.....	135
6a.1 Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes	137
6a.2 Promotion des comportements pacifiques et prévention de la violence envers les personnes.....	140
6a.3 Protocole de référence interorganisme	142

Remerciements 145

Avant-propos

Le 6 mars 1997, en lançant les **Priorités nationales de santé publique : 1997-2002**, le ministre de la Santé et des Services sociaux monsieur Jean Rochon s'est engagé à ce que, très rapidement, soit mis en place un mécanisme permettant le suivi et l'évaluation de l'atteinte des résultats visés.

Cette publication présente le bilan de la première année d'implantation. On y constatera que des actions ont été entreprises pour chacune des priorités et que certains résultats visés sont déjà atteints tandis que d'autres sont en voie de l'être. Cela constitue une excellente performance pour une première année d'implantation.

Ces bonnes nouvelles constituent un encouragement dans la poursuite des actions nécessaires à l'atteinte des résultats attendus. Jusqu'à 2002, le programme de travail est ambitieux et exigera une mobilisation soutenue des équipes régionales et ministérielles de santé publique. J'ai l'intime conviction qu'elles ont les compétences et la volonté requises pour en assurer la réalisation.

L'évaluation mise en place dès la publication des **Priorités nationales de santé publique : 1997-2002** constitue une première en santé publique et trace la voie à d'autres travaux de ce type. Nous disposons maintenant d'un premier éclairage qui doit susciter notre réflexion et soutenir notre action commune en santé publique.



Richard Massé
Sous-ministre adjoint à la santé publique

Introduction

Les **Priorités nationales de santé publique : 1997-2002** (PNSP) se situent au cœur des développements souhaités en matière d'action sur les déterminants de la santé et du bien-être pour la population du Québec au cours des prochaines années. Ce document, lancé par le ministre de la Santé et des Services sociaux en mars 1997, est orienté vers l'action et comporte des objectifs de résultats. Il apparaît essentiel dès lors, de s'assurer qu'il y ait une progression vers l'atteinte des cibles visées.

Le premier bilan du suivi et de l'évaluation des PNSP vise à rendre compte de l'état d'avancement quant à l'atteinte des résultats attendus des PNSP. Il s'agit d'une entreprise avant tout descriptive qui nous livre une « photographie » à un moment fixe soit un an après leur lancement.

Les PNSP, rappelons le, s'appuient sur quatre principes directeurs et comportent 49 résultats attendus pour sept priorités. Elles font part également d'une multitude d'actions à réaliser. L'ampleur du chantier est évidente mais l'équipe d'évaluation a, dès le départ, pris l'engagement de livrer rapidement aux intervenants de santé publique un premier produit, cela pour soutenir l'implantation des PNSP et mobiliser les équipes.

L'évaluation des PNSP comporte de multiples défis dont le principal tient à la nature même des résultats visés. Pour les évaluer, ceux-ci doivent être clairs, précis et évaluables. Dans la réalité, leur formulation est le fruit de consensus et leur atteinte est soumise aux contraintes inhérentes à l'action. En conséquence, plusieurs résultats attendus sont difficiles, voire même dans certains cas impossibles à évaluer.

Le second défi a trait à l'objet évalué, lequel peut parfois n'être pas pris en considération dans les sources d'information traditionnelles comme les données sociosanitaires, les informations de gestion ou les enquêtes et sondages. Dans bien des cas, la disponibilité des données a influencé la définition même des indicateurs utilisés.

Enfin, un suivi axé sur les résultats visés laisse également beaucoup de choses en plan. Dans plusieurs cas, il aurait été nécessaire d'aller plus loin que ne l'exige le libellé du résultat si on voulait l'apprécier à sa juste valeur. Il aurait fallu être en mesure de le contextualiser quant aux événements clés, aux conditions préalables, aux ressources accordées, etc., autant d'éléments importants pour comprendre et expliquer la « photographie » que nous livre ce rapport.

L'information demeure donc perfectible mais il faut comprendre l'évaluation des PNSP comme une démarche qui vise à susciter des questions, des débats sur les actions prioritaires en santé publique. Ce bilan permet également de sensibiliser les décideurs, les intervenants en santé publique et ultimement la population sur différents enjeux. Il contribue aussi à améliorer les systèmes d'information existants ou à favoriser des développements éventuels, puisque l'examen réalisé à l'occasion de ce premier bilan a permis de vérifier la disponibilité, la qualité et la fiabilité de l'information disponible.

Les activités de surveillance en santé publique ont jusqu'à maintenant surtout été orientées vers la surveillance épidémiologique de la santé et du bien-être, ce qui demeure une dimension essentielle mais insuffisante pour soutenir l'action et la décision. Des chantiers tels que celui sur l'évaluation des PNSP sont des occasions à ne pas manquer pour ouvrir de nouvelles avenues en connaissance, surveillance et évaluation en santé publique.

Méthodologie

Objets d'évaluation

Dans le cadre de cette démarche, l'équipe d'évaluation a décidé de ne retenir comme objet d'évaluation que les résultats attendus des PNSP et non toutes les actions y figurant. Il a aussi été délibérément décidé de ne pas élargir la collecte d'information à d'autres aspects que ceux directement liés aux résultats attendus. Le travail de l'équipe d'évaluation au cours de l'an 1 s'est concentré en grande partie sur le développement de mesures permettant de rendre compte des résultats visés par les PNSP.

Méthode

Pour chaque résultat attendu, un indicateur a été développé. Cette démarche implique d'abord l'analyse systématique des termes de chaque résultat attendu et le développement d'une définition la plus précise possible de chacun des concepts impliqués. Cette première étape franchie, un examen approfondi des sources de données en fonction de critères de disponibilité, de validité et de fiabilité a été réalisé.

Ce premier examen de l'information existante a permis d'identifier trois manières différentes d'obtenir l'information : par les systèmes d'information existants, par des enquêtes ou des fichiers populationnels ou par le développement d'outils de collecte de données. Compte tenu de la nature des résultats attendus, c'est cette dernière façon de faire qui a, la plupart du temps, été utilisée. Des instruments ont donc été développés et regroupés dans un questionnaire accompagné d'un cahier technique explicitant les définitions des objets à mesurer.

Les réponses aux questionnaires ont ensuite été saisies et analysées, des relances ont été faites soit pour vérifier les réponses transmises soit pour augmenter le taux de réponses. Les premiers résultats ont été communiqués lors des Journées annuelles de santé publique en novembre 1998. Une dernière ronde de corrections a été effectuée en décembre 1998 à la suite de la publication de ces résultats préliminaires.

Processus d'évaluation

Le processus d'évaluation a été animé par une équipe de réalisation centrale MSSS-Régies soutenue dans toute la démarche par des groupes d'experts spécifiquement rattachés à chacune des priorités, que ce soit pour le développement des indicateurs, la mise au point des outils et l'analyse. Dès le départ, il a été clairement affirmé que l'évaluation devait soutenir l'implantation et la mobilisation des acteurs de santé publique. La démarche et l'état d'avancement des travaux de même que certains enjeux d'orientation ont régulièrement fait l'objet de discussions au niveau de plusieurs instances décisionnelles.

Étapes et échéancier

L'équipe d'évaluation a été formée en avril 1997, soit un mois après le lancement des Priorités nationales. Suite aux premières sessions de travail, il a été décidé de livrer le bilan le plus tôt possible après la première année d'implantation des Priorités.

Les travaux de l'équipe ont débuté en septembre 1997 et l'automne de cette année a été dévolu à

préciser les concepts et examiner les sources de données disponibles. L'hiver 1998 a été consacré au développement et à la validation de l'instrumentation et la collecte d'information a débuté en mai 1998. Les relances et les analyses se sont déroulées au cours de l'été 1998 pour conduire à un document préliminaire en novembre 1998 qui a fait l'objet d'une dernière validation auprès des régions de novembre à décembre.

Limites quant à l'interprétation

Les instruments utilisés sont perfectibles. De plus, les répondants ont eu moins de trois mois pour transmettre l'information. On leur a demandé de le faire rétrospectivement et ce « retour dans le passé » a pu constituer une contrainte supplémentaire pour les répondants responsables de colliger l'information.

Il s'agit d'un portrait statique des activités ayant eu cours entre le 1^{er} avril 1997 et le 31 mars 1998. Parfois, le niveau d'avancement quant au résultat attendu traduit une situation régionale particulière (par exemple un travail déjà amorcé depuis plusieurs années) plutôt que le niveau d'implantation des PNSP. A l'inverse, il ne faut pas se surprendre de la distance entre la situation actuelle et les résultats visés puisque nous en sommes à la première année d'implantation. Enfin, certaines priorités ont fait l'objet d'investissements 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 les fiches techniques accompagnant les questionnaires transmis à toutes les régions. Le lecteur devra donc être prudent dans l'interprétation des données présentées.

Liste des tableaux

Tableau 1.1 :	Proportion des femmes sous-scolarisées rejointes par un programme intégré selon la déclaration des répondants régionaux, 1997-1998	20
Tableau 1.1a :	Nombre de CLSC offrant un programme de type NEGS, 1997-1998	26
Tableau 1.1b :	Nombre de CLSC selon la durée de l'offre de service prénatale et postnatale, 1997-1998	27
Tableau 1.1c :	Nombre de CLSC selon le nombre de contacts en pré et postnatal, 1997-1998	28
Tableau 1.1d :	Proportion des territoires de CLSC selon l'offre des composantes du suivi individuel du programme intégré de type NEGS, 1997-1998	29
Tableau 1.2 :	L'allaitement maternel, 1997-1998	34
Tableau 1.3 :	Programmation intégrée en milieu de garde, 1997-1998	36
Tableau 1.4 :	Valorisation du rôle du père, 1997-1998	38
Tableau 2.1 :	Couverture vaccinale des enfants de 2 ans (situation au 31 décembre 1997)	48
Tableau 2.2 :	Vaccination des adolescents contre l'hépatite B et rappels (pour l'année scolaire 1996-1997)	51
Tableau 2.3.1 :	Taux brut d'incidence des maladies évitables par l'immunisation, Québec 1990-1997 (taux par 100 000 h)	54
Tableau 2.4.1 :	Taux brut d'incidence de maladies évitables par l'immunisation, Québec 1990-1997 (taux brut par 100 000 h)	56
Tableau 2.4.2 :	Taux d'incidence moyen brut, 1992-1996, et taux d'incidence, 1997, Québec (taux brut par 100 000 h)	57
Tableau 2.4.3 :	Nombre et proportion des cas d'hépatite A selon les facteurs de risque, Québec, 1996-1997	57
Tableau 3.1 :	Programmes de prévention au regard des populations vulnérables, 1997-1998	74
Tableau 3.1a :	Programmes de prévention au regard des toxicomanes, 1997-1998	75
Tableau 3.1b :	Accessibilité au condom dans les écoles, 1996	76
Tableau 3.1c :	Accessibilité au condom dans les écoles, comparaison entre les données provenant des CLSC et les données provenant des directions d'école, 1996	77

Tableau 3.1d :	Portrait des centres d'accès aux seringues du Québec au 1 ^{er} décembre 1997 ...	78
Tableau 3.4 :	Évolution des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le groupe non traité.....	83
Tableau 3.4a :	Évolution des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le groupe traité	84
Tableau 4.1 :	Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein – État de la situation au 31 mai 1998	93
Tableau 5.1 :	Stratégie de prévention du tabagisme : la situation dans les écoles en 1998	103
Tableau 5.2 :	Proportion de fumeurs chez les 15 ans et plus dans certaines régions du Québec, 1997-1998	105
Tableau 5.3 :	Proportion de fumeurs chez les jeunes dans certaines régions du Québec, 1997-1998	108
Tableau 5.4a :	Soutien à l'abandon du tabagisme, 1997-1998	112
Tableau 5.4b :	Soutien à l'abandon du tabagisme : méthodes individuelles de soutien à l'abandon du tabagisme, 1997-1998	113
Tableau 5.4c :	Soutien à l'abandon du tabagisme : méthodes de groupe de soutien à l'abandon du tabagisme, 1997-1998	114
Tableau 6.1 :	Prévention des blessures à domicile	121
Tableau 6.3 :	Programme d'application sélective (PAS)	125
Tableau 6.4 :	Législations et réglementations provinciales (faisant référence aux questions 1-2-3-4-5-7) - État de situation au 31 mars 1998.....	128-129
Tableau 6.4a :	Municipalités ayant adopté une réglementation concernant la sécurité dans les piscines (question 6.4-6) – État de la situation au 31 mars 1998	130
Tableau 6.4b :	Législations et réglementations municipales (question 8), – État de la situation au 31 mars 1998	131
Tableau 6a.1 :	Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes	139
Tableau 6a.2 :	Promotion des comportements pacifiques et prévention de la violence envers les personnes	141
Tableau 6a.3 :	Protocole de référence interorganisme, 1997-1998	144

Liste des acronymes

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
CAPAS	Centre d'aide aux personnes agressées sexuellement
CH	Centre hospitalier
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
CV	Couverture vaccinale
DCTPH	Diphtérie, coqueluche, tétanos, polio, <i>Hæmophilus influenzae</i> type b
DRSP	Direction régionale de santé publique
DSP	Direction de la santé publique
DTP	Diphtérie, tétanos, polio
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MRC	Municipalité régionale de comté
MTS	Maladie transmissible sexuellement
NEGS	« Naître égaux et grandir en santé »
OLO	« Œuf, lait et orange »
PAS	Programme d'application sélective
PODCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
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
VIH	Virus d'immunodéficience acquise

Notes :

- Dans les tableaux sont utilisés les abréviations suivantes : n.d. (non disponible) ; n.a. (non applicable) ; n.r. (non réponse) ; n.s.p. (ne sait pas).
- La plupart du temps, le dénominateur utilisé dans le calcul de l'indicateur tient compte uniquement des régions qui ont répondu à la question. Il n'est donc pas surprenant qu'il soit différent de la sommation des cellules de la colonne dans les tableaux.

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

priorité 1

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



Faits saillants

Cinq résultats sont attendus quant à cette priorité. Ils portent sur l'atteinte de populations cible par les programmes de périnatalité et sur la disponibilité de ces programmes, sur l'allaitement maternel, sur la mise en place de programmes intégrés en milieu de garde, sur l'inclusion systématique d'un volet sur la valorisation du rôle du père dans les programmes de périnatalité et sur la mise en place d'une programmation intégrée en santé et services sociaux en milieu scolaire.

Le bilan permet d'estimer à environ 1 300 le nombre de femmes sous-scolarisées rejointes en 1997-1998, soit 15 % de la population ciblée. De même, on estime que les programmes seraient mis en place dans 67 CLSC, soit 56 % des CLSC des 15 régions ayant répondu à la question posée. Dans la pratique, les programmes offerts varient considérablement, notamment sur le plan de la continuité et de l'intensité ; règle générale, c'est en postnatal que la continuité du programme s'érode. Si 71 CLSC commencent le suivi vers la vingtième semaine de grossesse, seulement 31 le poursuivent jusqu'à ce que l'enfant ait 2 ans et 16 offrent à la fois le suivi à partir de la vingtième semaine de grossesse et le poursuivent jusqu'à ce que l'enfant ait 2 ans. Les données recueillies doivent être interprétées avec précaution car elles sont sujettes à de multiples variations. En effet, le bilan a permis de constater que nous ne disposons pas actuellement de données fiables permettant de mesurer l'ampleur et le profil de l'action de santé publique en périnatalité.

Le bilan nous apprend aussi que huit régions disposent d'information sur l'allaitement et malgré la diversité de celles-ci, il semble qu'on puisse estimer le taux d'allaitement à environ 60 % à la sortie de l'hôpital.

En ce qui concerne la programmation intégrée en milieu de garde pour les enfants en situation d'extrême pauvreté, on ne peut en ce moment déterminer la proportion de jeunes en situation d'extrême pauvreté qui aurait été rejointe, ni la proportion de CLSC offrant le service. Huit régions offriraient le service parmi celles-ci, une seule région offrirait ce service sur l'ensemble de son territoire.

L'intégration d'un volet sur la valorisation du rôle du père dans les programmes de périnatalité est une préoccupation. En effet, quatorze autres régions déclarent l'inclure parfois mais une seule déclare que ce volet est présent dans tous ses programmes.

Enfin, un document d'orientation sur les compétences essentielles à intégrer dans le curriculum scolaire a été préparé conjointement avec le MEQ et présenté à la Commission des programmes du MEQ. Quoique ce document n'ait pas été officialisé, il sert de référence dans l'élaboration des programmes d'étude dans le cadre de la réforme de l'éducation.

1.1 Accessibilité des 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 périnatale de type NEGS (« Naître égaux et grandir en santé »).

Définition

Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention périnatale de type NEGS présente les caractéristiques suivantes :

- un suivi intensif comprenant 10 rencontres prénatales et 25 rencontres ou contacts postnataux personnalisés ;
- le suivi débute à la vingtième semaine de grossesse et se termine à 2 ans ;
- le suivi comporte les composantes suivantes : santé, nutrition, soutien à l'allaitement, suivi psychologique, développement des compétences parentales, soutien au développement de l'enfant, au réseau social et soutien socio-économique ;
- le suivi est effectué par une intervenante privilégiée qui réalise au moins la moitié des rencontres ou contacts prévus (environ 17) ;
- l'intervenante est soutenue par une équipe interdisciplinaire ;
- le suivi s'appuie à la fois sur une collaboration et une concertation avec les ressources du milieu et sur une action intersectorielle locale.

Indicateur

Proportion de mères (%) sous-scolarisées rejointes par un programme de type NEGS.

Observation

Sur dix-huit régions, douze ont transmis les données concernant le nombre de femmes rejointes par un programme NEGS. Cependant, plusieurs d'entre elles apportent des nuances sur la fiabilité de leurs données. La mesure de cet objectif pose de multiples problèmes qui seront exposés en détail. *Soulignons néanmoins que les résultats de cet indicateur sont très dissemblables de ceux que laisse l'indicateur suivant (1.1a). La lecture simultanée des deux résultats ainsi que celle de la page de discussion sont fortement conseillées.*

Résultats

Les données recueillies permettent d'estimer qu'environ 1 300 femmes québécoises ont été rejointes par un programme intégré de type NEGS, entre le 31 mars 1997 et le 1^{er} avril 1998. Si on rapporte ce nombre à l'ensemble des mères sous-scolarisées vivant dans les régions ayant répondu à la question (8 579), on obtient un taux d'atteinte de 15 % de la population visée. Le taux d'atteinte des populations cibles est fort variable d'une région à l'autre. Dans cinq régions, aucune femme n'a été rejointe par un programme présentant les caractéristiques mentionnées. Dans certains cas, la

situation s'explique parce que le programme n'est pas encore implanté. Quatre régions présentent des taux d'atteinte assez élevés soit entre 38, 58 et 100 %. Deux autres régions atteignent respectivement 10 et 14 % de la clientèle visée. Le questionnaire distribué aux régions ne permet pas d'expliquer ces écarts. L'objectif de rejoindre 50 % de la population cible est donc loin d'être atteint et des efforts additionnels devraient être consentis pour accroître la progression vers ce dernier.

Les données recueillies permettent de faire certains constats en ce qui concerne l'implantation du programme intégré en périnatalité au Québec. Chaque région, chaque CLSC, fait sa propre interprétation du programme souhaitable et utilise certaines composantes du programme selon les besoins régionaux (intensité du suivi, nombre d'intervenants, type de collaboration, etc.). Plusieurs régions offrent dans leurs CLSC le programme OLO avec l'ensemble des composantes du programme intégré excepté le suivi postnatal jusqu'à deux ans.

Limites méthodologiques

Les limites méthodologiques de l'indicateur sont nombreuses. Sur le plan conceptuel, d'abord la notion de « population sous-scolarisée en situation d'extrême pauvreté » a été réduite à la seule dimension de la sous-scolarisation (moins de onze ans de scolarité). Or, la sous-scolarisation n'est pas aussi étroitement associée au faible revenu en région éloignée qu'elle peut l'être en région métropolitaine. De plus, le critère de la sous-scolarisation colle imparfaitement aux situations temporaires de pauvreté (perte d'emploi) et aux nouvelles réalités du marché du travail dans la population des moins de 35 ans.

Sur le terrain, le recrutement des femmes au sein du programme repose souvent sur plusieurs critères (faible revenu, vulnérabilité, isolement social, etc.). L'analyse de l'information sur la base de la sous-scolarisation est la plus simple, mais elle pose des problèmes qui se trouvent accentués par l'absence de système d'information standardisé. Enfin, dans certains cas, l'écart entre les données du MSSS sur les naissances et celles transmises par les régions était assez important pour nécessiter un ajustement.

En résumé

Le résultat attendu pour 2002 est de rejoindre 50 % des femmes québécoises enceintes sous-scolarisées et en situation d'extrême pauvreté par un programme de type NEGS. En 1996, on a dénombré 12 095¹ naissances de mères ayant moins de onze ans de scolarité. La taille de la population à rejoindre au Québec serait donc d'environ 6 000 femmes (50 % de 12 095). Les données actuelles permettent d'estimer à 15 % la proportion de femmes rejointes dans les régions ayant répondu au questionnaire. Il reste donc beaucoup de travail à faire dans l'ensemble des régions du Québec pour parvenir à ce résultat. Seules deux régions semblent avoir atteint l'objectif visé, si l'on considère le pourcentage de femmes rejointes.

Cependant, dans ces régions, l'application d'un programme de type NEGS n'est pas rigoureusement conforme à la définition indiquée. D'ailleurs, l'analyse des réponses ayant servi à mesurer le résultat suivant (1.1a) démontre clairement une grande différence entre la perception des intervenants en ce qui a trait au niveau d'implantation du programme intégré et les critères établis dans la collecte de données.

Ce premier bilan devrait susciter un débat sur les critères à privilégier dans un tel programme, sur le type de population à cibler selon un critère autre que le seul critère de la « scolarité » et sur les moyens à se donner pour améliorer la mesure de ce résultat attendu.

1. Fichier des naissances du MSSS, 1996.

Tableau 1.1 : Proportion des femmes sous-scolarisées rejointes par un programme intégré selon la déclaration des répondants régionaux, 1997–1998

Régions*	Nombre de femmes rejointes selon la déclaration des répondants régionaux (31-03-97 au 01-04-98)	Nombre de naissances de mères sous-scolarisées 1996 ¹	Pourcentage de femmes rejointes (%)
01	118	288	41
02	51	372	14
03	0	485	0
04	412	708	58
05	0	481	0
06	375 ²	3 642	10
07 ³	n.d.	625 ⁴	n.d.
08	130	339	38
09	38	451	8
10	n.d.	40 ⁴	n.d.
11	n.s.p.	248	n.s.p.
12	n.d.	432 ⁴	n.d.
13	n.d.	359 ⁴	n.d.
14	0	685	0
15	0	786	0
16 ⁵	n.d.	1 846 ⁴	n.d.
17	0	164	0
18	178	178	100
Total	1 302	8 579	15⁶

* Voir la liste des régions en page 14.

- Données transmises par les régions, excepté pour la région de Chaudière–Appalaches (estimé à partir du fichier du MSSS, car données non transmises). La région de Montréal a fourni des données pour les 8 territoires où sont offerts les programmes NEGS et non pour les 29 territoires. Pour cette région, nous avons attribué le nombre de naissances inscrit dans le fichier des naissances de 1996 du MSSS.
- À Montréal, l'implantation de NEGS est limitée aux territoires de CLSC qui participent à l'évaluation du programme en période prénatale.
- Une partie des naissances de l'Outaouais ont lieu dans des hôpitaux ontariens. Le registre ontarien des naissances n'enregistrant pas la scolarité de la mère, nous avons extrapolé cette partie de la population.
- Ne figurent pas dans le total de la colonne.
- Ces données ont été reçues en novembre 1998 mais n'ont pas été intégrées au rapport final pour des raisons de délai.
- Colonne 1 divisé par la colonne 2.

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

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

Définition

Pour être conforme à la définition retenue dans le questionnaire, le programme intégré de promotion de la santé et de prévention périnatale de type NEGS doit présenter toutes les caractéristiques suivantes :

- un suivi intensif comprenant 10 rencontres prénatales et 25 rencontres ou contacts postnataux personnalisés ;
- le suivi débute à la vingtième semaine de grossesse et se termine à 2 ans ;
- il comporte les composantes suivantes : santé, nutrition, soutien à l'allaitement, suivi psychologique, développement des compétences parentales, soutien au développement de l'enfant, au réseau social et soutien socio-économique ;
- le suivi est effectué par une intervenante privilégiée qui réalise au moins la moitié des rencontres ou contacts prévus (environ 17) ;
- l'intervenante est soutenue par une équipe interdisciplinaire ;
- le suivi s'appuie à la fois sur une collaboration et une concertation avec les ressources du milieu et sur une action intersectorielle locale.

Indicateur

Proportion des territoires de CLSC (%) où est offert un programme de type NEGS.

Résultats

La majorité des régions (15) ont pu répondre à la question 1.1a sur le niveau de disponibilité du programme NEGS ; trois régions ont indiqué que les données n'étaient pas disponibles¹. Bien que la majorité des régions aient rempli la grille d'évaluation, toutes n'ont pas répondu clairement aux questions ou ont omis de fournir certaines données telles que le nombre de territoires de CLSC, le niveau d'implantation du programme, les durées du suivi ou encore le nombre de contacts avec une intervenante privilégiée.

Deux volets d'analyse

Les questions utilisées pour mesurer l'objectif comportent deux volets qui doivent être mis en parallèle pour mieux apprécier l'atteinte du résultat attendu :

1. Certaines des données ont été reçues en novembre 1998 mais n'ont pas été intégrées au rapport final pour des raisons de délais.

- la première partie de la question vise à recenser les territoires de CLSC où un programme de type NEGS est offert. La réponse à cette question constitue le « nombre déclaré » de territoires où le programme est offert ;
- une grille plus approfondie complète la réponse et permet de connaître les composantes précises du programme offert dans chaque territoire de CLSC. À partir de ces renseignements, il est possible de ne retenir que les territoires de CLSC où tous les critères du programme sont respectés. On a créé ainsi une variable plus restrictive appelée « nombre estimé selon les critères NEGS ».

Dans les 15 régions ayant répondu, on dénombre au total 119 CLSC, dont 67 offrirait un programme intégré de type NEGS. Selon ces chiffres, le taux d'atteinte du résultat attendu se situerait autour de 56 %. Les résultats sont présentés au tableau 1.1a. Sept régions (43 CLSC) offrirait le programme sur l'ensemble de leur territoire. Deux régions déclarent que ce type de programme est totalement absent de leur région.

Cependant, une analyse plus approfondie en fonction de la présence de tous les critères NEGS donne une lecture fort différente et révèle qu'un seul CLSC offre un programme qui respecte tous les critères d'un programme de type NEGS (région de la Mauricie et du Centre-du-Québec).

Il existe donc une différence importante entre la perception du niveau d'implantation par les répondants régionaux (nombre déclaré) et le niveau observable à partir des critères retenus dans le questionnaire (nombre estimé selon les critères NEGS). Ces données confirment l'hypothèse selon laquelle la plupart des programmes offerts en région ne sont pas conformes à l'ensemble des dimensions du programme de type NEGS et qu'ils s'approchent plutôt d'une sorte de « OLO enrichi ». L'écart entre le niveau d'implantation perçu et le niveau observable met aussi en cause le concept de programme intégré, qui est actuellement défini par les composantes du NEGS, mais qui pourrait évoluer vers une simplification ou être axé seulement sur les éléments essentiels.

Enfin, cette information jette un doute sur le résultat de l'indicateur précédent relatif à la proportion de mères. Si un seul CLSC offre réellement le programme tel qu'il a été défini, le taux d'atteinte des populations cibles du programme est certainement inférieur au taux mentionné précédemment. Pour l'an 2 du suivi et de l'évaluation PNSP, cette ambiguïté devra être dissipée.

L'analyse qui suit porte sur la durée, l'intensité, et les composantes du programme. Malgré toutes les limites énoncées précédemment, les réponses au questionnaire sur certains aspects bien précis permettent des interprétations intéressantes quant aux composantes fondamentales des programmes en périnatalité.

Pour être efficace, un programme intégré en périnatalité destiné à des populations vulnérables doit être amorcé tôt durant la grossesse (au plus tard à la vingtième semaine) et doit inclure une période de suivi postnatal jusqu'à 2 ans.

Au cours de cette période, il importe aussi que la femme et son bébé bénéficient d'un suivi d'une certaine intensité. On suggère dix rencontres prénatales, soit à peu près une par deux semaines si le suivi débute à la vingtième semaine de grossesse. En période postnatale, soit de l'accouchement à deux ans, on suggère environ 25 rencontres ou contacts

Durée

Le tableau 1.1b présente les résultats quant au respect des critères de durée. L'intervention précoce semble assez répandue. Plusieurs CLSC commencent les suivis avant la vingtième semaine de grossesse (63,3 %)¹. En moyenne, le suivi débute vers la quinzième semaine de grossesse. Dans huit régions, tous les CLSC offrent un service qui débute à la vingtième semaine ou avant. Quatre régions n'ont fourni aucune réponse à cette question.

Cependant, le suivi postnatal s'échelonne rarement jusqu'à 2 ans. Seulement deux régions déclarent que tous les CLSC de leur territoire offrent un suivi d'une telle durée. Au total, 28 % des CLSC (31) offrent un suivi jusqu'à 24 mois. La durée moyenne du suivi postnatal est de quinze mois. Cette observation soutient les commentaires exprimés par les intervenants du secteur quant à la difficulté de maintenir une offre de service en postnatal, surtout après douze mois.

Bien évidemment, la juxtaposition des deux critères (début du suivi et fin du suivi) produit un sous-ensemble encore plus réduit. En tout, 24 CLSC (21,4 %) offrent un suivi débutant à la vingtième semaine de grossesse (ou avant) et se terminant à 24 mois au plus tard. La majorité d'entre eux (9) sont situés dans la même région.

Intensité du suivi

Le tableau 1.1c présente les résultats détaillés quant à l'intensité du programme intégré. Le critère retenu par les experts consultés au moment de l'élaboration du questionnaire était de dix rencontres prénatales. En raison de la forme de la distribution de fréquence², nous avons un peu élargi le critère et retenu tous les CLSC offrant huit rencontres prénatales.

Ici encore, la performance observée dans le suivi prénatal est supérieure à celle du suivi postnatal. Cinq régions n'ont pas répondu à la question. Pour les régions sur lesquelles nous avons des données, on observe en moyenne douze rencontres prénatales. Au total, 62 CLSC (57 %) offrirait un programme comportant au moins huit rencontres avant la naissance de l'enfant. Dans cinq régions, tous les CLSC offrent le nombre requis de rencontres, tandis que quatre autres régions offrent ce service dans une proportion de 50 % et plus.

Le suivi postnatal devrait compter 25 rencontres ou autres types de contacts. En moyenne on prévoit quinze rencontres postnatales. Cette information est évidemment fortement associée à la durée du suivi postnatal qui est d'environ quinze mois. Il semble possible d'affirmer que le rythme moyen d'un contact (ou rencontre) par mois est largement répandu.

Seulement dix-huit CLSC (17 %) offrent un service qui inclut les 25 rencontres ou contacts selon les critères NEGS. Deux régions de l'est du Québec et de la Baie-James offrent ce niveau d'intensité sur 100 % de leurs territoires. La majorité des autres régions offrent un suivi postnatal beaucoup moins intensif et très variable. Cinq régions n'ont pas fourni d'information à cet égard. Les régions qui offrent l'intensité souhaitée dans le suivi postnatal offrent aussi généralement celle requise dans le suivi prénatal. Ainsi, la juxtaposition des deux aspects (10 rencontres prénatales et 25 contacts postnatales) permet de regrouper les mêmes dix-huit CLSC. Le commentaire précédent sur la difficulté d'étendre le suivi postnatal au-delà d'un an semble ici trouver un écho et indiquer une piste de réflexion pour les acteurs en périnatalité.

1. Proportion calculée sur le nombre de CLSC déclaré par les régions ayant répondu.

2. On observe un regroupement « naturel » des données de 12 à 8 rencontres.

Les composantes

Le programme NEGS doit inclure une vaste gamme de composantes : suivi de santé, suivi nutritionnel, soutien à l'allaitement, suivi psychologique, développement des compétences parentales, soutien au développement de l'enfant, au réseau social et soutien socio-économique.

Ce sont les dimensions traditionnelles axées sur la santé physique qui sont le plus fréquemment observées (suivi de santé, suivi nutritionnel et soutien à l'allaitement) dans plus de 60 % de CLSC. Les dimensions sociales (suivi psychosocial, soutien au développement de l'enfant et des compétences parentales, soutien au réseau social et soutien socio-économique) sont moins fréquentes pour un peu plus de 50 % d'entre eux. Le tableau 1.1d présente des résultats plus détaillés.

Outre ces composantes, 27 % des CLSC (données non présentées en tableau) offrent un volet d'accompagnement communautaire et 39 % un volet d'action intersectorielle.

Le suivi est assuré par une intervenante privilégiée dans la plupart des CLSC et cette dernière est le plus souvent une infirmière (47 %). Dans 38 % des CLSC, celle-ci est soutenue par une équipe interdisciplinaire qui inclut dans 43 % des cas une travailleuse sociale et dans une proportion de 25 % une nutritionniste. D'autres professionnels ou intervenants peuvent aussi collaborer au suivi, par exemple une éducatrice ou une psychologue, mais leur présence est liée au type de composantes du suivi privilégiées dans l'application du programme.

La collaboration avec les ressources du milieu prend généralement la forme de référence et d'accompagnement vers des organismes communautaires et d'autres ressources locales (43 %). On note peu d'ententes de services entre l'établissement responsable du suivi individuel et des organismes communautaires. Par ailleurs, la participation d'intervenants communautaires à des rencontres d'équipes du CLSC est rarement déclarée.

Enfin, pour ce qui est de l'action intersectorielle, les principaux intervenants sont les CLSC, les centres jeunesse et les centres de la petite enfance. Les représentants des commissions scolaires et des municipalités sont rarement inclus dans l'action intersectorielle (environ une fois sur dix).

En résumé

Le résultat attendu pour 2002 est que tous les CLSC offrent des programmes de type NEGS. Pour l'instant, nous obtenons des indications divergentes : la déclaration des répondants régionaux (56 % des CLSC) et une réponse plus restrictive (un CLSC), basée sur l'analyse de l'ensemble des composantes d'un programme de type NEGS. D'un point de vue ou de l'autre, des efforts continus seront nécessaires pour atteindre l'objectif.

Quoi qu'il en soit, le présent exercice montre bien l'importance de parvenir à une vision partagée par les acteurs en périnatalité quant à la structure d'un programme intégré réaliste et à sa qualité. Cette démarche est préalable à la mesure de tout résultat attendu.

Néanmoins, l'analyse des données permet de constater que, si l'offre de services prénatals est relativement bien structurée, celle des services postnatals semble plus variable et moins conforme aux critères. Les services offerts à la mère et à son bébé doivent continuer d'être une cible majeure dans la consolidation ou l'amélioration des services en périnatalité.

Tableau 1.1a : Nombre de CLSC offrant un programme de type NEGS, 1997–1998

Régions*	CLSC offrant un programme de type NEGS selon les répondants régionaux	Nombre de territoires de CLSC déclarés ¹
01	9	9
02	2	6
03	0	9
04	10	10
05	8	8
06	8	29
07	5	9
08	4	6
09	3	6
10	n.d.	4 ²
11	6	6
12	n.d.	11 ²
13	2	4
14	6	6
15	0	7
16	n.d. ³	19 ²
17	2	2
18	2	2
Total	67 (56 %)⁴	119

* Voir la liste des régions en page 14.

1. Nous utilisons ici le nombre de CLSC déclaré par chaque région (153) et non le découpage territorial du MSSS (169). Nous supposons que la différence provient des fusions récentes et que les déclarations des régions reflètent mieux la réalité de l'offre de services que le découpage territorial du MSSS. Lorsque le répondant régional n'a pas fourni le nombre de CLSC sur son territoire, nous avons imputé le nombre observé selon le découpage territorial du MSSS (Montréal-Centre, Chaudière–Appalaches, Laurentides et Baie-James).
2. Ne figure pas dans le total de la colonne.
3. Données transmises en novembre 98 n'ont pu être intégrées pour cause de délai.
4. Proportion calculée sur le nombre de CLSC identifié par les régions ayant répondu.

Tableau 1.1b : Nombre de CLSC selon la durée de l'offre de service prénatale et postnatale, 1997–1998

Régions*	CLSC offrant le suivi prénatal à 20 sem. ou plus tôt	CLSC offrant le suivi postnatal jusqu'à 24 mois	CLSC offrant le suivi prénatal de 20 sem. à 24 mois en postnatal	Nombre de territoires de CLSC déclarés ¹
01	9	9	9	9
02	2	1	0	6
03	9	0	0	9
04	10	5	2	10
05	8	1	0	8
06	8	8	8	29
07	0	2	0	9
08	4	0	0	6
09	3	3	3	6
10	n.r.	n.r.	n.r.	4 ²
11	6	0	0	6
12	n.d.	n.d.	n.d.	11 ²
13	2	0	0	4
14	6	0	0	6
15	n.r.	n.r.	n.r.	7 ²
16	n.r. ⁵	n.r.	nr	19 ²
17	2	0	0	2
18	2	2	2	2
Total	71 CLSC débutent à 20 sem. ou moins (63,3 %)³ Début du suivi : en moyenne 15^e semaine⁴	31 CLSC offrent le suivi jusqu'à 24 mois (28 %)³ Durée moyenne du suivi : 15^e mois⁴	24 CLSC (21,4 %)³	112

* Voir la liste des régions en page 14.

1. Nous utilisons ici le nombre de CLSC déclaré par chaque région (153) et non le découpage territorial du MSSS (169). Nous supposons que la différence provient des fusions récentes et que les déclarations des régions reflètent mieux la réalité de l'offre de services que le découpage territorial du MSSS. Lorsque le répondant régional n'a pas fourni le nombre de CLSC sur son territoire, nous avons eu recours au nombre de CLSC selon le découpage territorial du MSSS (Montréal-Centre, Chaudière-Appalaches, Laurentides et Baie-James).

2. Ne figure pas dans le total de la colonne.

3. Proportion calculée sur le nombre de CLSC identifié par les régions ayant répondu.

4. Les moyennes sont calculées à partir de l'ensemble des fréquences brutes déclarées par les répondants régionaux qui ne sont pas toutes inscrites dans ce tableau.

5. Données transmises en novembre 98 et non intégrées pour cause de délai.

Tableau 1.1c : Nombre de CLSC selon le nombre de contacts en pré et postnatal, 1997–1998

Régions*	CLSC prévoyant 8 rencontres prénatales	CLSC prévoyant 25 contacts en postnataux	CLSC prévoyant 8 rencontres prénatales et 25 contacts postnataux	Nombre de territoires de CLSC déclarés ¹
01	9	9	9	9
02	1	0	0	6
03	8	0	0	9
04	7	1	1	10
05	8	0	0	8
06	8	0	0	29
07	1	0	0	9
08	4	0	0	6
09	n.r.	n.r.	n.r.	6 ²
10	n.r.	n.r.	n.r.	4 ²
11	6	6	6	6
12	n.d.	n.d.	n.d.	11 ²
13	1	0	0	4 ²
14	5	0	0	6
15	n.r.	n.r.	n.r.	7
16	n.r. ⁵	n.r.	n.r.	19 ²
17	2	0	0	2
18	2	2	2	2
Total	62 CLSC prévoyant au moins 8 rencontres (57 %)⁴ Nombre moyen de rencontres prévues : 12³	18 CLSC prévoyant 25 contacts postnataux (17 %)⁴ Nombre moyen de contacts prévus : 15³	18 CLSC (17 %)⁴	109

* Voir la liste des régions en page 14.

1. Nous utilisons ici le nombre de CLSC déclaré par chaque région (153) et non le découpage territorial du MSSS (169). Nous supposons que la différence provient des fusions récentes et que les déclarations des régions reflètent mieux la réalité de l'offre de services que le découpage territorial du MSSS. Lorsque le répondant régional n'a pas fourni le nombre de CLSC sur son territoire, nous avons eu recours au nombre de CLSC selon le découpage territorial du MSSS (Montréal-Centre, Chaudière-Appalaches, Laurentides et Baie-James).

2. Ne figure pas dans le total de la colonne.

3. Les moyennes sont calculées à partir de l'ensemble des fréquences brutes déclarées par les répondants régionaux, qui ne sont pas toutes inscrites dans ce tableau.

4. Proportion calculée sur le nombre de CLSC identifié par les régions ayant répondu.

5. Données transmises en novembre 98 et non intégrées pour des raisons de délai.

Tableau 1.1d : Proportion des territoires de CLSC selon l'offre des composantes du suivi individuel du programme intégré de type NEGS, 1997–1998

Régions*	Suivi de santé	Suivi nutritionnel	Soutien allaitement	Suivi psycho-social	Soutien développement des compétences parentales	Soutien développement de l'enfant	Soutien réseau social	Soutien socio-économique	Nombre de CLSC
01	9	9	9	9	9	9	9	9	9
02	2	2	2	2	2	2	2	1	6
03	8	8	8	3	2	2	5	5	9
04	10	10	10	10	10	10	10	10	10
05	8	8	8	8	8	2	8	7	8
06	8	8	8	8	8	8	8	8	29
07	2	4	4	1	1	1	1	1	9
08	4	4	4	4	4	4	4	4	6
09	6	5	6	6	5	5	3	2	6
10	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	4 ¹
11	5	4	5	5	5	4	0	5	6
12	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11 ¹
13	2	2	2	2	2	2	2	2	4
14	6	5	6	5	4	5	5	5	6
15	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	7 ¹
16	n.r. ³	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	19 ¹
17	2	2	2	2	1	2	1	1	2
18	2	2	2	2	2	2	0	0	2
Total	74 (66 %)	73 (65 %)	76 (68 %)	67 (60 %)	63 (56 %)	58 (52 %)	58 (52 %)	60 (54 %)	112

* Voir la liste des régions en page 14.

1. Ne figure pas dans le total de la colonne.

2. Les proportions sont calculées sur le nombre de CLSC obtenu par les réponses des régions.

3. Données transmises en novembre 98 et non intégrées pour cause de délai.



Analyse complémentaire

La lecture des analyses précédentes laisse perplexe et suscite la discussion. Quel bilan peut-on dresser pour cette première année ? Comment et pourquoi parvient-on à des résultats différents ? Il y a là matière à une discussion que nous amorçons ici et que nous souhaitons poursuivre au cours de la prochaine année.

Les deux résultats attendus précédents sont différents mais apparentés. Le premier a trait à l'atteinte d'une population cible en périnatalité, population présentant des risques particuliers et des difficultés en rétention pour les intervenants en périnatalité. Pour atteindre 50 % des femmes enceintes sous-scolarisées et en situation d'extrême pauvreté, il faudrait, selon nos estimations, rejoindre environ 6 000 femmes par un programme de type NEGS, et cela tous les ans. Il est bien évident, à la lecture des résultats de la première année, que nous sommes loin du compte. Nos données indiquent plutôt que nous aurions rejoint 1 302 femmes (soit 15 % de la population visée). Cette donnée doit être nuancée par le niveau d'atteinte du résultat suivant.

Ce dernier porte sur le niveau de disponibilité du programme de type NEGS qui devrait, selon le résultat visé, être offert dans tous les territoires de CLSC. Ici encore nous sommes loin du compte. De plus, les données recueillies quant à ce résultat attendu conduisent à deux interprétations fort différentes. Les réponses de répondants régionaux indiquent que 67 CLSC (56 % de ceux-ci) offrent un programme de type NEGS. Par contre, notre analyse fondée sur l'ensemble des composantes du NEGS nous force à constater qu'un seul CLSC offre un programme respectant tous les critères du NEGS. L'importance de cet écart est paradoxale et mérite discussion.

Le libellé du résultat attendu, « un programme de type NEGS », laisse place à l'interprétation de la part des répondants, et cela même si, dans les fiches techniques, les critères à respecter avaient été bien décrits. De plus, le programme peut être implanté et rejoindre une clientèle à risque sans que celle-ci ne corresponde exactement aux critères de sous-scolarisation et d'extrême pauvreté.

Les dimensions essentielles du programme sont les suivantes : une **intervention précoce, continue jusqu'à 24 mois, intense**, offrant une **gamme de services** de santé, sociaux et psychologiques, et dont le pivot est l'**intervenante privilégiée** faisant partie d'une équipe interdisciplinaire. Lorsqu'on retient toutes ces dimensions comme critères de définition d'un programme de type NEGS, le nombre de CLSC offrant celui-ci chute considérablement.

L'analyse montre aussi que c'est dans la période postnatale que la prestation de services diminue. En effet, 71 CLSC rejoindraient les mères à la vingtième semaine de grossesse ou plus tôt, mais seulement 31 d'entre eux poursuivraient le suivi jusqu'à 2 ans. 24 CLSC respectent la durée prescrite (de la vingtième semaine de grossesse à 2 ans).

Cette érosion des services en période postnatale est aussi observable dans le nombre de rencontres ou de contacts. En période prénatale, 62 CLSC offriraient l'intensité de services prévue (environ 10 rencontres), alors que seulement 18 CLSC offriraient en période postnatale le nombre de rencontres ou contacts prévus (25 environ).

Si on considère les autres critères – la moitié des contacts ou rencontres doivent être réalisés par l'intervenante privilégiée, celle-ci doit être appuyée par une équipe interdisciplinaire, le programme doit offrir la gamme de services prévus, etc. – on réduit le nombre de CLSC offrant un programme de type NEGS à un seul. Il est donc évident, de ce point de vue, que l'interprétation du taux d'atteinte de nos populations cibles doit être nuancée.

On peut toutefois souligner que ces programmes sont dans une phase d'implantation. On peut ainsi supposer qu'une certaine proportion des établissements et des régions a planifié une implantation progressive du programme soit en fonction de l'augmentation graduelle de la clientèle, de l'intensité des interventions réalisées, de la durée totale du programme et cela en fonction des ressources disponibles.

Bref, outre les problèmes relatifs à la validité et à la fiabilité de la mesure qu'il faudra réduire pour l'an 2 du suivi et de l'évaluation des PNSP, il existe une ambiguïté sur l'offre de services en périnatalité. On observe beaucoup de programme OLO « enrichis » par quelques dimensions d'un programme de type NEGS. On constate aussi une offre de services assez structurée en période prénatale mais beaucoup plus friable en période postnatale.

La conception d'un programme intégré « de type NEGS » semble varier selon les régions et selon les répondants. Si la définition retenue de même que les critères utilisés pour apprécier chacune des composantes du programme sont adéquats, les résultats attendus sont loin d'être atteints. Il apparaît primordial de s'assurer que la définition du programme n'est pas trop restrictive d'une part et, d'autre part, qu'elle respecte les critères d'efficacité établis sur la base des résultats d'évaluations antérieures de ce type de programme.

1.2 L'allaitement maternel

Que d'ici 2002, l'allaitement maternel à l'hôpital augmente à 80 % (il était de 48,7 % en 1993) et qu'il soit de 60 % et de 30 % respectivement au troisième et au sixième mois de la vie de l'enfant.

Définition

L'allaitement maternel peut être exclusif (alimentation composée exclusivement de lait maternel) ou mixte (lorsqu'il y a apport d'autres aliments ou boissons). Par allaitement, on entend ici l'allaitement total. On distinguera ici trois définitions de l'allaitement maternel total, qu'il soit exclusif ou mixte.

Indicateurs

Indicateur 1 : Prévalence de l'allaitement maternel (total) à la naissance.

Autres indicateurs : Prévalence de l'allaitement maternel (total) à trois et six mois.

Résultats

Au niveau régional, une région n'a pas fourni de réponse et neuf autres ne disposent pas de données régionales. Huit rapportent des données régionales et certaines régions sont à réaliser des enquêtes régionales ou des projets de recherche. Les méthodologies sont fort différentes et difficilement comparables, mais l'analyse sommaire des taux laisse croire qu'il serait probable qu'au moins 60 % des bébés soient allaités à la sortie de l'hôpital.

Au Québec, on ne dispose pas de moyens systématiques et réguliers pour mesurer l'allaitement maternel. Les données existantes sont extraites d'enquêtes régionales ou nationales (plus rarement). La plus récente (1996) est celle de ELDEQ¹ (Étude longitudinale du développement des enfants du Québec). Cette dernière établit à 73 % la proportion de bébés qui ont été allaités (quelle que soit la durée)². Cette donnée concorde avec celle de l'ELNEJ (Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes), qui estime cette proportion à 75 %. Cependant, ces enquêtes n'utilisent pas les mêmes catégories de durée proposées par les résultats attendus des Priorités nationales de santé publique. En effet, l'ELDEQ utilise les catégories suivantes : moins d'une semaine (6,7 %) ; entre une semaine et un mois (10,7 %) ; entre un mois et quatre mois (23,3 %) ; et plus de quatre mois (59,3 %). De plus, les données nationales ne permettent pas de faire une estimation à l'échelle régionale.

La mesure de l'allaitement maternel est une préoccupation depuis plusieurs années au Québec. Deux avenues sont possibles pour prendre une telle mesure : les enquêtes ou le rattachement d'une collecte d'information sur l'allaitement à des opérations régulières (déclaration de naissance, vaccination, fiche de sortie de l'hôpital, visite postnatale du CLSC ...). Les enquêtes nationales sont

1. Santé Québec, M. Jetté, H. Desrosiers, et R.E. Tremblay. (sous la direction de) (1997), « En 2001... J'aurai 5 ans », Enquête auprès des bébés de 5 mois, Rapport préliminaire de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ), Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

2. Cependant, ces données ne sont pas représentatives de la population québécoise.

un outil de surveillance intéressant, mais fort peu alerte et incapable de refléter les variations régionales. De leur côté, les enquêtes régionales sont rarement comparables, à moins qu'elles n'utilisent des échantillons, des méthodologies et des instruments semblables. D'un autre côté, le rattachement de cette collecte d'information à des opérations régulières, tels la vaccination, la déclaration de naissance ou tout autre processus, demande un consensus sur la nécessité d'obtenir cette information et la volonté réelle d'y consentir les énergies nécessaires.

Tableau 1.2 : L'allaitement maternel, 1997-1998

Régions	Prévalence	Source	Commentaires
01	À la sortie de l'hôpital, 61,4 %	Données extraites des avis de naissance 1997-1998	Enquête prévue pour l'automne 1998 pour les taux à 3 et 6 mois
02	n.d.		Recherche en cours auprès des femmes qui accouchent au Complexe hospitalier de la Sagamie
03	63 % des mères allaitent à leur retour à domicile	Entrevues téléphoniques réalisées entre le 5 décembre 1996 et le 17 janvier 1997	Collecte de données réalisée auprès des mères ayant eu un accouchement vaginal avec une durée de séjour de 3 jours et moins, et par césarienne avec une durée de séjour de 5 jours et moins
04	n.d.		
05	n.d.		Projet de recherche en cours, questionnaire envoyé par la poste aux mères accouchant au CUSE entre le 15 octobre et le 10 décembre 1997.
06	Varie entre 55 et 86 % ; le répondant régional estime à 70 % le proportion d'allaitement à la sortie de 9 centres hospitaliers accoucheurs	Enquête auprès de 9 CH, 1997	
07	nd		
08	À l'hôpital, entre 54 et 77 % selon le territoire ; à 2 mois, entre 27 et 47 % ; à 6 mois, entre 8 et 15 %	Collecte d'information au moment de la vaccination	Méthodes différentes et hétérogènes, estimation régionale difficile.
09	n.r.		
10	n.d.		
11	n.d.		
12	n.d.		
13	n.d.		
14	63 % à l'hôpital 42 % à trois mois		Questionnaire envoyé à 1 323 mères ayant accouché entre décembre 1995 et mai 1996 ; taux de réponse : 49 %
15	À la sortie de l'hôpital, 64-69 % en 1997 et 1998		
16	n.d.		
17	54 % des femmes ont allaité leur dernier enfant pendant 6 mois ou plus	Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992	
18	83 % à l'hôpital ; 60 % à 3 mois ; 39 % à 6 mois	« Infant Feeding Practices in Eeyon Estchee, Cree region of Québec in 1993 and 1998 »	Analyse de données collectées de 1993 à 1998. « National database on breast-feeding among Indian ; Inuit women ». Santé Canada

* Voir la liste des régions en page 14.

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.

Définition

Le concept de programmation intégrée pour les enfants d'âge préscolaire ne fait pas actuellement l'objet d'un consensus général au Québec. Par milieu de garde, on entendra garderie ou garde en milieu familial faisant partie du réseau des centres de la petite enfance accrédités par le ministère de la Famille et de l'Enfance.

Indicateur

En développement.

Observation

Compte tenu de la difficulté de mesurer l'atteinte du résultat, l'information recueillie n'a qu'un caractère indicatif. Le traitement des réponses permet d'estimer que huit régions offrent une programmation intégrée en milieu de garde, tandis qu'elle est absente dans huit régions. Enfin, une région déclare ne pas le savoir et une autre estime que les catégories de la question posée ne s'appliquent pas à son milieu.

Dans plusieurs cas, les programmes visent les jeunes de 0 à 4 ans, alors que le résultat attendu mentionne une population de 2 à 5 ans. La mesure souhaitée est donc approximative.

Pour les régions qui offrent une telle programmation, on ne peut cependant rien affirmer au sujet de la proportion de jeunes vivant en situation d'extrême pauvreté qui auraient été rejoints. On ne peut pas plus mesurer l'atteinte de l'objectif (60 %) quant aux territoires de CLSC couverts. Néanmoins, une région affirme avoir une couverture totale et trois autres régions, une couverture partielle. Les renseignements sur cette variable sont fragmentaires (quatre régions sur sept offrant une programmation) et ne permettent pas une appréciation de l'ensemble des régions. C'est le programme « Jouer, c'est magique » qui est le plus souvent mentionné par les répondants.

Pour l'an 2 du suivi et de l'évaluation des PNSP, certains aspects devraient être améliorés pour parvenir à mettre au point une mesure valable de résultat. Il faudrait établir le concept de « programmation intégrée » pour cette clientèle. Enfin, la condition « d'extrême pauvreté » devrait être définie. Il faudrait examiner la possibilité d'utiliser les données du recensement ou celles de l'aide sociale pour déterminer la taille de la population à rejoindre dans chaque territoire de CLSC.

Tableau 1.3 : Programmation intégrée en milieu de garde, 1997-1998

Régions*	Programmation	Renseignements complémentaires
01	Oui	Programme de stimulation précoce offert dans chaque territoire de MRC de la région, sous la responsabilité d'un CLSC ou d'un organisme communautaire et réalisé en collaboration avec les CPE. Les critères de participation sont la pauvreté et certains facteurs de risque (monoparentalité, jeune âge de la mère, faible scolarité, famille nombreuse, présence de maladie ou de handicap dans la famille, événements stressants). Le programme a trois volets : activités éducatives dans les CPE (deux journées par semaine), visites à domicile (une visite aux deux ou trois semaines) et rencontres de groupe de parents (au moins dix rencontres par année). Environ 300 enfants ont été rejoints en 1997-1998. Une évaluation sera disponible à l'automne 1998.
02	Non	
03	Oui	Programme « Jouer, c'est magique » en implantation dans plusieurs CPE de la région de Québec, notamment en milieu défavorisé. Dans la région de Québec, s'ajoute le programme SAEM qui s'adresse particulièrement aux enfants présentant des troubles de comportement.
04	Oui	« Jouer, c'est magique », programme éducatif pour les 0-4 ans, défavorisés ou non. Aussi, un cadre de référence sur le soutien au développement de l'enfant, de sa famille et de son milieu a été élaboré en collaboration avec les intervenants en petite enfance. Un des objectifs consiste à soutenir les personnes travaillant dans les milieux de stimulation infantile dans l'identification des facteurs de risque et de protection des enfants en situation de vulnérabilité ou présentant des difficultés de croissance ou de développement.
05	Non	Proposition de réallocation budgétaire en octobre 1997 pour un programme d'interventions préventives en milieu de pauvreté pour enfants de 2-4 ans et leur famille. Financement accepté en décembre. Les CLSC de la région préparent un plan d'action. L'implantation est prévue entre septembre et décembre 1998.
06	Oui	Six CLSC ont des contrats de collaboration avec le ministère de la Famille et de l'Enfance. Deux d'entre eux offrent un modèle très semblable : fréquentation de la garderie 2 à 2,5 jours par semaine, rencontre d'information, discussion sur le développement de l'enfant et entraînement des parents à des activités à faire avec leurs enfants, suivi à domicile. Un CLSC offre un modèle similaire mais sans soutien à domicile. Nous avons peu de renseignements sur le modèle d'intervention des trois autres CLSC, mais il est fort probable qu'il se distingue peu des précédents. Nous n'avons pas d'information systématique sur le nombre de familles et d'enfants rejoints par ce type de programme.
07	Non	
08	Oui	Dans plus de la moitié des territoires de CLSC, il y a une entente avec l'Office des services de garde à l'enfance pour l'intégration à la garderie d'enfants issus de milieux défavorisés ou présentant un retard de développement. Nous n'avons pas d'outil permettant de qualifier le niveau d'intégration de la programmation.
09	Oui	Deux CLSC urbains (Baie-Comeau et Sept-Îles, incluant Port-Cartier) ont des ententes avec leur CPE et des plans d'intervention sont établis avec le personnel du réseau pour les enfants présentant des difficultés. Il en est de même pour le Centre de santé des Nord-Côtiers.
10	n.a.	La situation d'extrême pauvreté ne sera pas retenue dans la région. Les critères de la population ciblée sont peu adéquats pour les régions éloignées.
11	Non	
12	Oui	Le programme « Jouer, c'est magique » est implanté dans plusieurs CPE. S'ajoute également le programme SAEM.
13	Non	Des enfants en situation d'extrême pauvreté ont été intégrés en milieu de garde par l'entremise de projets de prévention de l'abus et de la négligence du CLSC Marigot. Deux garderies sont visées. Les enfants ont participé au projet « Jouer, c'est magique ». Pas de programmation intégrée en milieu de garde sur le territoire.
14	Non	
15	Non	
16	n.s.p.	Suggestion de colliger l'information auprès du Regroupement des CPE qui doivent connaître le nombre de centres ayant reçu une formation pour le programme « Jouer, c'est magique ».
17	Non	
18	Oui	La région offre des programmes d'aide préscolaire dans les CPE, de visite à domicile et de compétence parentale.

* Voir la liste des régions en page 14.

1.4 Valorisation du rôle du père

Que les programmes dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance incluent systématiquement un volet sur la valorisation du rôle du père et sur l'engagement de celui-ci.

Indicateur

En développement.

Observations

Malgré l'absence d'un indicateur formel, nous avons tout de même recueilli des renseignements sur cet aspect des programmes en périnatalité. Au total, seize régions ont répondu à la demande d'information qualitative sur ce résultat attendu. Une seule région se conforme totalement au résultat attendu et mentionne inclure toujours un volet sur la valorisation du père dans les programmes en périnatalité. Une autre indique ne jamais inclure cet aspect dans ses programmations. Quant aux autres régions (14), elles incluent « parfois » un volet sur le rôle du père. Les commentaires des répondants indiquent un réel souci de rejoindre les pères pour qu'ils assistent aux rencontres prénatales et postnatales, et cela même s'il n'y a pas toujours de programme spécifique pour ces derniers. Des actions sont entreprises pour sensibiliser et former des intervenants. La participation de groupes communautaires est aussi mentionnée.

Il existe cependant d'autres sources d'information sur la valorisation de la paternité. Un inventaire des ressources et projets spécifiques sur la paternité au Québec a été réalisé au printemps 1997¹. Cet inventaire non exhaustif a été constitué à partir d'un questionnaire administré à 101 organismes susceptibles d'offrir des activités aux pères et a permis de recenser 69 projets. Il apporte de l'information complémentaire sur les programmes de valorisation du rôle du père.

Les moyens utilisés par les projets répertoriés sont multiples. C'est majoritairement la formule des groupes de discussion qui est favorisée. Viennent ensuite les séances d'information (28 %), les activités père/enfant et l'éducation parentale (22 %). Les campagnes de sensibilisation et de valorisation de l'engagement paternel comptent pour 17 %. Les principaux modes de recrutement des participants aux différents projets sont le bouche à oreille, les programmes déjà existants (rencontre pré et postnatale) et la distribution de dépliants d'information. Parmi les difficultés des organismes lors de la réalisation des projets, mentionnons « la résistance des intervenants et des milieux de pratique, une féminisation à l'extrême de la parentalité, l'inexistence d'une planification systématique d'un projet-père à l'intérieur de la programmation »². Le faible financement des projets n'assure pas leur continuité ni leur perfectionnement.

Le développement d'un indicateur nécessitera une définition plus précise des concepts impliqués dans la mesure du résultat attendu, particulièrement la notion de « volet » et le concept de « valorisation du rôle du père et l'engagement de celui-ci ».

1. Dominique Arama., *Promotion du rôle des pères. Inventaire des ressources et projets d'intervention spécifiques à la paternité*. Centre de recherche en écologie humaine et sociale de l'Université du Québec à Montréal, présenté à la Direction de la promotion de la santé et du bien-être du MSSS, 1997.
2. Dominique Arama, *op. cit.* p. 20.

Tableau 1.4 : Valorisation du rôle du père, 1997-1998

Régions*	Volet sur la valorisation	Commentaires
01	Parfois	Certaines activités de ces programmes visent autant les pères que les mères. Des moyens particuliers sont utilisés pour les rejoindre.
02	Parfois	Lorsqu'il y a des activités spécifiques pour rejoindre les pères, elles proviennent des organismes communautaires.
03	Parfois	Sensibilisation et soutien des intervenants concernés, soutien à l'implantation de l'intervention, dépôt d'un avis sur les rencontres prénatales et la promotion de l'engagement des pères.
04	n.r.	
05	Parfois	Pas de programme particulier de valorisation, mais plutôt un souci d'intégration des pères à l'ensemble des activités périnatales.
06	Parfois	Regroupement autour de la valorisation, interventions spécifiques auprès des pères, organisme communautaire de groupe de pères, matériel de promotion du rôle et activités de sensibilisation et de formation auprès des intervenants.
07	Parfois	Souci des centres hospitaliers de faire participer les pères aux rencontres et aux séances d'information pré et postnatales.
08	Toujours	Valorisation pendant les rencontres pré et postnatales, en centre hospitalier, au CLSC ou en groupe communautaire. Rencontre spécifique au besoin. Un CLSC offre une formation aux intervenants.
09	Parfois	Établissement d'un horaire flexible pour favoriser la participation des pères, rencontre prénatale à domicile, groupe de discussion.
10	Parfois	Réflexion amorcée.
11	Parfois	Visite à domicile, invitation à des rencontres de soutien parental. C'est un des objectifs visés par les programmes locaux en périnatalité ; intérêt de certains CLSC à développer des programmes spécifiques ; projet de recherche en cours.
12	Parfois	Objectif spécifique dans notre programmation régionale visant à favoriser l'implication et la participation des pères.
13	Parfois	Un organisme régional offre des ateliers de soutien, un autre favorise le développement de groupe d'aidants constitués de pères.
14	Parfois	Invitation des pères aux cours prénataux, formation des intervenants ; la valorisation du rôle du père est un objectif de la programmation 1998-1999 en périnatalité ; distribution de matériel éducatif aux pères, visite postnatale.
15	n.r.	
16	Parfois	Projet en cours, nous n'avons pas d'information détaillée.
17	Jamais	
18	Parfois	Les pères ne sont pas exclus. Nous n'avons pas, par contre, de programme spécifique pour eux en ce moment. Cependant, c'est en planification.

* Voir la liste des régions en page 14.

1.5 Programmation intégrée en milieu scolaire

Que d'ici 2002, dans toutes les régions du Québec, 60 % des écoles disposent d'une programmation intégrée dans le domaine de la santé et des services sociaux visant le renforcement des aptitudes personnelles et sociales des jeunes, incluant un volet de prévention de la violence, et préconisant un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie.

Indicateur

L'élaboration d'une programmation intégrée dans le programme d'études s'est déroulée en 1997-1998 en concertation avec le MEQ. Pour cette raison, et compte tenu de la nature du résultat attendu, il n'est pas approprié d'associer un indicateur formel à ce résultat.

Observations

Dans le cadre de la réforme de l'éducation, la Direction de la promotion de la santé et du bien-être du MSSS a piloté un groupe de travail ministériel chargé de produire un document d'orientation sur la promotion de la santé des jeunes. Il est intitulé : « Les compétences essentielles liées à la santé et au bien-être devant être intégrées dans le curriculum des enfants et des jeunes du préscolaire, du primaire et du secondaire ». Ce document a été soumis à la Commission des programmes d'études pour que cette perspective soit prise en considération. Il pourrait également servir de fondement à la révision des cadres actuels d'intervention sociosanitaire en milieu scolaire.

L'introduction d'une perspective santé au sein de la réforme de l'éducation, plus particulièrement dans les programmes d'études, a exigé une concertation très étroite entre les décideurs stratégiques des deux ministères. Plusieurs étapes restent encore à franchir pour intégrer cette perspective à la programmation. Le degré d'intégration optimal de cette perspective dans les nouveaux programmes d'études ne sera atteint que dans la mesure où la Commission des programmes en fera une ligne directrice formelle. Cependant, tout indique qu'elle inspirera fortement les travaux des groupes de travail responsables de l'élaboration des nouveaux programmes d'études qui disposent déjà de ces orientations.

priorité 2

*LES MALADIES ÉVITABLES
PAR L'IMMUNISATION*





Faits saillants

Les résultats attendus quant à cette priorité portent sur la couverture vaccinale des enfants de 2 ans et des adolescents, sur l'élimination de la rougeole, de la rubéole, de la diphtérie, des oreillons, et de la poliomyélite, sur la réduction de l'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* type b, de la coqueluche et de l'hépatite A et B, sur la vaccination contre l'influenza chez les personnes âgées vivant en CHSLD et en milieu ouvert, sur la réduction de la non-utilisation des vaccins achetés et de la perte de vaccins due à des bris dans la chaîne de froid.

Une seule région a pu fournir l'ensemble des données quant à la couverture vaccinale des enfants de 2 ans (69 % pour le vaccin rougeole-rubéole-oreillons (RRO) et 79 % pour le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la polio et l'*Haemophilus influenzae* type b). Le système d'information sur la vaccination pour la couverture des enfants de 2 ans n'est que peu déployé et son implantation n'est pas prévue avant l'an 2000 dans une dizaine de régions. Dans plusieurs régions, c'est plutôt la couverture vaccinale des enfants fréquentant la maternelle qui est mieux connue et qui s'approche des résultats attendus.

En ce qui concerne les adolescents, les couvertures vaccinales atteignent les résultats attendus dans une seule région soit 97 % pour le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la polio et 96 % pour le vaccin RRO et elles varient entre 82 et 91 % dans les deux autres régions ayant pu fournir les données. Une seule région était en mesure de transmettre l'ensemble des données souhaitées, dont les données relatives à la couverture pour l'hépatite B, qui n'est que de 2 %, puisque le programme de vaccination universel des élèves de 4^e année du primaire n'est implanté que depuis 1994-1995.

Au Québec, aucun cas de diphtérie n'a été déclaré depuis 1990. La poliomyélite est officiellement éliminée des Amériques depuis 1994. Les taux bruts d'incidence de la rougeole, de la rubéole et des oreillons ont diminué en 1997. L'objectif d'éliminer la rougeole, la rubéole et les oreillons sera probablement atteint d'ici peu. Il faudra par contre resserrer la surveillance de la rubéole congénitale.

L'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* type b baisse depuis 1993. L'incidence de la coqueluche varie selon les années (élevée en 1994-1995 et moindre en 1995-1996). L'utilisation, depuis 1998, du vaccin coqueluche acellulaire, plus efficace, devrait permettre un meilleur contrôle à moyen terme. L'hépatite B diminue constamment, et cela aussi bien dans la population des jeunes devenant sexuellement actifs que dans la population en général. Enfin, il reste beaucoup à faire pour le contrôle de l'hépatite A. Des éclosions avec transmission de personne à personne ont été signalées dans des populations à risque, mais la surveillance des facteurs de risque n'est pas standardisée au niveau régional.

La couverture vaccinale contre l'influenza des personnes âgées vivant en CHSLD est passée de 63,9 % en 1996-1997 à 75,9 % en 1997-1998. En 1997-1998, les couvertures vaccinales régionales oscillent entre 63,4 et 86,3 % (si on exclut les régions 17 et 18, où toute la population cible est immunisée). La couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans et plus vivant en milieu ouvert est passée de 40,7 % en 1996-1997 à 43,7 % en 1997-1998. Les couvertures vaccinales régionales oscillent entre 33,3 et 53,5 % (si l'on exclut les régions 17 et 18 où les couvertures dépassent 70 %).

La mise en œuvre du système de suivi de l'utilisation des vaccins permettra d'évaluer dans la prochaine année le pourcentage de vaccins achetés mais non utilisés. Dans la prochaine année également, une évaluation des bris de la chaîne de froid sera faite pour les vaccins distribués par le dépositaire central dans les dépôts régionaux. Selon les possibilités de financement, le monitoring de la chaîne de froid à partir du dépôt régional jusqu'aux vaccinateurs sera réalisé.

2.1 Couverture vaccinale des enfants de 2 ans, 1997–1998

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 %).

Définitions

Vaccins du calendrier régulier pour les enfants de 2 ans en 1998 :

- quatre doses du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la polio et une dose d'un vaccin *Haemophilus influenzae* 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 considérés sont ceux ayant atteint 2 ans durant la période visée (du 1^{er} janvier au 31 décembre 1997).

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

- Le SIV est implanté lorsque l'appareillage 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 CLSC et les directions de la santé publique.
- Le SIV est fonctionnel si 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 par le secteur public (CLSC et CH) et le secteur privé (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 RAMQ).

Vaccinateurs du secteur public CLSC et CH. Les CLSC et les CH doivent fournir les données nécessaires pour déterminer le numérateur des couvertures vaccinales.

Vaccinateurs du secteur privé médecins et cliniques médicales. Les médecins et les cliniques médicales doivent fournir les données nécessaires pour déterminer le numérateur des couvertures vaccinales.

Indicateurs

- 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.
- Proportion de régions ayant implanté le Système d'information sur la vaccination.
- Proportion des CLSC ayant implanté le SIV.
- Proportion des vaccinateurs du secteur public (CLSC et CH) fournissant des données au SIV.
- Proportion des vaccinateurs du secteur privé (médecins ou cliniques) fournissant des données au SIV.

Résultats

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

De toutes les régions du Québec, une seule (Estrie) a été en mesure de transmettre toute l'information souhaitée (voir tableau 2.1). Dans trois régions (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Nunavik et Baie-James), l'implantation d'un SIV n'est pas prévue, alors que dans la majorité (10) des régions, l'implantation du SIV est prévue d'ici l'an 2000.

Dans huit régions, aucun CLSC n'a commencé l'implantation du SIV. Seulement deux régions (Estrie, Chaudière-Appalaches) déclarent avoir implanté le SIV dans tous leurs CLSC. Pour les sept autres, la proportion des CLSC où le SIV est implanté varie de 43 à 89 %. Enfin, une région (Laurentides) n'est pas en mesure d'indiquer dans combien de CLSC le SIV est implanté.

En ce qui concerne la participation des vaccinateurs privés au SIV, dans six régions du Québec, la vaccination n'est assurée que par le réseau public ; on n'y retrouve donc aucun vaccinateur privé. Seulement deux régions (Québec, Chaudière-Appalaches) signalent la participation de l'ensemble des vaccinateurs privés, une autre (Estrie) mentionne la participation d'environ 90 % d'entre eux. Ailleurs, la proportion des vaccinateurs privés fournissant des données au SIV varie de 0 à 54 % (4 régions). Pour cinq autres régions, nous ne sommes pas en mesure d'estimer la participation des vaccinateurs privés, soit à cause d'une méconnaissance du numérateur (nombre de vaccinateurs privés qui fournissent les données au SIV), du dénominateur (nombre de vaccinateurs privés qui devraient fournir les données au SIV), des deux ou à cause de l'absence de réponse.

Couvertures vaccinales

Dans la seule région ayant pu fournir la totalité de l'information demandée (Estrie), la couverture vaccinale autant pour le RRO (69 %) que pour le DCTPH (79 %) est loin d'atteindre le résultat attendu de 95 %. Ailleurs, les couvertures vaccinales déclarées s'approchent du taux attendu, mais elles ne correspondent pas toujours à la population visée par le résultat. En effet, la plupart du temps, les couvertures vaccinales mentionnées se rapportent à la population des enfants fréquentant la maternelle. Dans certains cas, il s'agit d'enfants âgés de 2 ans, mais les données ont été colligées plus ou moins récemment. Enfin, dans d'autres régions, les couvertures vaccinales ont été estimées à partir de différentes sources ou méthodes (enquête MADDO, enquête auprès d'un échantillon d'enfants, compilations manuelles, etc.). Aucune région n'a été en mesure de fournir de données sur la couverture vaccinale selon le statut socio-économique (donnée non illustrée).

Discussion

Les données recueillies sont disparates quant aux sources utilisées, à la validité ou à la fiabilité des données, et quant à la population à laquelle les données se rapportent. Il est donc impossible, à ce stade, d'évaluer la couverture vaccinale pour l'ensemble du Québec. À la lumière des informations transmises, il semble peu probable qu'un portrait global puisse être établi à partir de la collecte de l'an 2, puisque la plupart des régions ne prévoient l'implantation d'un SIV qu'en 1999 ou 2000. Il est même possible que l'an 2000 soit une échéance trop rapprochée. De plus, une fois qu'un SIV sera implanté dans toutes les régions du Québec, des ententes devront être conclues afin de s'assurer que l'information nécessaire puisse être colligée aux fins du calcul du numérateur comme du dénominateur.

Dans le contexte législatif actuel (interprétation et exigences de la Commission d'accès à l'information), il ne serait pas possible de rendre le SIV fonctionnel. En effet, bien qu'elles puissent déjà compter sur un SIV implanté, quelques régions ne sont pas en mesure d'estimer les couvertures vaccinales, car l'information nécessaire au calcul du numérateur et surtout du dénominateur n'est pas accessible. C'est pourquoi il faudra songer à utiliser d'autres sources de données (ex. : enquêtes) pour connaître les couvertures vaccinales des enfants de 2 ans.

Il serait hasardeux de formuler des recommandations à l'égard de l'atteinte des résultats attendus, étant donné l'importance des données manquantes. On constate cependant que seulement deux régions déclarent des couvertures vaccinales à la hauteur des résultats attendus.

Tableau 2.1 : Couverture vaccinale des enfants de 2 ans (situation au 31 décembre 1997)

Régions*	SIV implanté pour les enfants de 2 ans	Degré d'implantation du SIV	CLSC et SIV ¹	Vaccinateurs privés et SIV ¹	Couverture RRO ² (%)	Couverture DCTPH (%)	Source d'information	Autres informations ou commentaires
01	Non	Prévue en 1999	4 sur 9	n.a.	± 95	± 90	Enquêtes MADO	
02	Non	Prévue en 1999	3 sur 6	n.a.	n.d.	n.d.		Maternelle 1995-1996, 97 %.
03	Oui	Non fonctionnel	8 sur 9	300 sur 300	n.d.	n.d.		SIV non fonctionnel, car pas d'accès aux données du dénominateur. Maternelle 1996-1997 : DCTP 88 % ; rougeole , 78 % ; RO, 94 %.
04	Non	n.s.p.	6 sur 11	7 sur 13	n.d.	n.d.		
05	Oui	Fonctionnel	8 sur 8	± 23 sur 25	69	79	Logivac	Maternelle 1997 : rougeole, 79 % ; RO, 97 % ; DCTP, 83 %
06	Non	Prévue en 2000	6 sur 29	83 sur 220	88	79	Enquête téléphonique et postale sur échantillon	Enfants nés en 1993-1994
07	Non	Prévue en 1999	3 sur 7	n.d. sur 43	n.d.	n.d.		
08	Non	Prévue en 1998-1999	0 sur 6	n.a.	± 91	± 93	Compilation manuelle	Enfants nés entre le 01-07-1994 et le 30-06-1995.
09	Non	Prévue en 1999	0 sur 6	n.a.	96	96	Compilation manuelle	Maternelle 1997 : rougeole, 95 % ; RO, 97 % ; DCTP, 96 %.
10	Non	Prévue en 2000	0 sur 5	n.a.	± 99	± 99	Estimé des vaccinateurs	
11	Non	Non prévue	0 sur 6	0 sur n.d.	n.d.	98	Compilations des CLSC	Période de référence : 01-01-1996 au 31-12-1996.
12	Oui	Non fonctionnel	11 sur 11	87 sur 87	n.d.	n.d.		SIV non fonctionnel, car pas d'accès aux données du dénominateur.
13	Non	n.s.p.	0 sur 4	10 sur 20	73	89	Couverture en garderie	Période de référence : 01-04-1996 au 31-03-1997.
14	Non	Prévue en 1998	0 sur 6	0 sur 30	94	84	Enquête de 1991	Enfants nés entre 07-1988 et 12-1988.
15	Non	Prévue en 2000	n.d. sur 7	n.r. sur 40	n.d.	n.d.		
16	Non	Prévue en 1999	17 sur 20	n.d. sur 176	n.d.	n.d.		
17	Non	Non prévue	0 sur 2	n.a.	n.d.	n.d.		
18	Non	Non prévue	0 sur 2	n.s.p.	n.d.	n.d.		Excellentes couvertures durant les années 80.

* Voir la liste des régions en page 14.

1. Nombre de CLSC ou de vaccinateurs privés qui fournissent des données au SIV.

2. Selon la date de collecte de données, la couverture RRO comprend une dose ou deux doses du vaccin.

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.

Définitions

Enfants de 15 ans les enfants de secondaire III.

Vaccin contre l'hépatite B administration des trois doses.

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

Les enfants de 15 ans (de secondaire III) dont la vaccination correspond à un calendrier complet durant la période visée sont considérés comme adéquatement vaccinés.

Système d'information sur la vaccination (SIV) pour la couverture des enfants de secondaire III

- Le SIV est implanté lorsque l'appareillage 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 CLSC et les régions.
- Le SIV est fonctionnel si on peut l'utiliser pour mesurer les couvertures vaccinales des enfants de secondaire III, c'est-à-dire que toutes les données sur les enfants vaccinés par le secteur public (CLSC et CH) et le secteur privé (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 ayant implanté le système d'information sur la vaccination pour les élèves de secondaire III.
- Couverture vaccinale totale (DTP, RRO et hépatite B) des élèves de secondaire III.
- Couverture vaccinale par catégorie de vaccin (DTP, RRO et hépatite B) des élèves de secondaire III.

Résultats

Très peu d'information est disponible sur l'immunisation des adolescents. Cela s'explique par le fait que seulement trois des dix-huit régions du Québec signalent la présence d'un SIV pour la vaccination des élèves de secondaire III, comme le montre le tableau 2.2.

En 1997, seulement trois des dix-huit régions ont pu fournir certaines données sur l'immunisation des élèves de secondaire III. Parmi ces trois régions, une seule (Estrie) a transmis de l'information sur l'ensemble des vaccins. Les couvertures vaccinales déclarées n'atteignent les résultats attendus que dans une région (Côte-Nord) pour le DTP et le RRO ; ailleurs, les couvertures déclarées s'en

écartent plus ou moins (82 à 91 %). Dans une quatrième région (Saguenay–Lac-Saint-Jean), le taux de couverture vaccinale totale rejoint les objectifs, mais il s'agit de la couverture vaccinale des élèves fréquentant le secondaire III en 1992-1993. Une cinquième région (Laval) déclare des couvertures vaccinales variant de 86 à 92 %, mais pour des jeunes de secondaire IV. Une seule région (Estrie) indique une couverture pour l'hépatite B, qui n'est que de 2 %.



Discussion

La seule couverture vaccinale signalée pour l'hépatite B est très faible, ce qui s'explique par le fait que les élèves ayant bénéficié du programme de vaccination des enfants de 4^e année n'ont pas encore atteint l'âge de fréquenter le secondaire III, puisque le programme n'a été mis en œuvre qu'en 1994-1995. La première cohorte d'enfants immunisés en 4^e année atteindra le niveau de secondaire III durant l'année scolaire 1999-2000.

Des efforts importants devront être déployés dans le but de mieux documenter les couvertures vaccinales des élèves de secondaire III. Étant donné le portrait plutôt mince que nous possédons, il faudra peut-être envisager d'utiliser d'autres sources de données telles que des enquêtes ou du moins encourager fortement la mise en place d'un SIV pour les jeunes de secondaire III. Cependant, l'implantation d'un SIV ne réglerait pas tous les problèmes, puisque les obstacles rencontrés avec le SIV pour la couverture vaccinale des enfants de 2 ans s'appliquent au SIV pour la vaccination des élèves de secondaire III.

Tableau 2.2 : Vaccination des adolescents contre l'hépatite B et rappels (pour l'année scolaire 1996–1997)

Régions*	Présence d'un SIV pour les élèves de sec. III	Couverture totale (%)	Couverture DTP (%)	Couverture RRO (%)	Couverture hépatite B (%)	Information complémentaire
01	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
02	Oui	96	91	n.d.	n.d.	Données partielles pour 1992-1993.
03	Oui partiellement	n.d.	84	82	n.d.	
04	n.s.p.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
05	Oui	87	87	91	2	Données du secteur public et extrapolées au secteur privé.
06	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
07	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
08	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
09	Non	n.d.	97	96	n.d.	
10	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
11	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
12	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
13	Non	86 sec. 4	90 sec. 4	92 sec. 4	n.d.	Enfants en sec. 4 entre le 01-04-96 et le 31-03-97.
14	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
15	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
16	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
17	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
18	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

* Voir la liste des régions en page 14.

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.

Définitions

Le **seuil d'élimination** Il s'agit d'un concept complexe et dynamique qui réfère lui-même à trois notions importantes.

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

Le **taux d'incidence** e 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

On considère autant une protection naturelle que celle 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 acquis en dehors du Canada.

Cas indigènes : cas acquis au Canada.

Globalement, on peut aussi caractériser le seuil d'élimination avec le taux de reproduction d'une maladie (indice R), calculé à l'aide de la modélisation mathématique, qui tient compte de la contagiosité de la maladie, des taux de contact entre les individus d'une population et de la proportion de sujets vulnérables. Ainsi, on pourra déterminer le nombre moyen d'individus qui seront infectés directement par un cas. Le seuil épidémique est atteint quand l'indice $R = 1$. La maladie est sous le seuil épidémique, quand l'indice R est inférieur à 1. Dans le contexte qui nous intéresse, il faudrait déterminer les paramètres, pour chacune des maladies, qui nous permettraient de garder l'indice R inférieur à 1, avec une certaine marge de sécurité et en tenant compte de son évolution dans le temps, pour maintenir un seuil d'élimination capable d'absorber des cas importés sans risque d'éclosion de la maladie.

1. Surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire au Québec – Définitions de la santé publique, Québec, août 1997.

Indicateurs

- Taux d'incidence des maladies à déclaration obligatoire visées par le résultat.
- La chaîne de transmission.

Résultats et discussion

À la différence des autres résultats attendus, les données sont tirées ici du fichier MADO du Laboratoire de santé publique du Québec. Les taux bruts d'incidence de la **rougeole, de la rubéole et des oreillons** ont considérablement baissé en 1997, comparativement aux années antérieures (tableau 2.3.1). On observe cependant des variations cycliques caractéristiques de l'épidémiologie des ces maladies. Ainsi, en 1996, il est probable qu'une augmentation importante des cas de rougeole ait été empêchée par la campagne massive de vaccination chez les 18 mois–20 ans et l'administration, depuis lors, d'une deuxième dose de vaccin à tous les nourrissons à l'âge de 18 mois. Les éclosions d'oreillons et de rubéole ont par ailleurs tendance à se produire à l'échelle régionale et à varier, quant à la région atteinte, d'une année à l'autre. Le vaccin administré à 18 mois comporte également une protection supplémentaire contre ces deux maladies. L'objectif d'élimination de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sera donc probablement atteint à court terme. Du point de vue de la santé publique, il sera cependant essentiel d'insister sur le dépistage des anticorps de la rubéole chez la femme enceinte, afin de toujours prévenir la rubéole congénitale. Il faudra resserrer la surveillance de la rubéole congénitale ; les quelques cas observés pourraient ne représenter qu'une partie des cas nouvellement diagnostiqués chaque année.

Aucun cas de **diphtérie** n'a été déclaré depuis 1990 au Québec, malgré une augmentation de l'incidence de cette maladie en Europe de l'Est. Il nous faut cependant rester vigilants et nous assurer de notre capacité de diagnostiquer cette entité, car les risques d'importation existent toujours. Bien que l'on recommande une dose de vaccin en rappel aux dix ans, il est actuellement impossible de mesurer la couverture vaccinale dans la population adulte ; la population semble cependant bien protégée puisque la transmission ne semble pas se produire.

Enfin, la **poliomyélite** est officiellement éliminée des Amériques depuis 1994. Au Québec, les derniers cas observés étaient reliés à un contact avec un nourrisson vacciné avec le vaccin polio oral. Comme dans les autres provinces canadiennes et compte tenu de l'épidémiologie des dernières années, le retour au vaccin polio inactivé devrait prévenir l'apparition de cas liés à la vaccination dans le futur. Afin de s'assurer de l'élimination de la poliomyélite au Canada, un programme de surveillance de la paralysie flasque dans les hôpitaux pédiatriques à travers le Canada existe depuis quelques années et confirme, à toutes fins utiles l'élimination de cette maladie.

Il n'est pas possible de distinguer avec assurance les cas reliés et les cas importés. Ces variables seront cependant disponibles à partir de 1999.

Il existe un phénomène de sous-déclaration des MADO, qui conduit à sous-estimer la réalité. Par ailleurs, 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 pourrait contribuer à la baisse enregistrée de l'incidence. Des analyses plus poussées des cas depuis 1990 et de la proportion de cas cliniques par maladie sont nécessaires.

Enfin, pour ce qui est de la rubéole congénitale, les difficultés diagnostiques et le manque de sensibilité du système passif de surveillance sous-estiment le nombre réel de cas.

En résumé, l'objectif d'élimination de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sera probablement atteint à court terme. Du point de vue de la santé publique, il faudra cependant resserrer la surveillance de la rubéole congénitale.

Par ailleurs, la poliomyélite est officiellement éliminée des Amériques et aucun cas de diphtérie n'a été enregistré au Québec depuis 1990.

Tableau 2.3.1 : Taux brut d'incidence des maladies évitables par l'immunisation, Québec 1990–1997 (taux par 100 000 h)

Maladies	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Rougeole	1,20	4,08	0,57	0,82	1,76	0,42	1,12	0,05
Rubéole	1,69	0,75	0,74	2,02	0,88	0,65	0,74	0,11
Oreillons	0,80	0,85	1,01	1,10	1,14	1,01	1,07	0,17
Rubéole congénitale	0,00	0,06	0,04	0,03	0,01	0,00	0,01	0,00
Diphtérie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Poliomyélite	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00

2.4 Réduction de l'incidence des maladies évitables par immunisation

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

- infection invasive à *Haemophilus influenzae* 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.

Définitions

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

Pour l'hépatite B, on s'intéresse plus spécifiquement 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.

Résultats et discussion

À la différence des autres résultats attendus, les données sont tirées ici du fichier MADO du Laboratoire de santé publique du Québec. Le taux d'incidence de la **coqueluche** varie de façon importante selon l'année d'observation (voir tableau 2.4.1) ; si l'on compare le taux moyen d'incidence observé de 1992 à 1996 à celui obtenu en 1997, on serait tenté de conclure à l'atteinte de l'objectif visé. Cependant, cette variation est en partie due aux variations cycliques qui caractérisent l'épidémiologie de cette maladie. Ainsi, le Québec a connu des taux élevés d'incidence de la coqueluche de 1993 à 1995 ; une activité moindre a été enregistrée pendant les années 1996 et 1997. Depuis le début de 1998, un nouveau vaccin coqueluche acellulaire plus efficace que le vaccin antérieurement utilisé devrait permettre un meilleur contrôle à moyen terme de la coqueluche au Québec. Il faudra alors enregistrer une baisse soutenue de l'incidence dans le temps pour véritablement conclure à l'atteinte de l'objectif.

L'incidence des **infections à *Haemophilus influenzae* type b** connaît une baisse importante depuis 1993 ; il s'agit en fait de l'une des grandes victoires des programmes de vaccination et peu de cas sont encore enregistrés chez les moins de 5 ans, comme en témoigne le tableau 2.4.2. En fait, l'objectif visé est déjà atteint. Il faut cependant rester vigilant et efficient dans l'administration du programme de vaccination et dans la surveillance des tendances à plus long terme.

1. Surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire au Québec – Définitions et protocoles de diagnostic, Direction de la santé publique, Québec, août 1997.

Il semble y avoir une baisse constante du taux d'incidence brut global d'**hépatite B aiguë** ; cette tendance est aussi enregistrée dans la population cible des jeunes qui deviennent actifs sexuellement (15-24 ans) ; de fait, l'objectif semble en bonne voie d'être atteint. Bien que la prévalence de certains facteurs de risque ait pu légèrement diminuer grâce aux succès de la prévention des MTS et du VIH dans certaines populations également à risque pour l'hépatite aiguë, il apparaît prématuré de conclure à la victoire sur la base de ce seul indicateur. Le programme d'immunisation visant les jeunes de la 4^e année est cependant prometteur, de même que les efforts consentis par les équipes de santé publique pour rejoindre certaines populations particulièrement à risque, telle la population homosexuelle ou les utilisateurs de drogues injectables.

Enfin, beaucoup reste à faire pour le contrôle à long terme de l'**hépatite A** ; nous avons en effet pu assister au cours des dernières années à des éclosions de la maladie avec transmission de personne à personne dans des populations à risque telles que la population homosexuelle et les utilisateurs de drogues injectables. Par ailleurs, plusieurs cas ont été reliés à des voyages en pays endémique et d'autres à des éclosions de source commune telle que l'intoxication par des aliments. Certains cas ont été liés à l'adoption internationale. L'emploi plus fréquent du vaccin contre l'hépatite A dans les populations reconnues à risque, pour arrêter la transmission de l'infection lors d'éclosions plus circonscrites, est sans doute prometteur.

La surveillance des facteurs de risque de l'hépatite A se fait de façon non standardisée actuellement ; les données présentées au tableau 2.4.3 ont été recueillies dans chaque région pour les années 1996 et 1997 jusqu'en octobre. Il sera important, dans l'avenir, de proposer une classification des facteurs de risque selon une méthode standardisée afin d'assurer une certaine uniformité dans le temps et l'espace. Par ailleurs et jusqu'en l'an 2000, il ne sera pas possible de saisir ces facteurs de risque dans le fichier central MADO, et une collecte annuelle auprès des régions sera nécessaire.

En résumé, des progrès importants ont été réalisés dans le contrôle des infections à ***Haemophilus influenzae type b*** et il est possible que des progrès similaires soient enregistrés à moyen terme dans le contrôle de l'hépatite B aiguë dans la population qui devient sexuellement active. Il faudra attendre plus longtemps avant d'obtenir des résultats semblables pour la coqueluche et l'hépatite A.

Tableau 2.4.1 : Taux brut d'incidence de maladies évitables par l'immunisation, Québec 1990–1997¹
(taux brut par 100 000 h)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Coqueluche	23,12	8,98	25,70	60,10	60,87	58,86	17,85	14,45
Hib	1,84	1,93	1,64	0,57	0,37	0,34	0,21	0,27
Hib, nombre de cas	129	137	115	41	27	24	15	20
Hib nb cas < 5 ans	97	91	89	25	8	7	4	6
Hépatite B aiguë	6,5	6,1	6,6	6,3	4,7	3,6	3,7	2,9
Hépatite B aiguë 15-24 ans	11,5	9,2	9,0	10,05	5,36	4,91	4,37	3,62
Hépatite A	4,49	9,69	4,39	2,63	2,89	6,06	7,96	7,63

1. Taux pour toutes les maladies sauf pour Hib où il s'agit du nombre de cas.

Tableau 2.4.2 : Taux d'incidence moyen brut, 1992–1996, et taux d'incidence, 1997¹, Québec (taux brut par 100 000 h)

	1992-1996	1997
Coqueluche	44,64	14,45
Hib	0,61	0,27
Hib, nombre de cas	45	20
Hib, nb cas < 5 ans	27	6
Hépatite B aiguë, 1993-1996	4,6	2,9
Hépatite B aiguë, 15-24 ans, 1993-1996	6,20	3,62
Hépatite A	4,80	7,63

1. Taux pour toutes les maladies sauf pour Hib où il s'agit du nombre de cas.

Tableau 2.4.3 : Nombre et proportion des cas d'hépatite A selon les facteurs de risque, Québec, 1996–1997

Facteurs de risque	Nombre de cas		Proportion 1996 et 1997 (%)
	1996	1997	
Voyage en pays endémique	69	52	14,90
Homosexuel masculin	232	55	35,34
Drogues	18	54	8,87
Contact de cas d'HAV	34	25	7,27
Garderie	2	0	0,25
Autres	42	29	8,74
Aucun facteur de risque reconnu	77	46	15,15
Non recherché	58	19	9,48
Total	532	280	
Total 1996 et 1997		812	100

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.

Définitions

Vaccin contre l'influenza vaccin change à chaque année en fonction des prévisions sur les souches virales qui devraient circuler. Ce vaccin doit être donné chaque automne.

Personnes âgées vivant en institution toutes personnes 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.

Résultats et discussion

Dans le cadre de la gestion du programme provincial de vaccination contre la grippe, les régions fournissent au MSSS, chaque année, les résultats de la mise en œuvre du programme. Les données présentées ici sont tirées de cette source. Pour les saisons 1996-1997 et 1997-1998 du programme, on note une augmentation de la couverture vaccinale contre l'influenza des personnes âgées vivant en établissement. En effet, de 63,9 % en 1996-97, la couverture vaccinale contre l'influenza des personnes âgées vivant en CHSLD atteint 75,9 % en 1997-1998. Si l'on exclut les régions 17 et 18 qui ont vacciné l'ensemble de leur population cible, les données régionales individuelles indiquent que (données non illustrées) la couverture vaccinale régionale la plus basse observée est de 63,4 % alors que la couverture la plus haute de 86,3 %. Deux régions n'ont malheureusement pas fourni de données ; six régions ont déjà atteint l'objectif de 80 %. Les efforts de plusieurs régions afin d'assurer l'atteinte de l'objectif visé semblent plus importants au cours des dernières années. Au cours des deux dernières saisons, des efforts ont été consentis pour standardiser la méthode d'estimation des couvertures vaccinales, mais il reste encore à faire, notamment pour déterminer le dénominateur exact (i.e. le nombre de personnes vivant en CHSLD au moment de la vaccination). Pour l'an 2 du suivi des Priorités nationales, une présentation plus élaborée des résultats sur une base régionale sera faite.

Il sera important, dans les années futures, d'effectuer le « monitoring » du taux de couverture vaccinale du personnel soignant dans les établissements et de redoubler d'efforts pour atteindre cette population qui reste une source importante de transmission de l'influenza en établissement.

En résumé, la poursuite de l'objectif reste encore une priorité, même si les données présentées laissent présager une tendance vers l'atteinte du résultat attendu.

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.

Définitions

Vaccin contre l'influenza ce vaccin change chaque année en fonction des prévisions sur les souches virales qui devraient circuler. Ce vaccin doit être donné chaque automne.

Personnes âgées vivant en milieu ouvert personnes de 65 ans et plus vivant en milieu naturel, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas hébergées en CHSLD.

Indicateur

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

Résultats et discussion

Comme le résultat précédent, les données présentées ici sont tirées de renseignements obtenus dans le cadre de la gestion du programme provincial de vaccination contre la grippe. En effet, les régions fournissent annuellement au MSSS les résultats de la mise en œuvre du programme.

Il semble y avoir une tendance à l'augmentation de la couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans et plus vivant en milieu ouvert. De 40,7 % en 1996-1997, la couverture a augmenté à 43,7 % en 1997-1998.

En ce qui concerne la situation dans les régions (données non illustrées), si on exclut les régions 17 et 18, qui atteignent des couvertures supérieures à 70 %, la valeur la plus basse observée est de 33,3 % et la valeur la plus haute de 53,5 %. Les efforts de plusieurs régions afin d'assurer l'atteinte de l'objectif visé sont sans doute plus importants au cours des dernières années.

L'innovation dans le but de rejoindre cette population et le travail concerté avec les médecins de première ligne doivent être encouragés dans la plupart des régions du Québec.

La poursuite de l'objectif doit cependant rester encore une priorité, étant donné l'écart important qui existe avec le résultat attendu. Le « monitoring » des données continuera de se faire sur une base régionale et elles seront présentées de façon détaillée lors de la deuxième année du suivi des Priorités nationales.

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 %.

Indicateur

Proportion de vaccins achetés mais non utilisés.

Observation

La mise en place d'un système de suivi de l'utilisation des vaccins permettra d'évaluer dans la prochaine année le pourcentage des vaccins achetés mais non utilisés.

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 %.

Définition

Température inadéquate température qui se situe en dehors de la fourchette qui permet d'assurer la stabilité des produits (variable).

Thermomètre minima-maxima défini dans la version préliminaire des Normes et procédures de gestion des produits immunisants, (mai 1997)

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

Indicateur

- Proportion de vaccinateurs utilisant un thermomètre minima-maxima.
- Proportion des envois monitorés.
- Proportion des vaccins soumis à une température inadéquate.

Observation

Dans la prochaine année, une évaluation des bris de la chaîne de froid, pour les vaccins distribués par le dépositaire central dans les dépôts régionaux, sera disponible. De plus, un projet de monitoring de la chaîne de froid, du dépôt régional jusqu'aux vaccinateurs, est actuellement en attente de financement. Ce projet permettra de mesurer l'atteinte du résultat attendu.

priorité 3

*LE VIH-SIDA ET LES
MALADIES TRANSMISSIBLES
SEXUELLEMENT*





Faits saillants

Les résultats attendus quant à cette priorité portent sur la mise sur pied, dans toutes les régions du Québec, de programmes de prévention au regard des populations vulnérables, sur le programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, sur la politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie ainsi que sur l'obtention de données fiables sur les infections dues au VIH, aux MADO et aux MTS.

La majorité des régions ont déclaré avoir mis sur pied des programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires. La problématique VIH-sida est plus marquée dans les centres urbains et les populations les mieux couvertes sont celles des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les utilisateurs de drogues par injection (UDI).

Dix régions sur dix-huit rendent la méthadone accessible à certains groupes cibles, même si le nombre de personnes en traitement demeure peu élevé compte tenu de la population estimée d'héroïnomanes. Des enquêtes réalisées en 1996 et en 1994 permettent de constater que le condom est de plus en plus accessible dans les écoles secondaires. Par ailleurs, une enquête réalisée en 1997 permet d'établir que sur seize centres jeunesse rejoints, treize déclarent offrir des condoms aux jeunes qui fréquentent leur établissement.

Dix-sept régions assurent une distribution de matériel promotionnel relatif au Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, huit régions ont des stratégies complémentaires et treize régions ont offert des activités de formation dans le cadre de ce programme.

Compte tenu de l'évolution des travaux à la Direction générale de la santé publique et à la Direction générale de la planification et de l'évaluation du MSSS, il y a lieu de penser qu'une politique de réduction des méfaits associés à la toxicomanie verra le jour d'ici 2002.

Des travaux sont en cours afin qu'on dispose de données fiables sur l'infection par VIH, MADO, MTS au Québec et dans les régions.

3.1 Programmes de prévention au regard des 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.

Définitions

Populations vulnérables au regard de l'infection au VIH personnes plus vulnérables en raison de leur appartenance à une des catégories particulièrement exposées : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, personnes originaires des pays endémiques, utilisateurs de drogues par injection; ou les personnes appartenant à des groupes adoptant des comportements à risque : femmes en difficulté, jeunes en difficulté et autochtones. Il peut y avoir cumul des facteurs augmentant la vulnérabilité si les personnes se trouvent dans des conditions psychosociales difficiles comme en situation de pauvreté, de toxicomanie, de maladie mentale, d'itinérance, de discrimination, d'incarcération ou de prostitution (tiré de Stratégie québécoise de lutte contre le sida, phase 4, orientations 1997-2002).

Populations vulnérables au regard des MTS Saut considérer, en plus des personnes mentionnées pour le VIH, les jeunes de 15 à 24 ans, autant en milieu scolaire que hors du milieu scolaire (décrocheurs et travailleurs), et les voyageurs. Les jeunes (fin du primaire et début du secondaire), avant qu'ils ne soient actifs sexuellement, pourraient aussi être considérés comme vulnérables. Pour les besoins de l'évaluation de la première année, les groupes suivants seront ciblés :

- les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ;
- les utilisateurs de drogues par injection ;
- les jeunes en difficulté ;
- les jeunes en milieu scolaire ;
- les femmes en difficulté.

Des programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires

1) Programme : un ensemble d'activités structurées visant un objectif commun et dont le contenu va au-delà de la seule information ou de la distribution de condoms. Un programme sera considéré comme étant mis sur pied s'il répond aux critères qui suivent :

- l'objectif général est de viser le renforcement de comportements sexuels sécuritaires ;
- des objectifs opérationnels sont identifiés ;

- les activités du programme sont spécifiées et en cours ;
- les stratégies utilisées font appel à des stratégies vraisemblablement efficaces ;
- les acteurs du programme sont indiqués (organismes communautaires, CLSC, municipalités, etc.) ;
- le programme est mis à jour régulièrement.

Note : Il est possible que des interventions ou activités ne répondant pas strictement à cette définition de programme soient mises sur pied dans les régions. Il y a lieu de documenter l'existence de ces interventions ou activités.

Le contenu relatif aux comportements sexuels sécuritaires devrait inclure un volet d'éducation à la sexualité qui tienne compte des différentes orientations sexuelles de la clientèle ainsi que des diverses approches pouvant favoriser l'adoption de comportements sécuritaires (les habiletés de communication et de négociation, l'affirmation de soi, l'estime de soi, la prévention de la violence dans les relations amoureuses...).

- 2) Comportements sexuels sécuritaires : un ensemble de comportements sexuels sont considérés sécuritaires, en passant par l'abstinence, la fidélité mutuelle ou même les pratiques sexuelles sans échange de liquides corporels à risque. Pour le résultat évalué, on pense surtout à l'utilisation du condom dans les relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale. Mais il faut considérer que les comportements sexuels à préconiser dans un programme vont varier en fonction de la clientèle visée.
- 3) Niveau de couverture des populations vulnérables : pour chacune des populations vulnérables, chaque région devra, d'une part, déterminer les secteurs où les besoins d'intervention sont les plus grands, et d'autre part, indiquer le nombre de ces secteurs qui auront été touchés par des programmes.

Secteurs : chaque région désigne, selon ses besoins en la matière, le nombre de secteurs où cibler l'intervention. Le secteur peut faire référence à une réalité géographique (territoire de CLSC, par exemple, ou village dans les régions autochtones) ou à un milieu d'intervention (ex. : saunas, bars gais, milieu scolaire).

Accessibilité des moyens de prévention

- 1) Accessibilité : les moyens de prévention peuvent être obtenus avec le moins de barrière financière (incluant la gratuité), géographique ou organisationnelle (ex. : distributrice de condoms, condoms distribués par l'infirmière scolaire, condoms vendus à la COOP, etc.).
- 2) Moyens de prévention du VIH-sida et des MTS : pour l'évaluation de la première année, les moyens de protection individuelle sont considérés. Il s'agit de condoms, auxquels peuvent s'ajouter du lubrifiant (surtout pour les interventions touchant les hommes ayant des relations avec d'autres hommes), du matériel d'injection stérile et l'eau de javel.
- 3) Écoles secondaires : écoles publiques et privées et écoles intermédiaires (6^e année du primaire, sec. I et sec. II).
- 4) Prisons : centres de détention provinciaux et, si possible, les pénitenciers fédéraux.

Programmes permettant aux toxicomanes de se procurer seringues et méthadone

Un programme permettant aux toxicomanes de se procurer de la méthadone est considéré mis en place si les critères suivants sont respectés :

- disponibilité de médecins prescrivant de la méthadone ;
- disponibilité de pharmacies qui vendent de la méthadone ou disponibilité d'autres sites de distribution.

Il est préférable que le programme contienne un volet psychosocial répondant aux besoins de la clientèle. On considère autant les programmes d'intervention brève que les programmes de maintien à la méthadone.

Indicateurs

1. Proportion des régions ayant mis sur pied des programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires.
2. Proportion des régions ayant mis sur pied des activités visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires.
3. Proportion des régions où sont accessibles les condoms et l'eau de javel dans les prisons.
4. Proportion des régions où des programmes d'accès à la méthadone sont mis en place.
5. Proportion des écoles secondaires qui ont rendu accessible le condom.
6. Proportion des centres jeunesse qui ont rendu accessible le condom.
7. Proportion des régions où des programmes d'accès aux seringues sont mis en place.

Résultats

Les résultats attendus font référence à différents volets touchant les populations vulnérables. Le questionnaire aux régions permet d'obtenir de l'information sur les programmes ou les activités visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires. D'autres sources viennent compléter cette information notamment, celles relatives aux moyens de prévention du VIH-sida et des MTS dans les écoles et les centres jeunesse ou au programme permettant aux toxicomanes de se procurer des seringues.

Programme visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires

Au 31 mars 1998, 72 % des régions (13 régions sur 18) déclarent avoir mis sur pied des programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires. Notons que l'établissement du niveau de conformité des programmes existants dans les régions avec les critères du programme tels qu'ils ont été définis aux fins de la présente évaluation était laissé à la discrétion des répondants. Par ailleurs, des activités visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires sont mises sur pied dans presque l'ensemble des régions, soit dans dix-sept régions sur dix-huit.

La majorité des régions est en mesure de préciser le nombre de secteurs où des programmes de prévention devraient être mis sur pied pour l'une ou l'autre des clientèles prioritaires (tableau 3.1).

Les clientèles les mieux couvertes sont les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les utilisateurs de drogues par injection (UDI). En effet, quatre régions indiquent réaliser des programmes pour les HARSAH et six pour les UDI dans l'ensemble des secteurs définis. Pour les UDI, quatre régions font état d'une couverture partielle des secteurs (44 à 75 %).

Seulement quatre régions déclarent une couverture complète de tous les secteurs déterminés pour les jeunes en difficulté. Une couverture partielle variant de 14 à 50 % des secteurs déterminés est signalée par trois régions.

Les jeunes du milieu scolaire ne sont pas mieux couverts. Quatre régions indiquent avoir mis sur pied des programmes dans tous les secteurs reconnus et seulement deux régions signalent une couverture incomplète (21 et 75 %).

Le portrait est similaire pour les femmes en difficulté. Seulement trois régions signalent la mise en œuvre de programmes dans les secteurs déterminés, dont deux de façon partielle.

Le concept de secteur correspond à des réalités différentes dans chaque région : quatre régions font référence à des territoires de CLSC, d'autres à des territoires de MRC ou à des secteurs qui varient en fonction des clientèles (ex. : parcs pour les HARSAH, piqueries pour les UDI, clubs d'escorte pour les femmes en difficulté, etc.). Des clientèles prioritaires ont été ajoutées par trois régions : le milieu carcéral, le milieu autochtone et les usagers d'alcool.



Discussion

En résumé, la problématique VIH-sida n'a pas la même importance dans toutes les régions du Québec. Elle est plus marquée dans les centres urbains. Les résultats attendus par rapport à l'objectif de mettre sur pied des programmes de prévention au regard des populations vulnérables devraient différer d'une région à l'autre.

À noter que le concept de « secteur » tel qu'il est proposé dans le questionnaire ne semble pas faire l'unanimité et n'est pas utilisé de manière uniforme. Il est difficile, à partir de cette notion, de faire une analyse comparative ou évolutive. Il faudrait pousser plus avant la réflexion sur cette notion devant traduire la situation d'une région par rapport à ses particularités en matière de prévention au regard des populations vulnérables.

Le seul fait qu'une région offre ou non des programmes d'intervention ne suffit pas à évaluer l'atteinte des objectifs. Il est nécessaire de mieux circonscrire les besoins des populations vulnérables dans chaque région, la nature des interventions proposées, le degré de mise en œuvre des programmes, le niveau de couverture des populations cibles et les effets des programmes. Nous ne disposons pas actuellement d'indicateurs valides permettant de mesurer ces divers aspects.

À l'égard des moyens de prévention du VIH-sida et des MTS, il a été décidé pour cette première année d'évaluation de s'attarder à certains moyens de prévention primaire. La discussion demeure donc ouverte pour qu'en l'an 2 de l'évaluation, on travaille à la mise en place d'autres indicateurs pertinents qui pourraient traduire l'accessibilité à d'autres moyens de prévention primaire, secondaire ou tertiaire tels que dépistage, notification aux partenaires, traitement, etc.

Accessibilité du matériel de protection dans les prisons (tableau 3.1a)

En ce qui concerne la situation dans les centres de détention provinciaux, cinq régions déclarent ne pas en avoir sur leur territoire et deux ont indiqué qu'elles ignoraient la situation. Dans les onze autres régions, on compte un total de seize centres de détention. Les moyens de prévention ne sont pas accessibles dans une région, alors que dans les autres les moyens de prévention sont accessibles dans 62,5 % des centres pour les condoms et dans 43,7 % pour l'eau de javel.

Par ailleurs, sept régions déclarent au total huit pénitenciers fédéraux sur leur territoire, et les condoms sont accessibles dans quatre d'entre eux, l'eau de javel dans trois.

Mise en place de programmes d'accès à la méthadone (tableau 3.1a)

Dix des dix-huit régions offrent un certain accès à la méthadone. Dans ces régions, le nombre de médecins prescrivant la méthadone est variable, ainsi que les sites de distribution (pharmacies). Notons que dans une région le nombre de médecins prescrivant la méthadone est assez élevé, mais seulement 8 % de ceux-ci sont actifs. Les régions demeurent encore peu actives dans ce domaine. Il y a seulement 850 personnes en traitement à la méthadone, pour une population estimée de 10 à 12 000 héroïnomanes¹.

Accessibilité des condoms dans les écoles secondaires

Les données proviennent d'une enquête, menée en 1996², auprès des CLSC et des directions d'école secondaire du Québec (tableau 3.1b). L'enquête auprès des directions d'école fait état de 384 écoles qui ont répondu, sur un total de 966 écoles publiques et privées du Québec de niveau secondaire seulement ou offrant à la fois le primaire et le secondaire. L'enquête auprès des CLSC fait état, de son côté, de 425 écoles secondaires publiques, sur une possibilité de 581.

Pour les fins de cette enquête, la notion d'accessibilité au condom est définie comme *la possibilité qu'un élève se procure des condoms à l'école, peu importe le moyen (service de santé, distributeur, etc.)*. Les directions des écoles qui ont répondu, 197 écoles sur 384, tous types d'écoles confondus, rendent accessible le condom, soit 51,3 % d'entre elles. Cependant, en vue de comparer ces données avec celles des CLSC, il faut strictement considérer les réponses des écoles secondaires publiques, ce qui donne 173 écoles sur 276, soit un taux d'accessibilité de 62,7 % (tableau 3.1c). Quant aux CLSC, ils révèlent que 298 écoles secondaires publiques sur 425 rendent accessible le condom, soit 70 % d'entre elles. Ce léger écart entre les deux sources de données pourrait s'expliquer par le fait qu'une distribution informelle et ponctuelle de condoms puisse se faire, dans certains cas, par le service de santé à l'insu de la direction de l'école ou à la connaissance de celle-ci sans qu'elle considère cela comme un véritable accès.

Dans l'ensemble, il faut souligner que l'enquête à la source de ces données fournit davantage d'information sur les modes d'accès et sur divers éléments qui peuvent influencer l'accessibilité au condom. Il faut préciser, toutefois, que l'accès se fait surtout par l'intermédiaire des services de santé, alors qu'il serait souhaitable qu'il y ait davantage de distributrices de condoms, favorisant ainsi une démarche plus anonyme.

1. Rapport du Comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone au sous-ministre adjoint à la santé publique, septembre 1998 (document de travail).
2. MSSS, DGSP, L'accessibilité au condom en milieu scolaire québécois – Enquête auprès des CLSC et des directions d'écoles et surveillance, mars 1997.

L'enquête de 1996 est une deuxième enquête, la première ayant été réalisée en 1994 auprès des CLSC. À la lumière de cette deuxième enquête, il est permis de constater que le taux d'accessibilité au condom a connu une augmentation au cours de ces deux années, passant de 55,4 % à 70 %; manifestement, les écoles du Québec semblent sur la bonne voie (tableau 3.1c).

Pour les prochaines années, il n'est pas prévu de refaire ce genre d'enquête, compte tenu des coûts afférents. Il y aura lieu de penser à une autre modalité de collecte d'information et d'ajouter une donnée complémentaire sur le mode d'accès (distributrice, service de santé, association étudiante, personnel enseignant) à l'indicateur sur l'accessibilité. Cela donnerait sans doute plus de signification à la description et à l'analyse des données sous cet indicateur.

Accessibilité des condoms dans les centres jeunesse

Les données proviennent d'une enquête menée, à l'automne 1997³, auprès des centres jeunesse et des directions régionales de la santé publique (DRSP), pour laquelle il y a eu une collaboration entre l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) et le Centre québécois de coordination sur le sida (COCS). Il s'agit d'une enquête ponctuelle sur les acquis des centres de réadaptation en matière d'éducation sexuelle et de prévention des MTS/sida et sur les différents projets et collaborations qui se sont développés dans l'ensemble du Québec. En prévision des prochaines collectes d'information sous cette rubrique, il faudra sans doute songer à intégrer cet élément à la grille transmise aux régies régionales.

Cette enquête a permis de rejoindre seize centres jeunesse du Québec. Il faut noter que les régions sociosanitaires du Nunavik (17) et de la Baie-James (18) sont exclues de l'échantillon.

Des seize centres jeunesse rejoints, treize ont répondu au questionnaire. La raison invoquée par les trois autres (Mauricie et Centre du Québec, Côte-Nord et les centres jeunesse Batshaw) pour leur non-participation tient au surcroît de travail que cela exige et du personnel insuffisant à leur disposition pour le faire.

Les treize centres jeunesse qui ont répondu déclarent tous que les condoms sont accessibles. Le résultat justifie peut-être la nécessité dans les prochaines collectes de données, de modifier l'indicateur pour obtenir de l'information sur le mode d'accès au condom, comme il a été proposé dans le cas des écoles secondaires.

Programme d'accès aux seringues (tableau 3.1d)

Les données proviennent du répertoire des centres d'accès aux seringues⁴, qui en est à sa quatrième édition. Grâce à la collaboration des directions de la santé publique des régies 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.

Ces centres d'accès aux seringues comprennent des centres hospitaliers (CH), des centres locaux de services communautaires (CLSC), des cliniques médicales, des organismes communautaires, des centres spécialisés, des centres de réadaptation pour toxicomanes et des pharmacies. Au 31 décembre 1997, on comptait 501 centres d'accès répartis dans seize régions du Québec ; deux

3. K. Fournier et al, *L'éducation à la sexualité et la prévention des MTS/sida dans les centres jeunesse*, Résultats d'une enquête, ACFAS, 14 mai 1998.

4. MSSS, COCS, *Programme de prévention de la transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection*, Liste officielle des centres d'accès, janvier 1998.

régions seulement ne disposent pas de centres d'accès aux seringues. Par rapport à l'année précédente où l'on avait recensé 363 centres d'accès, il y a de toute évidence une progression, surtout pour ce qui est du nombre de pharmacies participantes et, dans une moindre mesure, du nombre de CLSC.



Discussion

Afin d'avoir un portrait plus juste de la situation et une meilleure évaluation de ce qui est fait, il serait utile de raffiner l'indicateur selon les types de lieu qui rendent accessibles les seringues comme nous l'avons exposé ici.

En ce qui concerne la mise en place de programmes d'accès aux seringues pour les toxicomanes, il n'y a pas de « norme » sur laquelle on pourrait évaluer la « juste » proportion de types de distributeurs. Certaines questions peuvent ainsi être soulevées afin qu'éventuellement on arrive à déterminer d'autres indicateurs qui pourraient permettre une analyse plus fine :

- Quelle est la manière de distribuer aux UDI, par les pharmacies (toutes ou non ?), dans les CLSC ?
- Quel est le nombre de seringues distribuées au Québec, par région ?
- Quel devrait être le nombre de seringues distribuées au Québec, par région ?

Tableau 3.1 Programmes de prévention au regard des populations vulnérables, 1997-1998

Régions*	Mise sur pied de programmes au cours de la période	Présence d'activités de renforcement	Détermination de secteurs	Hommes ayant des relations avec d'autres hommes	Utilisateurs de drogues par injecton	Jeunes en difficulté	Jeunes du milieu scolaire	Femmes en difficulté	Autres population	Information
01	Oui	Oui	Oui	4 sur 8	6 sur 8	3 sur 8	6 sur 8	0 sur 3	aucune	
02	Oui	Oui	Oui	2 sur 6	6 sur 6	6 sur 6	n.s.p.	n.s.p.	aucune	Secteurs = territoires de CLSC et centres de santé autochtones
03	Oui	Oui	Oui	4 sur n.r.	5 sur n.r.	1 sur n.r.	n.r.	1 sur n.r.		Parcs pour HARSAH, piqueries pour UDI.
04	Oui	Oui	Non	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.		
05	Oui	Oui	Oui	11 sur 18	7 sur 7	1 sur 7	0 sur 7	18 sur 23	1 sur 1	Autres = programme en milieu carcéral.
06	Oui	Oui	Oui	5 sur 5	7 sur 16	2 sur 4	n.d.	n.d.		
07	Oui	Oui	Oui	3 sur 6	3 sur 6	n.r.	2 sur 2	1 sur 1		
08	Non	Oui	Oui	0 sur 2	6 sur 6	0 sur 7	0 sur 5	0 sur 0	0 sur 1	Autres = milieu autochtone.
09	Non	Oui	Oui	0 sur 2	0 sur 6	0 sur 6	0 sur 6	0 sur 6		Secteurs = MRC sauf pour HARSAH (2).
10	Non	Oui	Oui	n.r.	2 sur 2	3 sur 3	n.r.	n.r.		
11	Non	Oui	Oui	n.r.	6 sur 6	1 sur 1	0 sur 6	n.r.		Secteurs = CLSC pour UDI et milieu scolaire.
12	Oui	Oui	Oui	5 sur 5	n.d.	0 sur 11	1 sur 1	0 sur 11		
13	Oui	Oui	Oui	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.		
14	Oui	Oui	Oui	n.r.	1 sur 1	n.r. sur 6	n.r. sur 6	n.r.		Secteurs = CLSC pour jeunes
15	Oui	Oui	Oui	4 sur 4	8 sur 17	n.d. sur 36	0 sur n.d.	0 sur n.d.		Secteurs = variables (parcs, bars, organismes, clubs d'escorte, etc.).
16	Oui	Oui	Oui	19 sur 19	19 sur 19	20 sur 20	4 sur 19	0 sur n.r.		Secteurs = CLSC, sauf pour jeunes et femmes en difficulté.
17	Non	Non	Oui	n.r.	n.r.	0 sur 1	1 sur 1	0 sur 1	0 sur 1	Autres = usagers d'alcool.
18	Oui	Oui	Oui	n.r.	n.r.	n.r.	9 sur 9	n.r.		

* Voir la liste des régions en page 14.

Tableau 3.1a : Programmes de prévention au regard des toxicomanes, 1997–1998

Régions*	Accès aux moyens de prévention dans les prisons	Accès à la méthadone			Information complémentaire
		Accessibilité	Distribution par (Nb)		
			Médecins	Pharmaciens	
01	Non	Non			
02	Oui	Non			Ne considère pas l'eau de javel comme un moyen de prévention à privilégier; suggère la vaccination des détenus contre l'hépatite B.
03	Oui	Oui	6	1	Au moins six médecins prescrivent la méthadone. Le programme inclut un volet psychosocial. Le recrutement d'un pharmacien est en cours.
04	Oui	Oui	1	1	Le programme Accès à la méthadone est assuré par Domrémy 04 à Trois-Rivières seulement.
05	Oui	Oui	3	5	Le programme méthadone inclut un volet psychosocial.
06	Oui	Oui	60		Condoms disponibles pour les détenus sur demande auprès du service de santé. Cinq médecins sont plus actifs dans la prescription de la méthadone.
07	Oui	Non			
08	Non	Non			
09	Oui	Non			
10	n.a.	Non			Méthadone : aucune demande reçue jusqu'à maintenant.
11	Oui	Oui	1	n.d.	Des seringues sont offertes aux détenus à la sortie.
12	n.a.	Oui			Méthadone : les clients sont référés à la région 03 ; 10 % de la clientèle provient de la région 12.
13	Oui	Oui	1	4	
14	n.a.	Oui	3	4	
15	n.s.p.	Oui		2	La majorité des interventions auprès des personnes vulnérables émerge de l'action d'un organisme communautaire.
16	n.s.p.	Oui	7	2	Un organisme communautaire rencontre de façon régulière les détenus et leur fournit des condoms lors de ces rencontres. Dans le programme méthadone, les médecins participants n'acceptent qu'un nombre limité de patients et sont peu disposés à augmenter la clientèle, surtout celle qui est très lourde. Démarches en cours pour le développement de liens entre les intervenants psychosociaux et les médecins traitants.
17	n.a.	Non			
18	n.a.	Non			

* Voir la liste des régions en page 14.

Tableau 3.1b Accessibilité au condom dans les écoles, 1996

Régions*	Selon les CLSC		Selon les directions d'école	
	Nombre d'écoles ¹	Oui (%)	Nombre d'écoles ²	Oui (%)
01	16	69	18	39
02	18	94	22	50
03	27	78	28	54
04	31	65	26	35
05	14	79	19	79
06	87	51	62	31
07	21	81	15	67
08	15	87	13	62
09	11	100	13	39
10	5	100	5	100
11	11	73	12	58
12	30	60	23	52
13	22	59	16	56
14	24	58	25	60
15	25	84	23	48
16	63	86	59	61
17	1	100	2	50
18	4	100	3	67
Total	425	70	384	51,3

Source : Richard Cloutier et Joanne Otis, *L'accessibilité au condom en milieu scolaire québécois. Enquête auprès des CLSC et des directions d'école*, DGSP, MSSS, collection Analyses et surveillance, mars 1997

* Voir la liste des régions en page 14.

1. Écoles secondaires publiques.

2. Écoles secondaires, primaires, secondaires publiques et privées.

Tableau 3.1c : Accessibilité au condom dans les écoles, comparaison entre les données provenant des CLSC et les données provenant des directions d'école, 1996

Variables	Selon les CLSC		Selon les directions d'écoles		
	Écoles secondaires publiques, 1994 (n = 478)	Écoles secondaires publiques, 1996 (n = 425)	Secondaires publiques (n = 276)	Primaires, secondaires publiques (n = 64)	Primaires, secondaires privées (n = 44)
Les condoms sont-ils accessibles ?					
Oui	55,4 %	70,0 %	62,7 %	28,1 %	13,6 %

Source : Richard Cloutier et Joanne Otis, *L'accessibilité au condom en milieu scolaire québécois. Enquête auprès des CLSC et des directions d'école*, DGSP, MSSS, collection Analyses et surveillance, mars 1997.

Tableau 3.1d : Portrait des centres d'accès aux seringues du Québec au 1^{er} décembre 1997 ¹

Régions*	Centres hospitaliers	Cliniques médicales	CLSC ²	Organismes non gouvernementaux	Centres spécialisés	Centres de réadaptation pour toxicomanes	Pharmacies	Total
01	5	–	8	–	–	–	13	26
02	5	4	9	8	–	1	24	51
03	–	–	–	–	1	–	24	25
04	7	–	8	1	–	–	–	16
05	6	1	15	2	–	–	19	43
06	–	–	2	5	2	–	65	74
07	–	–	2	2	–	–	7	11
08	4	–	7	–	–	–	13	24
09	2	–	4	–	–	–	13	19
10	–	–	6	–	–	–	1	7
11	3	–	20	–	–	–	24	47
12	4	–	18	–	–	–	–	22
13	–	–	3	1	–	–	15	19
14	2	–	2	–	–	–	31	35
15	–	–	1	3	–	–	–	4
16	5	4	30	4	–	–	35	78
17	–	–	–	–	–	–	–	–
18	–	–	–	–	–	–	–	–
Total	43	9	135	26	3	1	284	501

* Voir la liste des régions en page 14.

1. Données non exhaustives représentant seulement les centres acceptant d'afficher le logo « Accès aux seringues ».

2. CLSC incluant leurs points de services ou centres de santé.

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.

Définition

À venir.

Indicateur

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

Observations

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 eu le mandat, il y a deux ans, de réviser, préciser et proposer un cadre intégré d'orientations et d'actions préventives en matière de substances psychotropes. Leurs travaux ont donné lieu, en août 1998, à un document de travail intitulé « Un projet de société. Orientations et stratégie en promotion de la santé et en prévention en matière de substances psychotropes ». Ce document propose une approche visant à réduire l'incidence de l'usage inapproprié des substances psychotropes et les méfaits découlant de cet usage. Il traduit bien l'objectif de réduction des méfaits associés à la toxicomanie. Considérant les étapes à franchir avant la publication du document, il faudrait sans doute prévoir la consultation de personnes clés ; cependant, il n'y a pas encore de dispositions prises à cet effet.

Par ailleurs, la Direction générale de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux a produit en juin 1998 un document d'orientation intitulé « Stratégie d'action en toxicomanie ». Ce document porte principalement sur les actions à entreprendre afin d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services aux personnes toxicomanes; il intègre aussi le volet prévention du précédent document.

Considérant l'avancement de l'ensemble des travaux, il y a tout lieu de penser qu'une politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie verra le jour d'ici 2002.

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.

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 concernés (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 la problématique 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

1. Proportion des régions ayant proposé des activités de formation et d'information pour le Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse.
2. Proportion des médecins qui informent les femmes enceintes ou celles qui désirent le devenir sur la problématique VIH et la grossesse.

Résultats

Le Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse a été rendu public en mai 1997. En février 1998, les responsables du dossier MTS-sida dans chaque région régionale ont été invités à répondre à un questionnaire portant sur les activités de formation réalisées ou projetées sur le territoire. Des dix-huit régions, dix-sept ont répondu, dont treize en faisant parvenir le questionnaire rempli et quatre à la suite d'une relance téléphonique. Seule la région de Laval n'a pu fournir l'information demandée.

Les dix-sept régions qui ont répondu, ont toutes, à tout le moins, assuré la distribution du matériel (brochure, affiches, etc.) relatif au programme. Certaines régions (8) ont utilisé, en plus, d'autres stratégies afin de publiciser le programme, par exemple de la publicité dans les médias ou des articles sur le sujet dans les journaux. Enfin, treize régions ont offert des activités de formation dans le cadre du programme.

Il ressort qu'un minimum d'efforts a été consenti dans chaque région pour faire connaître le programme. Le degré de mise en œuvre de celui-ci demeure cependant variable selon les régions. Il y a lieu de poursuivre le travail en vue d'accroître l'implantation du programme à la lumière des résultats d'autres évaluations prévues (épidémiologique, coût-efficacité).

Par ailleurs, il faut noter que l'information n'est pas encore disponible quant au deuxième indicateur portant sur la proportion des médecins qui informent les femmes enceintes ou celles qui désirent le devenir sur la problématique VIH et la grossesse ; cependant, une enquête postale est en cours auprès d'un échantillon de médecins et les résultats devraient être obtenus au début de 1999.

L'objectif du programme est ultimement de faire en sorte que la transmission de l'information sur le VIH à l'intention des femmes enceintes et de celles qui désirent le devenir devienne un standard de pratique pour les médecins. En vue de la prochaine collecte de données, outre l'indicateur sur la proportion des médecins qui informent sur le VIH les femmes enceintes ou celles qui désirent le devenir, il est suggéré d'ajouter un nouvel indicateur sur la proportion des femmes enceintes qui sont testées pour le VIH.

3.4 Réduction du taux d'infection par le VIH des nouveaux-nés

Que d'ici 2002, le taux d'infection par le VIH des nouveau-nés de mères infectées, qui est de 25,5 % soit réduit à 10 %.

Définition

Le résultat proposé ici est essentiellement clinique. Il a été formulé à partir de données d'une étude franco-américaine (AIDS Clinical Trial Group protocole 076¹) selon laquelle le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit si les femmes enceintes et leurs nourrissons sont traités aux antirétroviraux. Le taux de transmission était de 25,5 % dans le groupe sans traitement et de 8,3 % dans le groupe en traitement. Il a alors été convenu que le taux d'infection par le VIH des nouveau-nés soit réduit à 10 % chez les mères traitées au Québec.

Indicateurs

- Taux d'infection de nouveau-nés de mères infectées par le VIH qui sont traitées et qui ont accouché.
- Taux d'infection de nouveau-nés de mères infectées par le VIH qui ne sont pas traitées et qui ont accouché.

Échantillon

L'information provient de l'équipe de l'hôpital Saint-Justine, plus précisément du Centre maternel et infantile sur le sida. L'Équipe suit la plupart des femmes enceintes porteuses du VIH même celles qui sont traitées en région, il s'agit alors d'un suivi conjoint avec le médecin traitant pour les femmes qui y consentent. Néanmoins les données recueillies ne représentent pas l'ensemble des mères infectées par le VIH au Québec. On ne saurait trop insister sur ce fait. Les données s'appliquent aux mères infectées par le VIH qui sont suivies d'une façon prospective. Sont exclues de ce groupe, les femmes enceintes qui n'ont pas été dépistées, celles qui n'ont pas été suivies, celles qui l'ont été à l'extérieur et dont les cas ne sont pas rapportés et enfin toutes celles dont on perd la trace en cours de suivi.

Les taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant sont donc calculés sur la base de ce groupe de femmes enceintes infectées suivies de façon prospective selon les modalités suivantes :

- soit durant la grossesse et après la naissance de l'enfant qui demeure sous évaluation au cours des premiers mois de vie pour connaître son statut infectieux,
- soit par le biais de l'enfant qui ne présente aucune symptomatologie mais qui est référé suite à la connaissance du statut séropositif de la mère.

Dans tous les cas, il importe de connaître le statut infectieux de l'enfant : infecté, non infecté ou indéterminé (en évaluation durant la période de 6 mois avant que le statut infectieux soit confirmé, dont on a perdu la trace en cours de suivi, mort-né ou mort sans que le statut infectieux soit connu).

1. AIDS 1993 Aug; 7 (8): 1139-48.

Période de collecte

L'Équipe de l'hôpital Sainte-Justine suit des enfants nés de mère infectée par le VIH depuis 1981, mais ce n'est que depuis 1988 qu'il y a à proprement parler un suivi prospectif des femmes enceintes et des enfants. De plus, ce n'est qu'après 1994 que des femmes enceintes infectées par le VIH reçoivent des traitements. Ainsi le groupe de base à partir duquel sont calculés les taux de transmission sans traitement est constitué des femmes enceintes infectées et suivies de 1988 à 1994 auxquelles s'ajoutent au fil des ans quelques femmes qui n'ont pas reçu de traitement (refus de traitement, ignorance de leur statut sérologique durant la grossesse, etc.). Par ailleurs, le groupe de base des femmes enceintes infectées et suivies avec traitement s'est constitué seulement à partir de 1994 et regroupe des femmes ayant eu des traitements très variés¹, de la ZDV une période à la quadruple thérapie. Il faut voir que dans un groupe comme dans l'autre, il s'agit de petit nombre qui répondent aux critères d'inclusion tels que mentionnés précédemment : on dénombre jusqu'au 30 juin 1998 un total de 125 mères infectées non traitées et 97 mères infectées traitées. Il est moins pertinent de considérer le taux de transmission annuellement de la mère à l'enfant sur la base des nouveaux cas chaque année, compte tenu des petits nombres. Il faudrait donc opter plutôt pour un taux de transmission « historique » mais qui se modifie tout de même quelque peu par l'ajout, chaque année, des quelques enfants nés de mères infectées par le VIH qui n'ont pas reçu d'agents antirétroviraux

Résultats

La méthodologie pour calculer les taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant a été définie par un groupe d'experts internationaux². Les algorithmes utilisés sont fort complexes et adaptés selon les différentes méthodes diagnostiques.

Tableau 3.4 : Évolution des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le groupe non traité

Année	Taux de transmission (%)	Nombre cumulatif de mères
30/06/94	26,3	92
30/06/95	30,7	99
31/12/96	26,6	110
30/06/97	28,6	116
31/12/97	28,6	119
30/06/98	30,4	125

Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le groupe non traité varie entre 25 et 30 % au sein du groupe, ce qui se rapproche du taux de transmission de 25,5 % observé dans l'étude américaine (l'ACTG 076³) menée auprès d'un groupe de 184 femmes enceintes non traitées.

1. Soit une monothérapie (ZDV) durant la grossesse uniquement, soit une monothérapie (ZDV) durant la grossesse, l'accouchement et au nouveau-né durant six semaines, soit une double, triple et quadruple thérapie durant la grossesse, l'accouchement et au nouveau-né.
2. Voir à ce sujet l'article « Estimating the Rate of Mother-to-child Transmission of HIV. Report of a Workshop on Methodological Issues, Ghent (Belgium), 17-20 February 1992 » in *AIDS*, 1993, 7 (8) : 1139-1148.
3. Source : E.M. Connor et al, « Reduction of maternal-Infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment », *New England Journal of Medicine* 331 : 1173-1180.

Tableau 3.4a : Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le groupe traité

Année	Taux de transmission (%)	Nombre mères
30/06/97	3,1	77
30/06/98	4,6	97

Le groupe est formé de toutes les femmes qui ont eu un traitement pour réduire le risque de transmission du VIH à l'enfant, peu importe lequel. Sur une aussi courte période, il est difficile de considérer la hausse du taux de transmission qu'on observe dans le tableau. Il s'agit qu'un seul enfant soit infecté pour voir le taux varier considérablement. Les effectifs sont trop faibles pour être interprétés.



Discussion

Compte tenu des résultats disponibles, il est clair que l'objectif de réduction du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant de 25,5 % à 10 % est largement atteint. La diminution du taux de transmission est principalement due au succès du traitement proposé. Or, le succès du traitement dépend notamment de l'accessibilité au traitement, des connaissances du médecin traitant de la qualité de la prise en charge, de l'observance thérapeutique, des habitudes de vie ou tout autre dimension liée au contexte culturel. Il s'agit donc davantage d'un indicateur clinique que d'un indicateur de santé publique.

Il apparaît ainsi peu pertinent pour l'an 2 de conserver ce résultat dans le cadre du bilan des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 bien que l'équipe de Sainte-Justine continue d'assurer le suivi de ces cas. D'autres indicateurs sont en voie d'élaboration pour suivre l'évolution du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse.

3.5 Données fiables sur l'infection par VIH, MADO, MTS

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

Indicateur

En développement.

Observation

Le résultat proposé fait appel à plusieurs notions et certaines conditions très importantes doivent être réalisées avant qu'il ne soit possible de définir les indicateurs utiles à la mesure du résultat attendu. Les travaux sont en cours actuellement.

priorité 4

*LE DÉPISTAGE
DU CANCER DU SEIN*





Faits saillants

Quatre résultats ont été établis pour cette priorité. Ils font référence à l'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PODCS), au taux de participation de la clientèle 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.

Au 31 mai 1998, considérant les critères établis, trois régions auraient implanté le Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Les critères utilisés sont basés sur la transmission par la Régie de l'assurance maladie de la date d'entrée en vigueur du nouveau code de l'acte « mammographie de dépistage » aux radiologistes de la région concernée 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'un centre de dépistage et d'un centre de référence pour investigation, la formation du personnel et l'utilisation du système d'information.

Les délais reliés au déploiement du système d'information et le retard des centres de dépistage et de référence pour investigation à s'engager dans le processus de correction et d'instauration de méthodes de contrôle de la qualité menant à la certification ont contribué aux retards observables dans l'implantation du programme. La mise en œuvre du programme, réalisée dans un contexte de transformation du réseau et de restrictions budgétaires, a engendré des contraintes additionnelles. Il demeure néanmoins que l'implantation est enclenchée dans la plupart des régions et devrait se terminer au cours de l'automne 1998.

Quant aux autres résultats attendus, étant donné le retard enregistré dans l'implantation du programme, les données n'étaient pas disponibles au 31 mai 1998. Il faut néanmoins mentionner qu'un groupe de travail a été formé pour se pencher sur la mise sur pied d'un programme intégré de surveillance de la lutte contre le cancer du sein qui s'étendrait de la prévention aux soins palliatifs (définition d'indicateurs, tableau de la situation actuelle selon les indicateurs définis, etc.).

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.

Définition

Pour les besoins de la présente évaluation, l'implantation du PQDCS fait référence à la transmission par la Régie de l'assurance maladie (RAMQ) de la date d'entrée en vigueur du nouveau code de l'acte « mammographie de dépistage » aux radiologistes de la région concernée 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 de 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 ayant implanté le PQDCS.

Résultats

En raison du retard dans l'implantation du PQDCS, il a été décidé de collecter l'information en date du 31 mai 1998. Cette information a été validée avec les renseignements obtenus de façon centrale au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre du PQDCS afin d'apporter les corrections appropriées, le cas échéant.

Au 31 mai 1998, peu de régions répondaient à l'ensemble des critères définis pour l'implantation du PQDCS. Douze régions ont désigné leurs coordonnateurs administratifs et médicaux. Par ailleurs, le code de l'acte de « mammographie de dépistage » est en vigueur dans trois régions seulement, soit celles de Québec, de Chaudière–Appalaches et de l'Estrie. On prévoit qu'il sera en vigueur dans la majorité des régions au cours de l'automne.

L'ensemble des régions prévoit 42 centres privés de dépistage et 44 centres publics, et les régions de Montréal et de la Montérégie se distinguent par le nombre élevé de centres de dépistage privés prévus. Au 31 mai 1998, neuf centres privés et neuf centres publics étaient désignés, soit respectivement 21,4 % des centres privés et 20,4 % des centres publics. Neuf régions n'ont encore désigné aucun centre de dépistage. Par ailleurs, les services pour investigation des patients sont assurés exclusivement par les centres publics. Neuf régions ont désigné quinze centres de référence pour investigation au 31 mai 1998, ce qui représente 57,6 % des centres prévus.

La formation des différentes catégories de personnel comprend trois modules et une trousse destinée aux médecins de première ligne. Elle n'a commencé que dans quelques régions et le rythme demeure inégal d'une région à l'autre. Dix régions n'ont pas encore commencé la formation.

Quant au système d'information (SI), il est fonctionnel dans trois régions, Québec, Chaudière-Appalaches et l'Estrie.

En résumé, au 31 mai 1998, selon la définition adoptée, seules trois régions avaient implanté le PQDCS. Les délais liés au déploiement du système d'information du PQDCS et au retard des centres de dépistage et de référence pour investigation, qui n'ont pu s'engager à temps dans le processus de correction et d'instauration de méthodes de contrôle de la qualité menant à la certification, ont contribué à retarder cette implantation. Il faut également souligner que c'est le premier programme de dépistage à être mis en place et que le Ministère et les régies régionales de la santé et des services sociaux font face à beaucoup de résistance de la part des intervenants relativement à des changements dans la pratique. De plus, ce programme a été mis en œuvre dans un contexte de transformation du réseau et de restrictions budgétaires.

On connaît ainsi un retard dans l'atteinte de l'objectif fixé dans les priorités nationales. Il demeure néanmoins que l'implantation est enclenchée dans la plupart des régions, et on prévoit qu'à l'automne la majorité des régions auront mis en œuvre le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

**Tableau 4.1 : Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein
État de la situation au 31 mai 1998**

Régions*	Code de l'acte en vigueur		Prév.	Coordonnateur		Désignation				Formation	Utilisation du S.I.	Information complémentaire
				Adm.	Méd.	Centres de dépistage		Centres d'investigation				
	Oui	Non				Privé	Public	Privé	Public			
01	x		Nov. 98	x		-	-	-	-	Non commencée	Non	Quatre centres de dépistage recommandés pour être désignés. Ils sont tous certifiés. La coordination des services sera la même pour la Côte-Nord.
02		x	Sept. 98	x	x	-	-	-	1	Non commencée	Non	
03	x			x	x	4	-	-	1	Deux modules terminés plus un en cours	Oui	
04		x	Oct. 98	x	x	-	4	-	4	Non commencée	Non	
05	x	x		x	x	2	-	-	1	Deux modules terminés plus un en cours	Oui	
06		x	Sept. 98	x	x		-	-	-	Trois modules en cours	Non	Dans les cliniques privées, des problèmes d'interface avec le logiciel du PQDCS sont survenus. Des négociations sont en cours à propos des coûts reliés au développement. Quatorze centres de dépistage privés sont certifiés.
07		x	Juin 98	x	x	-	2	-	-	Trois modules en cours	Non	
08		x	Aut. 98	x		-	-	-	1	Un module terminé plus un en cours	Non	Lotus Notes n'est pas encore installé dans les établissements.
09		x	Aut. 98		x	-	-	-	-	Un module en cours	Non	Coordination des services régionaux : entente à finaliser avec la région du Bas-Saint-Laurent.
10		x	Oct. 98	x	x	-	-	-	-	Non commencée	Non	45 % des femmes de la région passent la mammo en Abitibi. Utilisation du centre de référence du Saguenay-Lac-Saint-Jean.
11		x	Oct. 98	x	x	-		-	-	Non commencée	Non	Le réseau Lotus Notes n'est pas encore en place.
12		x		x	x	1	3	-	4	Deux modules terminés plus deux en cours	Oui	Les modules I et III sont terminés. Le module des médecins de première ligne et le module II sont en cours.
13		x	Sept. 98	x		2	-	-	1	Non commencée	Non	Le centre de dépistage n'a pas encore acheté d'équipement.
14		x	Sept. 98	x	x				2	Non commencée	Non	
15		x	Sept. 98	x	x	-	-	-	-	Non commencée	Non	
16		x	Sept. 98	x	x				6	Trois modules en cours	Non	Le système d'information en fonctionnement en juin 1998.
17		x	1999			-	-	-	-	Non commencée		Étant donné la géographie de la région, une étude est en cours sur la faisabilité (août 98 – mars 99) pour la mammo, au moyen d'un appareil portatif. Pas de centre de référence pour investigation, le service sera assuré par Montréal.
18		x	1999							Non commencée	Non	Partage avec la région 17 d'une étude de faisabilité.
Total						9	9		21			

* Voir la liste des régions en page 14.

4.2 Taux de participation de la clientèle cible

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

Indicateur

Taux de participation au programme des femmes de 50 à 69 ans.

Résultats

Les données n'étaient pas disponibles au 31 mai 1998.

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 lors d'un dépistage initial et d'au moins 3 pour 1 000 lors d'un dépistage ultérieur.

Indicateurs

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

Résultat

Les données n'étaient pas disponibles au 31 mai 1998.

4.4 Taux de mortalité due au cancer du sein chez les femmes de 55–74 ans

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

Indicateur

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

Résultat

Un groupe de travail se penche actuellement sur la mise sur pied d'un programme intégré de surveillance de lutte contre le cancer qui s'étend de la prévention aux soins palliatifs. Ce plan a pour objectif de permettre le suivi des progrès faits au Québec en matière de lutte contre le cancer du sein. Il se divise en trois étapes :

- 1) définition d'indicateurs permettant de suivre les progrès dans la lutte contre le cancer du sein ;
- 2) portrait de la situation actuelle, basé sur les indicateurs définis ;
- 3) mise en application du plan intégré de surveillance de lutte contre le cancer du sein.

Des résultats sur le plan de la santé sont rattachés à ce programme de surveillance et comprennent, entre autres, la diminution de l'incidence, la réduction de la mortalité et l'amélioration de la survie.

Le groupe de travail en est actuellement à la première étape de la mise en place du programme. Des indicateurs ont été définis à partir des références et des guides de pratique reconnus. Des consultations auprès des professionnels de divers domaines concernés sont en cours afin de valider ces indicateurs, de même qu'une revue des sources de données actuellement disponibles est entreprise pour faire état de la situation de départ basée sur les indicateurs retenus.

priorité 5

LE TABAGISME





Faits saillants

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

Une stratégie complète de prévention du tabagisme telle que définie dans le résultat attendu ne serait mise en application que dans très peu d'écoles. L'action la plus répandue concerne l'interdiction de fumer dans les écoles. Environ 50 % des écoles auraient une politique d'interdiction du tabagisme. Toujours selon l'information obtenue, quelques centaines d'écoles offrirait des programmes éducatifs ou des activités parascolaires de prévention du tabagisme. Les Directions de santé publique semblent peu informées des politiques, des activités ou des programmes de prévention qui ont cours dans les écoles de leur région.

Aucune donnée nationale ne permet de vérifier le degré d'atteinte de l'objectif de réduction du tabagisme basé sur les données disponibles en 1994. Les enquêtes actuellement en cours fourniront cette information en 1999. Cependant, des enquêtes effectuées dans quelques régions indiquent que la situation ne semble pas s'être améliorée ni chez les jeunes ni chez les adultes.

En ce qui concerne le soutien à l'abandon du tabagisme, le résultat est en voie d'être atteint considérant la définition large d'une méthode de cessation. Il y a au moins un programme ou une méthode de soutien disponible et accessible à la population dans chacune des régions du Québec. La promotion des programmes et la diffusion de l'information sur la cessation du tabagisme sont également assurées de plus d'une façon par la majorité des directions de santé publique.

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.

Définition

Une *stratégie de prévention du tabagisme* est au minimum composée de trois volets :

- une politique sur l'usage du tabac dûment mise en application. Cette politique doit au moins interdire aux élèves et au personnel de fumer à l'intérieur de l'école ;
- un programme éducatif de prévention du tabagisme inclus dans le programme d'études. Il vise tous les élèves du deuxième cycle du primaire et du premier cycle du secondaire ;
- des activités parascolaires portant sur la prévention du tabagisme.

Indicateur

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

Résultats

Des dix-huit répondants aux questions de cette section, dix-sept connaissent le nombre d'écoles situées dans leur région. Un seul a donné un nombre approximatif. Les réponses portent sur un total de 2 850 écoles (nombre fourni par les dix-sept régions). Si la majorité des régions ont répondu au questionnaire, seulement quatre d'entre elles ont une réponse précise pour chaque question. Une région (Mauricie–Centre-du-Québec) n'a fourni aucune information. Deux régions (Laurentides et Côte-Nord) n'ont transmis que le nombre total d'écoles. Les seules données disponibles dans deux autres régions concernent les activités parascolaires et le nombre d'écoles. Il y a donc beaucoup de « ne sait pas ». Il y a également plusieurs données approximatives (avec la mention « environ » ou « au minimum »).

La stratégie de prévention du tabagisme

Les renseignements transmis ne permettent pas de vérifier l'atteinte de l'objectif. Sept répondants ne savent pas si les écoles de leur région mettent en application une stratégie de prévention du tabagisme. En prenant comme dénominateur les écoles des régions qui ont répondu précisément à la question, on obtient une proportion de 7 %, soit 57 écoles sur 762. Il faut tout de suite ajouter que 45 de ces écoles sont situées dans la même région. Dans cette région, le quart des écoles mettent la stratégie en application.

Les volets de la stratégie de prévention du tabagisme

Si la stratégie de prévention du tabagisme telle qu'elle a été définie précédemment ne semble mise en pratique que dans relativement peu d'écoles au Québec, certains volets de cette stratégie sont en vigueur dans plusieurs établissements. Ainsi, selon les données provenant de neuf régions, 62 %

des écoles (555/890) auraient une politique d'interdiction de fumer à l'intérieur de l'école. En ajoutant les chiffres approximatifs fournis par quatre autres régions (403/1 054 écoles), on peut estimer qu'il est interdit de fumer à l'intérieur de l'établissement dans environ 49 % des écoles (958/1 944). Une région signale la permission de fumer dans des locaux réservés au personnel dans 74 % des 71 écoles du territoire. Peu répandue, l'interdiction de fumer à l'intérieur et à l'extérieur de l'école ne semble en vigueur que dans vingt-six écoles. Cette information n'est disponible que pour dix régions représentant au total 1 150 écoles. Huit régions n'ont pas pu répondre à cette question.

En ce qui concerne la question portant sur un programme éducatif de prévention du tabagisme, des réponses précises provenant de neuf régions indiquent que 235 écoles sur un total de 902 (26 %) incluent un tel programme dans leur programme d'études. Une région mentionne un minimum de 25 écoles sur approximativement 280. L'information n'est pas disponible dans les huit autres régions.

Des activités parascolaires portant sur la prévention du tabagisme ont lieu dans 14,5 % des écoles (276/1 903) des onze régions qui ont répondu précisément à la question. Selon les données approximatives fournies par quatre régions représentant 677 écoles, il y aurait des activités parascolaires de prévention dans 55 autres écoles.

Conclusion

Il reste beaucoup à connaître et aussi beaucoup à faire en prévention du tabagisme dans les écoles du Québec. Selon les données fournies par les régions, la stratégie complète de prévention du tabagisme ne serait appliquée que dans 57 écoles au Québec. Le volet concernant l'interdiction de fumer semble toutefois beaucoup plus répandu. Selon nos estimations, environ 49 % des écoles du Québec auraient une politique d'interdiction de fumer à l'intérieur de l'établissement.

Ce pourcentage est plus élevé que le taux de 34 % observé en 1995 dans le **Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes** (1996)¹. Selon ce rapport, il est interdit de fumer à l'intérieur de l'établissement dans 82 % des écoles du Canada. En Ontario, il y a interdiction absolue de fumer (à l'intérieur et à l'extérieur) dans 93 % des écoles. Le Québec se place au dernier rang des provinces canadiennes pour ce qui est de l'interdiction de fumer dans les écoles (19 % à l'intérieur seulement et 15 % à l'intérieur et à l'extérieur). La loi québécoise sur le tabac qui entrera en vigueur en 1999 favorisera la mise en application d'une politique d'interdiction de fumer dans les écoles et, ainsi, l'atteinte de l'objectif.

1. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1996), *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, annexes techniques, Ottawa, n° de cat. Hh39-385/1-1996f, 401 pages.

Tableau 5.1 : Stratégie de prévention du tabagisme : la situation dans les écoles en 1998

Régions*	Volet 1		Volet 2	Volet 3	La stratégie de prévention complète	Nombre d'écoles	Renseignements complémentaires
	Interdiction de fumer à l'intérieur	Interdiction de fumer à l'extérieur	Programme de prévention dans le programme d'études	Activités préventives parascolaires			
01	Environ 50 %	n.s.p.	n.s.p.	Minimum 5	n.s.p.	169	
02	136	1	68	45	45	184	
03	Minimum 106	Minimum 2	Minimum 25	Minimum 20	Minimum 5	Environ 280	
04	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	0	n.r.	
05	Environ 116	Environ 10	0	Environ 20	0	120	Activités parascolaires : Semaine non-fumeur.
06	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	39	n.s.p.	549	Activités parascolaires : Gang allumée.
07	120	Environ 5	33	14	1	130	
08	108	0	n.s.p.	Environ 10	(?10)	108	
09	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	17	n.s.p.	73	Activités parascolaires : « La gang allumée pour une vie sans fumée ».
10	7	1	0	7	0	13	
11	71	2	0	n.s.p.	0	71	Permission de fumer dans des locaux réservés au personnel dans 74 % des écoles.
12	78	0	95	8	9	221	
13	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	7	n.s.p.	85	
14	12	n.s.p.	25	25	n.s.p.	140	
15	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	199	
16	20 %	n.s.p.	n.s.p.	100	n.s.p.	485	
17	14	5	14	5	2	14	
18	9	0	0	9	0	9	Activités parascolaires : Semaine non-fumeur.
Total						Environ 2 850	

* Voir la liste des régions en page 14.

5.2 Réduction du tabagisme chez les 15 ans et plus

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

Définition

Les **fumeurs réguliers** sont ceux qui fument la cigarette tous les jours.

Les **fumeurs occasionnels** sont ceux qui fument la cigarette à l'occasion et non tous les jours.

Indicateurs

- Proportion de fumeurs réguliers (personnes de 15 ans et plus qui fument la cigarette tous les jours) dans la population.
- Proportion de fumeurs occasionnels (personnes de 15 ans et plus qui ne fument pas la cigarette tous les jours) dans la population.

Résultats

L'information relative à ce résultat attendu sera recueillie par des enquêtes nationales. Les régions étaient toutefois invitées à fournir les données dont elles disposaient.

L'Enquête nationale sur la santé de la population menée par Statistique Canada en 1996-1997 fournira des données sur la proportion de fumeurs réguliers et occasionnels au Québec en janvier 1999. En provenance de l'Enquête générale sur la santé et le bien-être 1998 effectuée par Santé Québec, d'autres données québécoises sur la proportion de fumeurs seront disponibles à l'automne 1999.

Six régions ont fourni des données sur la proportion de fumeurs dans leur population. Pour l'année 1997, Montréal-Centre et Lanaudière ont établi à 34 % et 32 % respectivement la proportion de fumeurs dans leur région. Les renseignements ont été obtenus par enquête téléphonique auprès de la population de 15 ans et plus pour la région de Montréal-Centre et de 18 ans et plus pour la région de Lanaudière.

Selon l'Enquête santé Côte-Nord 1995 effectuée auprès des 30-74 ans, la proportion de fumeurs était de 34 % dans cette population. En 1992-1993, les résultats de l'Enquête sociale et de santé établissaient la proportion à 39 % chez les 15 ans et plus.

Selon l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie-James 1991, la population comptait 41 % de fumeurs réguliers et 12 % de fumeurs occasionnels. La même enquête chiffre à 35 % la proportion de fumeurs dans la région de l'Outaouais.

En 1992, 68 % des Inuits du Nunavik étaient des fumeurs réguliers et 5 %, des fumeurs occasionnels.

Tableau 5.2 : Proportion de fumeurs chez les 15 ans et plus dans certaines régions du Québec

Régions	Année	Proportion de fumeurs (%)	Population	Renseignements complémentaires
06	1997	34,0	15 ans et plus	Sondage téléphonique auprès de la population de Montréal-Centre : « Le tabagisme et la fumée de tabac dans l'environnement ».
07	1992-1993	35,0	15 ans et plus	Enquête sociale et de santé 1992-93.
09	1992-1993	39,2	15 ans et plus	Enquête sociale et de santé 1992-1993 de Santé Québec.
	1995	34,1	30-74 ans	Enquête santé Côte-Nord 1995.
14	1997	32,2	18 ans et plus, n = 1 056	Enquête téléphonique. Taux de réponse : 88 %.
		réguliers et occasionnels 37,3	Élèves du secondaire : 15-17 ans	Questionnaire auto-administré dans les écoles. Taux de réponse : 95 %.
17	1992	73,1	15 ans et plus	Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992.
		réguliers : 67,7 occasionnels : 5,4		
18	1991	53,4	15 ans et plus	Enquête Santé Québec auprès des Cris.
		réguliers : 41,4 occasionnels : 12,0		

* Voir la liste des régions en page 14.

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.

Définition

Les **fumeurs actuels** sont ceux qui ont fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie et ont fumé au cours des 30 jours ayant précédé l'enquête. Les fumeurs actuels incluent les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels.

Les **fumeurs réguliers** sont ceux qui ont fumé tous les jours au cours des 30 jours ayant précédé l'enquête, et ont fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie.

Les **fumeurs occasionnels** sont ceux qui n'ont pas fumé tous les jours au cours des 30 jours ayant précédé l'enquête mais ont fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie.

Population : les jeunes de secondaire I à V des secteurs public, privé et professionnel de toutes les régions.

Indicateurs

- Proportion de jeunes fumeurs actuels selon le sexe.
- Proportion de jeunes fumeurs réguliers selon le sexe.
- Proportion de jeunes fumeurs occasionnels selon le sexe.

Résultats

L'information demandée concernant le tabagisme chez les jeunes sera obtenue par des enquêtes auprès des jeunes du secondaire. Santé Québec a déjà reçu le mandat d'effectuer une première enquête à l'automne 1998 auprès des élèves des écoles secondaires du Québec. L'enquête sera répétée aux deux ans. Les réponses au questionnaire permettront d'établir la prévalence du tabagisme selon la définition retenue du type de fumeur.

Répondant à l'invitation de faire connaître les données dont elles disposaient, sept régions ont fourni des renseignements sur le tabagisme des jeunes. Trois d'entre elles (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Estrie, Outaouais) ont réalisé des enquêtes auprès des élèves de la totalité ou de la majorité de leurs écoles secondaires. Selon les résultats de ces trois enquêtes menées en 1996 et 1997, la proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels varie selon les régions de 25 % à 33 % chez les garçons et de 35 % à 47 % chez les filles. La définition du type de fumeur ne contient que les attributs « régulier » et « occasionnel », sans autre précision.

Dans la région de Lanaudière, l'enquête a été effectuée en 1997 auprès des élèves du primaire et du secondaire, soit les 9 à 17 ans. Chez ces jeunes, la prévalence du tabagisme se chiffrait à 27 %, dont 6 % de débutants, chez les garçons, et à 39 % pour les filles, incluant 8 % de débutantes. Ces derniers sont définis comme des « jeunes qui ont fumé moins de 100 cigarettes au cours de leur vie et qui ont fumé au cours des 30 derniers jours ».

L'enquête de la région du Nord-du-Québec nous apprend que 43 % des jeunes âgés de 11 à 19 ans fréquentant une école secondaire ou collégiale sont des fumeurs réguliers ou occasionnels.

Dans le cadre d'un projet de lutte contre le tabagisme, une école secondaire de la région de Québec recueille annuellement des données sur l'usage de la cigarette auprès de tous ses élèves. Pour les années 1996 et 1997, la proportion de fumeurs était respectivement de 30 % et 40 %.

Faisant partie d'une enquête sur la santé respiratoire menée en 1996, près du tiers (32 %) des élèves de 6 à 13 ans (2^e à 6^e année) du Nunavik ont déclaré avoir fumé au moins une cigarette la semaine ayant précédé l'enquête. Chez les 12-13 ans, la proportion s'élève à 68 %.

Conclusion

Selon ces renseignements, il ne semble pas que le tabagisme soit en voie de diminution chez les jeunes. La plupart des pourcentages déclarés se situent au-delà de ceux observés en 1994.

TABLEAU 5.3 : Proportion de fumeurs chez les jeunes dans certaines régions du Québec

Régions*	Année	Proportion de fumeurs			Population	Renseignements complémentaires
		Garçons %	Filles %	Total %		
02	1997	33,2 réguliers et occasionnels	46,9 réguliers et occasionnels		Élèves de secondaire 1 à 5 (nb = 1 787 élèves)	Enquête effectuée par un groupe de recherche pour la Direction de la Santé publique.
03	1996			30,3	Une école secondaire, classes 1 à 5, tous les élèves présents la même journée (nb = 736 élèves)	Données recueillies annuellement dans le cadre des projets de lutte contre le tabagisme 1995-1999 (Signal-Jeunesse).
	1997			39,7	Même population (nb = 721 élèves)	
05	1997	25,0 réguliers : 12,0 occasionnels : 13,0	35,0 réguliers : 17,0 occasionnels : 18,0		Élèves du secondaire (90 % des écoles de la région). Tous les élèves de 12 à 17 ans (nb = 12 000)	Données de base d'un projet d'enquête biannuelle 1997-1998 à 1999-2000.
07	1996	29,0 réguliers : 20,1 occasionnels : 8,9	37,9 réguliers : 25,6 occasionnels : 12,3		Élèves du secondaire, 20 écoles sur 24 de la région (nb = 2 497 de 12 à 18 ans)	Enquête : Styles de vie des jeunes du secondaire, 1996.
10	?			43,2 réguliers : 22,3 occasionnels : 20,9	Élèves de 11 à 19 ans fréquentant une école secondaire ou collégiale	Questionnaire auto-administré dans les écoles. Participation de 95 %.
14	1997	27,4 actuels : 21,0 débutants : 6,4	39,2 actuels : 31,1 débutants : 8,1	33,0 actuels : 25,8 débutants : 7,2	Élèves de 21 écoles primaires et secondaires de la région (nb = 3 046 élèves de 9 à 17 ans, 1 008 du primaire et 2 038 du secondaire)	Débutants : jeunes qui ont fumé moins de 100 cigarettes dans leur vie et qui ont fumé au cours des 30 derniers jours.
17	1996			32,0 6-7 ans : 16,0 8-9 ans : 18,0 10-11 ans : 40,0 12-13 ans : 68,0	Élèves de la 2 ^e à la 6 ^e année âgés de 6 à 13 ans, provenant des 4 plus grandes communautés du Nunavik (nb = 509)	Étude sur la santé respiratoire. Fumeurs : enfants ayant fumé au moins une cigarette la semaine ayant précédé l'enquête.

* Voir la liste des régions en page 14.

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.

Définition

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

La notion d'accessibilité implique les éléments suivants : 1) la proximité géographique ; 2) un horaire accommodant la clientèle ; 3) un coût abordable ; 4) une approche et des contenus adaptés à diverses clientèles (jeunes et adultes de niveau socioéconomique favorisé ou défavorisé, francophones, allophones, etc.) ; 5) des services d'orientation aux fumeurs.

Assurée par les DSP et leurs partenaires, la promotion des programmes comprend les activités suivantes :

- faire un inventaire des programmes offerts par les organismes publics et privés ;
- rendre l'inventaire disponible sur demande, le diffuser dans certains points de services (les CLSC par exemple) ;
- informer la population sur les points de services préalablement définis. Ceux-ci peuvent fournir de l'information sur les méthodes, les programmes et les services existants au regard de l'arrêt tabagique ;
- faire la promotion de façon continue.

Indicateurs

- Nombre de régions qui offrent des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme.
- Nombre de régions qui possèdent des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme accessibles à la population.
- Nombre de régions qui assurent la promotion des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme.

Résultats

Toutes les régions ont répondu à la plupart des questions. La Montérégie n'a toutefois fourni aucun renseignement sur le type de méthodes d'arrêt tabagique disponibles dans la région.

D'après les réponses obtenues, il y aurait au moins un programme ou une méthode de soutien à l'abandon du tabagisme disponible et accessible dans chacune des régions du Québec. En ce qui concerne la promotion des programmes, on peut dire que toutes les régions utilisent au moins un moyen de diffusion de l'information sur la cessation du tabagisme. L'objectif est donc en bonne voie d'être atteint.

Les questions posées permettent d'examiner de plus près les trois dimensions reliées aux programmes de soutien à l'abandon du tabagisme, soit la promotion, la disponibilité et l'accessibilité.

La promotion des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme

En ce qui concerne la promotion, l'intention était de vérifier :

- la présence « d'un inventaire des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme (reconnus par les études ou la littérature) offerts par les organismes publics ou privés » ;
- les moyens de diffusion utilisés pour informer la population sur les méthodes, les programmes et les services de soutien à l'abandon du tabagisme disponibles dans la région.

Les trois questions relatives à l'inventaire portaient sur a) la possession d'un inventaire, b) sa disponibilité sur demande et c) sa diffusion dans les établissements de santé. La majorité des régions (13/18) ont un inventaire des programmes. Pour onze d'entre elles, l'inventaire est disponible sur demande, et dix régions en font la diffusion dans leurs établissements (tableau 5.4a).

Trois questions traitaient d'autres moyens promotionnels de diffusion de l'information sur la cessation du tabagisme, soit la diffusion de matériel de promotion, la publicité dans les médias et l'information sur demande. Une forte proportion de régions (15/18) diffusent du matériel promotionnel ou rendent l'information disponible sur demande. La publicité dans les médias est utilisée dans une dizaine de régions.

La disponibilité et l'accessibilité des méthodes de soutien à l'abandon du tabagisme

En ce qui a trait aux méthodes ou aux programmes de soutien à l'abandon du tabagisme, les questions portaient sur le type de méthodes et sur la disponibilité et l'accessibilité de ces méthodes dans la région. Quatre types de méthode individuelle étaient spécifiés : 1) le « counselling » individuel avec un professionnel ; 2) les médecines alternatives ; 3) la thérapie de remplacement de la nicotine ; 4) le « counselling » téléphonique. Les répondants avaient le loisir de mentionner les autres méthodes individuelles en usage dans leur région de même que les méthodes de groupe.

Les questions relatives à la disponibilité et à l'accessibilité des méthodes de soutien à l'abandon du tabagisme demandaient une réponse affirmative ou négative. Mais pour juger de l'accessibilité les répondants devaient se baser sur les critères suivants : proximité géographique, coût abordable, horaire accommodant la clientèle, contenu adapté à la clientèle, services d'orientation aux fumeurs. Il est toutefois impossible de rendre compte de l'accessibilité des programmes selon l'un ou l'autre des critères proposés. Cela est dû à l'imprécision de la formulation de la question. Les réponses affirmatives ou négatives à la question sur l'accessibilité sont considérées ici comme étant basées sur les critères suggérés.

a) Méthodes individuelles de soutien à l'abandon du tabagisme

Le « counselling » individuel avec un professionnel est disponible et accessible dans dix régions, il n'est pas disponible, ni accessible dans quatre régions. Cette méthode serait disponible mais non accessible dans une région (tableau 5.4b).

Huit répondants régionaux mentionnent la possibilité d'accès aux médecines alternatives comme méthode d'arrêt tabagique, et six soulignent leur non-disponibilité.

La thérapie de remplacement de la nicotine est la méthode de soutien à l'abandon du tabagisme la plus répandue. Elle est signalée dans quatorze des seize régions qui ont répondu aux questions sur la disponibilité et l'accessibilité de la méthode.

Enfin, le « counselling » téléphonique ne semble disponible que dans deux régions ; il est accessible dans l'une, mais peu dans l'autre.

b) Méthodes de groupe de soutien à l'abandon du tabagisme

« Oui J'arrête » et « Devenir non-fumeur pour la vie » sont les méthodes de groupe les plus fréquemment mentionnées par les responsables régionaux. La première est disponible dans six régions et la seconde dans quatre régions. Le tableau 5.4c fait état d'une douzaine d'autres programmes disponibles dans l'une ou l'autre des quatorze régions.

Conclusion

On peut dire que des méthodes ou des programmes de groupe ou individuels de soutien à l'abandon du tabagisme sont accessibles à la population dans toutes les régions du Québec et que leur promotion est assurée de diverses façons.

Tableau 5.4a : Soutien à l'abandon du tabagisme, 1997-1998

Régions*	Inventaire des programmes de cessation du tabagisme			Moyens de diffusion de l'information sur les méthodes, les programmes et les services de soutien à la cessation			Renseignements complémentaires
	Présence	Disponibilité sur demande	Diffusion dans les établissements	Diffusion de matériel promotionnel	Publicité dans les médias	Information sur demande	
01	Oui	Oui	n.r.	n.r.	Oui	Oui	Programme dans CHSCD. Publicité : « Oui J'arrête ».
02	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
03	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
04	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	
05	Oui	Oui	Non	Oui	n.r.	n.r.	Jeunes : rencontres de sensibilisation dans les MRC.
06	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
07	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	
08	Non	Non	Oui	Oui	n.r.	Oui	
09	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	
10	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	
11	Oui	n.r.	Oui	Oui	n.r.	n.r.	
12	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	
13	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
14	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
15	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	
16	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	
17	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Activités de groupe dans certains villages.
18	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Revue régionale et dans les cliniques médicales.

* Voir la liste des régions en page 14.

Tableau 5.4b : Soutien à l'abandon du tabagisme : méthodes individuelles de soutien à l'abandon du tabagisme, 1997-1998

Régions*	« Counselling » individuel avec un professionnel		Médecines alternatives (hypnose, homéopathie, etc.)		Thérapie de remplacement de la nicotine (timbre, etc.)		« Counselling » téléphonique		Autres méthodes
	Disponibilité	Accessibilité	Disponibilité	Accessibilité	Disponibilité	Accessibilité	Disponibilité	Accessibilité	
01	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	n.r	n.r	« Avenir sans tabac » ; « Vers une vie sans fumée » ; dépliant Nicoderm.
02	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Documentation.
03	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	peu	« Vivre mieux sans fumer », etc. ; Guide des méthodes.
04	Oui	Oui	Oui	n.s.p.	Oui	Oui	Non	Non	Matériel des associations : Société canadienne du cancer ; Fondation des maladies du cœur.
05	Non	Non	Oui	Partielle	Oui	n.r	Non	Non	Élixir ; « Divorcer de sa cigarette ».
06	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	n.s.p.	n.s.p.	Association pulmonaire ; Fondation des maladies du cœur ; Santé Canada ; « Cesser de fumer, une ressource à découvrir » ; Lifesign.
07	Oui	Non	n.s.p.	n.s.p.	Oui	Non	Non	Non	
08	Oui	n.r.	Oui	n.r	Oui	Oui	Non	Non	
09	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	
10	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Clinique d'arrêt tabagique ; L'emprise sur le tabac (méthode d'arrêt autonome).
11	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	
12	Oui	Oui	Oui	Partielle	Oui	Oui	Non	Non	
13	n.r	n.r	Oui	Oui	Oui	Oui	n.r	n.r	Lifesign (ordinateur de poche) ; méthode Chabot (audio).
14	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	
15	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
16	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	À venir.
17	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Défi 24 heures pour les fumeurs (mesure ponctuelle).
18	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Programme avec substitut, « timbre » disponible dans toutes les cliniques.

* Voir la liste des régions en page 14.

Tableau 5.4c : Soutien à l'abandon du tabagisme : méthodes de groupe de soutien à l'abandon du tabagisme, 1997-1998

Régions*	Programme « Oui J'arrête »		Devenir non-fumeur pour la vie		Autres méthodes
	Disponibilité	Accessibilité	Disponibilité	Accessibilité	
01	Oui	Oui			
02					GRAP (Groupe de recherche et d'aide psychosociale) ; Consultants Olympe.
03					Abandon du tabac ; « Respirez à pleins poumons » ; Méthode de l'Église Adventiste, etc., Guide des méthodes.
04	Oui	Oui			Programme « Cinq jours » ; Méthode de l'Église Adventiste.
05					
06	Oui	Oui	Oui	Oui	« Abandon du tabac », Hôpital Sacré-Cœur ; programme « Vivre mieux vivre sans fumer » ; Nicotine anonyme.
07					« Santé sans fumée » ; « Vers une vie sans fumée ».
08	Oui	Oui	Oui	Oui	
09					« Counselling » de groupe.
10					
11	Oui	Peu			« Défi 24 heures » ; Centre de femmes « La sentinelle ».
12	Oui	Oui			
13			Oui	Oui	Cours de cessation de fumer dans quatre territoires de CLSC ; Nicotine anonyme.
14					Santé sans fumée.
15			Oui	Oui	
16					
17					Rencontres de groupe.
18					

* Voir la liste des régions en page 14.

priorité 6

*LES TRAUMATISMES
NON INTENTIONNELS*





Faits saillants

Quatre résultats sont attendus quant à cette priorité. Le premier porte sur la prévention des blessures à domicile, le deuxième sur la prévention des blessures en établissement, le troisième sur la diminution de la conduite avec facultés affaiblies, tandis que le quatrième concerne l'adoption de lois et de règlements visant à promouvoir la sécurité et à prévenir les traumatismes.

Des projets ayant trait à la prévention des blessures à domicile ont eu cours dans la majorité des régions, et ce, pour différents types de traumatismes. La collecte d'information ne permet cependant pas de déterminer si toutes ces réalisations sont des projets-pilotes, tel que précisé dans le résultat attendu.

En ce qui concerne la prévention des blessures en établissement, l'évaluation du Guide de prévention des chutes en établissement a été mis au point dans la région de Québec. L'étude permettra de vérifier la contribution du guide à la diminution des chutes et la pertinence de généraliser son utilisation dans l'ensemble du Québec.

Dix programmes d'application sélective (PAS) visant la conduite sans alcool ont été mis en œuvre dans six régions du Québec, avec une forte concentration dans la région montréalaise. À l'exception de la région de la Chaudière–Appalaches, le taux de conduite avec facultés affaiblies était conforme à celui prévu, soit de moins de 1 %, au moment de l'application de ces programmes.

La grande majorité des lois et règlements indiqués dans les priorités nationales avaient été adoptés, au 31 mars 1998, ou étaient en voie de l'être. À la même date, de nouvelles lois et de nouveaux règlements étaient en cours d'élaboration. La contribution des équipes de santé publique a principalement consisté à sensibiliser les organismes responsables à l'importance de ces lois et règlements pour la sécurité et la prévention des traumatismes, à réaliser des études, à produire des avis et à préparer des mémoires pour des commissions parlementaires.

6.1 Prévention des blessures à domicile

Que d'ici 1999, cinq projets-pilotes visant la prévention des chutes 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.

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 connaissance en vue de sa généralisation. Divers aspects de l'intervention peuvent être testés par un projet-pilote : sa faisabilité, son acceptabilité, sa capacité de produire les résultats attendus.

Indicateur

Nombre de projets-pilotes en voie de réalisation dans l'ensemble des régions du Québec, selon le type de blessure et la population visée.

Résultats

Cette première année d'évaluation permet de recenser le nombre de projets d'intervention réalisés dans l'ensemble des régions du Québec, visant à éviter les blessures survenant à domicile. Elle ne permet cependant pas de se prononcer sur l'aspect « pilote » de ces projets.

Entre le 1^{er} avril 1997 et le 31 mars 1998, quatorze projets ont été réalisés dans neuf régions du Québec : quatre dans la région de Québec, deux dans celles de la Mauricie–Centre-du-Québec et de l'Outaouais et un dans six autres régions. Neuf régions n'ont pas mis en œuvre de projet.

Les projets sont concentrés aux deux extrémités de la vie, l'enfance et la vieillesse. Aucun projet ne vise la population des 16-55 ans. Des six projets visant les enfants, trois portent sur un ensemble de blessures pouvant survenir à domicile, tandis qu'un projet touche les morsures de chien, un autre les brûlures et le dernier les noyades. Quant aux huit projets visant les personnes âgées, sept portent sur les chutes et un sur l'ensemble de blessures.

Sur les quatorze projets, quatre sont en préparation (trois pour les aînés, un pour les enfants), cinq sont en voie de réalisation (un pour les aînés, quatre pour les enfants), et cinq ont été réalisés et évalués (trois pour les aînés, un pour les enfants), dont trois ont fait l'objet d'un rapport d'évaluation. Dans tous les projets, les objectifs de l'intervention sont définis, tandis que les objectifs de l'évaluation sont précisés dans cinq projets, les neuf autres étant en phase de préparation ou en voie de réalisation. Enfin, trois des cinq projets réalisés et évalués ont fait l'objet d'une publication ou de la production de matériel didactique (vidéos, guide d'intervention).

Alors qu'il est assez simple d'avoir une idée du type et du nombre de projets, il est beaucoup plus ardu de mesurer la progression vers l'atteinte des résultats attendus.

En effet, la collecte d'information ne permet pas de vérifier si les projets respectent les composantes de la définition de projet-pilote, notamment l'aspect novateur et son potentiel de généralisation. De plus, les réponses aux questions portant sur l'état de réalisation des projets et, notamment, sur l'évaluation ne fournissent pas d'information sur des aspects tels que l'efficacité, l'acceptabilité et la faisabilité de l'intervention.

Par ailleurs, on peut se demander si la consigne de recenser uniquement des projets-pilotes a été bien comprise. À titre d'exemple, la région de Québec qui indique avoir quatre projets-pilotes désigne explicitement un de ses projets comme un projet-pilote et deux autres comme étant un état de la situation en vue d'en développer. Le quatrième projet ne serait donc pas un projet-pilote.

En conclusion, si l'on tient pour acquis que les répondants ont respecté la définition de projet-pilote dans leur recensement des projets et que l'on se contente de l'indicateur actuel, le premier volet des résultats attendus serait largement atteint puisque cinq projets-pilotes ont été réalisés et évalués. En ce qui concerne le deuxième volet des résultats attendus, les réponses ne permettent pas de qualifier les projets, de connaître les résultats par rapport aux objectifs visés, de connaître le rapport coûts-bénéfices, donc l'efficacité de ces interventions. Il sera alors difficile de généraliser l'implantation de certains d'entre eux dans toutes les régions du Québec.

Tableau 6.1 : Prévention des blessures à domicile, 1997–1998

Régions*	Nb de projets-pilotes	Catégories						Population		État de réalisation ¹	Information disponible				Information complémentaire
		Intoxi-cation	Brûlures	Chutes	Noyade	Suffo-cation	Autres	Enfants	Aînés		Objectifs		Rapport		
											Inter-vention	Éva-luation	Inter-vention	Éva-luation	
01	1	X	X	X		X	X	X		V	X	X			Projet : Électrocution, étranglement.
02	n.r.														
03	4	X	X	X	X	X		X		P	X				Projet-pilote.
				X				X		V	X				État de la situation en vue de développer un projet-pilote.
				X				X		P	X				Autre, morsure de chien, état de la situation en vue de développer un projet-pilote.
						X	X			V	X				
04	2			X				X		E	X	X	X	X	Matériel didactique, publications.
		X						X		E	X	X	X	X	
05	0														
06	1			X				X		E	X	X	X	X	Guide d'intervention (nov. 1997). Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED).
07	2	X	X	X		X		X		E	X		X		Vidéos, projets conjoints avec Villes et villages en santé et l'Université du Québec à Hull.
		X	X	X				X		E	X				
08	0														
09	0														
10	0														
11	1			X				X		P	X	X			Préparation d'un guide sur la sécurité dans la salle de bain.
12	0														
13	1			X				X		P	X	X			
14	1			X				X		V	X				Sommaire des résultats préliminaires, projet conjoint avec le CLSC de Joliette.
15	0														
16	1				X			X		R	X		X		
17	0														
18	0														Les traumatismes routiers sont la priorité.

* Voir la liste des régions en page 14.

1. P = en préparation ; V = en voie de réalisation ; R = réalisé ; E = réalisé-évalué.

6.2 Prévention des blessures en établissement

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.

Un mode d'évaluation a été mis au point dans la région de Québec. Des demandes sont en cours auprès du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) pour réaliser l'évaluation.

L'étude permettra de vérifier l'atteinte des deux volets des résultats attendus, soit :

- la contribution du *Guide de prévention des chutes en établissement* à la diminution des chutes ;
- la pertinence de généraliser l'utilisation du guide dans l'ensemble du Québec.

6.3 Programmes d'application sélective (PAS)

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 vélo.

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.

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, de même que la diffusion publique de ses objectifs 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 alcool est réalisé.

Résultats

Du 1^{er} avril 1997 au 31 mars 1998, douze PAS alcool au volant ont été réalisés au Québec. Cependant, deux d'entre eux ne semblent pas respecter l'ensemble des critères pour être qualifiés de PAS au sens strict du programme : il s'agit de barrages routiers dans la région du Nord-du-Québec (10) et d'interventions dans quatorze communautés de la région du Nunavik (17). Si on exclut ces deux régions¹, on compte dix PAS alcool au volant mis en œuvre dans six régions. Aucun PAS visant le port de la ceinture de sécurité ou la réduction de la vitesse n'a été réalisé, sauf un PAS ceinture dans le Nord-du-Québec, qui ne possédait peut-être pas toutes les caractéristiques d'un PAS.

Parmi les six régions (sur les dix-sept) ayant réalisé un PAS alcool au volant entre le 1^{er} avril 1997 et le 31 mars 1998, quatre en ont effectué deux, et deux en ont réalisé un. Les régions ayant réalisé deux PAS au cours de la même année sont concentrés dans les régions de Montréal, de Laval, de la Montérégie et de Lanaudière (deux PAS par région).

À l'exception de la région de la Chaudière–Appalaches (12), le taux d'alcoolémie observé dans ces PAS est égal ou inférieur à l'objectif fixé dans le résultat attendu, soit 1 %.

1. Selon les répondants, le PAS alcool s'applique plus difficilement dans ces régions, compte tenu d'un ensemble de caractéristiques particulières à celles-ci. Cependant, un nombre important d'activités visant à réduire la conduite en état d'ébriété ont été réalisées dans ces régions au cours de la période visée.

En conclusion, à l'égard du résultat attendu énonçant que des PAS alcool au volant doivent être réalisés dans toutes les régions du Québec d'ici 2002, nous pouvons dire que nous sommes sur la bonne voie mais, même si au 31 mars 1998, ceux-ci étaient surtout concentrés dans la grande région de Montréal.

Tableau 6.3 : Programme d'application sélective (PAS), 1997–1998

Régions*	PAS alcool		PAS ceinture		PAS vitesse		Remarques
	Mis en œuvre	Taux ¹ conduite avec alcool (%)	Mis en œuvre	Taux port ceinture (%)	Mis en œuvre	Taux vitesse	
01	Oui	0,6					
02							
03							
04							
05							
06	Oui (05-97) Oui (12-97)	0,4 n.d.					
07							
08	Oui (05-98)	0,7					Ce PAS ne peut être comptabilisé, ayant été réalisé en dehors de la période visée par la collecte d'information. Il sera inclus dans la prochaine évaluation avec l'ensemble des PAS qui auront été réalisés dans les diverses régions du Québec entre le 1 ^{er} avril 1998 et le 31 mars 1999.
09							
10	17 barrages	6,0	11 barrages	95			Le taux de 6 % de conduite avec alcool est celui déclaré par les policiers à la direction de la santé publique de la région.
11							
12	Oui	1,3					
13	Oui (05-97) Oui (10-97)	0,3 0,6					
14	Oui Oui	0,3 0,3					
15							
16	Oui (97) Oui (98)	0,4 0,3					
17	14 communautés	n.d.					
18							
Total	10²						

* Voir la liste des régions en page 14.

1. Nombre de conducteurs accusés de conduite avec faculté affaiblie par 100 conducteurs interceptés lors des barrages.
2. Ce total n'inclut pas pour diverses raisons les réalisations des trois régions.

6.4 Législations et réglementations

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.

Législations et réglementations provinciales (tableau 6.4)

Au 31 mars 1998, la majorité des législations et réglementations indiquées dans les priorités nationales ont été adoptées ou sont en voie de l'être sur les points suivants :

- la réduction de l'alcool au volant (adoptée) ;
- l'accès graduel au permis de conduite (adoptée) ;
- les véhicules hors route (adoptée) ;
- l'âge des joueurs prescrit pour chacune des catégories du hockey mineur (maintenue) ;
- le contrôle des armes à feu (adoptée) ;
- les équipements protecteurs requis pour la pratique du hockey sur glace (maintenue).

On ne note aucun développement quant à la modification de la *Loi sur les aliments et drogues* pour élargir la gamme des produits et des médicaments devant être vendus dans un contenant protégé-enfants. Ce règlement est de la responsabilité fédérale et requiert un consensus fort de la part des provinces, qui pour l'instant n'est pas acquis.

De plus, une réglementation non spécifiée dans les priorités nationales est en cours d'élaboration, à savoir la modification du Code de la sécurité routière (en élaboration) au regard des patins à roues alignées. Notons également la modification de l'article 289 du Code de la sécurité routière concernant, entre autres, les signaux lumineux (dont le décompte visuel) destiné à la sécurité routière des piétons. La réglementation actuelle sur les équipements protecteurs requis pour la pratique du hockey sur glace, à la demande, notamment, du réseau de la santé publique, est maintenue telle quelle.

Toutes les législations et réglementations ci-dessus mentionnées ont été adoptées ou sont en cours d'élaboration avec la participation active du réseau de la santé publique (ministère de la Santé et des Services sociaux et directions de la santé publique). Les principales contributions de ce dernier sont, notamment :

- la sensibilisation des organismes responsables des législations et réglementations ;
- la préparation de mémoires pour des commissions parlementaires ;
- la réalisation d'études et d'avis sur les blessures reliées aux problématiques en question.

Réglementations municipales (tableaux 6.4a et 6.4b)

Tous les règlements concernent des responsabilités de niveau municipal. Ils ont trait à la sécurité des piscines, aux morsures de chien, aux aires de jeu, à la circulation en motoneige et aux véhicules tout terrain, ainsi qu'à l'aménagement de corridors récréotouristiques.

Au 31 mars 1998

- Dans cinq régions sur dix-sept, la DSP connaît l'état de la situation concernant une réglementation sur la sécurité dans les piscines privées. La plupart de ces réglementations ont été adoptées avant le 31 mars 1997. Entre le 1^{er} avril 1997 et le 31 mars 1998, de nouvelles réglementations municipales ont été adoptées dans une seule région, soit celle de la Montérégie. Trois directions de la santé publique ont indiqué avoir apporté une contribution particulière, notamment quant à l'application de cette réglementation.
- En ce qui a trait à la problématique des morsures de chien, l'action des équipes régionales de santé publique a principalement consisté en la diffusion de l'avis du Conseil des directeurs de la santé publique (huit régions).
- Quatre régions indiquent être intervenues sur la question de la sécurité dans les aires de jeu, principalement par la préparation d'avis, la transmission d'information aux préfets de MRC ou encore par la formation donnée au personnel de services de garde.

Parmi les autres réglementations, il faut mentionner des actions régionales concernant :

- les motoneiges : Nord-du-Québec ;
- la politique de sécurité des villes : région de Québec ;
- la gestion des corridors récréotouristiques : région de Québec ;
- le port du casque de moto : région du Nunavik ;
- l'enchaînement des chiens : région du Nunavik.

En conclusion, l'action des régions en matière de réglementation municipale varie considérablement d'une région à l'autre. Elle ne semble pas constituer un axe d'intervention majeur dans plusieurs d'entre elles.

**Tableau 6.4 : Législations et réglementations provinciales (faisant référence aux questions 1-2-3-4-5-7)
État de la situation au 31 mars 1998**

Objet	Nom de la loi ou du règlement	En promotion	En élaboration	Adopté	Responsable ou mandataire
Réduction de l'alcool au volant	Loi 12 modifiant le Code de la sécurité routière			<ul style="list-style-type: none"> • Date d'adoption : déc. 1996 • Date entrée en vigueur : déc. 1997 	Corps policiers du QC, SAAQ
Accès graduel au permis de conduire	Loi 12 modifiant le Code de la sécurité routière			<ul style="list-style-type: none"> • Date d'adoption : déc. 1996 • Date d'entrée en vigueur : juin 1997 	Corps policiers du QC, SAAQ
Port obligatoire du casque de vélo	Modification au Code de la sécurité routière	Date d'adoption : prévue en l'an 2000 Date d'entrée en vigueur : prévue en 2002			Corps policiers du QC, SAAQ
Projet de loi régissant les véhicules hors route	Loi 43 sur les véhicules hors route			<ul style="list-style-type: none"> • Date d'adoption : 23 déc. 1996 • Date d'entrée en vigueur : VIT : été 97 ; motoneige : hiver 1997-1998 	Corps policiers du QC et personnes recrutées comme agents de surveillance
Maintien de la réglementation actuelle concernant l'âge des joueurs pour chacune des catégories du hockey mineur	Règlement sur le changement d'âge au hockey mineur	Date d'adoption et date d'entrée en vigueur : aucune. La réglementation actuelle étant maintenue, l'objectif est donc atteint.			Fédération québécoise de hockey sur glace, Direction des sports du MAM
Élargissement de la gamme des produits et des médicaments devant être vendus dans un contenant protège-enfants	Loi fédérale sur les aliments et drogues	Consultation prévue en octobre 1998 sur les modifications à apporter à la loi.			Santé Canada
Adoption et mise en œuvre d'une réglementation sur le contrôle des armes à feu au Québec	Règlements de la Loi sur les armes à feu (C-68)			<ul style="list-style-type: none"> • Date d'adoption : nov. 1996 et oct. 1997 • Date d'entrée en vigueur : 1^{er} oct. 1998 	Corps policiers, en particulier la Sûreté du QC
Amélioration de la sécurité routière des piétons	Code de la sécurité routière (article 289)			<ul style="list-style-type: none"> • Date prévue d'adoption : juin 98 (a été adoptée effectivement en juin 98) • Date d'entrée en vigueur : avril 99 	Ministère du Transport du Québec
Autres législations et réglementations	Règlement sur les équipements protecteurs requis pour la pratique du hockey sur glace			Maintien de la situation actuelle, sauf pour les joueurs de la Ligue de hockey junior majeure du QC	Ministère des Affaires municipales du QC
Autres législations et réglementations	Code de la sécurité routière (patins à roues alignées)			Date d'adoption et d'entrée en vigueur : indéterminées	SAAQ et corps policiers du QC

État de la situation au 31 mars 1998

Objet	Partenaires	Contribution du réseau de la santé publique
Réduction de l'alcool au volant	Corps policiers du QC, SAAQ	Mémoire préparé par le Comité de prévention des traumatismes et déposé par le Conseil des directeurs de la santé publique devant la Commission parlementaire de l'aménagement et des équipements qui a étudié le projet de loi 12.
Accès graduel au permis de conduire	Écoles de conduite, Ligue de sécurité du QC, CAA, SAAQ	Mémoire préparé par le Comité de prévention des traumatismes et déposé par le Conseil des directeurs de la santé publique devant la Commission parlementaire de l'aménagement et des équipements qui a étudié le projet de loi 12.
Port obligatoire du casque de vélo	400 organismes divers, SAAQ, MTQ, corps policiers	Mémoire préparé par le Comité de prévention des traumatismes et déposé par le Conseil des directeurs de la santé publique devant la Commission parlementaire de l'aménagement et des équipements qui a étudié le projet de loi 12 ; mise en place et soutien d'une coalition favorable au port obligatoire du casque de vélo.
Projet de loi régissant les véhicules hors route	SAAQ, MTQ, corps policiers du QC, fédérations d'utilisateurs	Nombreux avis, mémoires et études sur les blessures produits par le réseau de la santé publique et le Comité de prévention des traumatismes depuis une dizaine d'années.
Maintien de la réglementation actuelle concernant l'âge des joueurs pour chacune des catégories du hockey mineur	RSSQ, Commission de développement du hockey régional Gaston Marcotte, Comité contre le changement d'âge au hockey mineur	Prise de position préparée par le Comité de prévention des traumatismes et transmise par le Conseil des directeurs de la santé publique.
Élargissement de la gamme des produits et des médicaments devant être vendus dans un contenant protège-enfants	Centres antipoison canadiens, pharmaciens	Étude sur les principaux produits incriminés, prise de position du Comité de prévention des traumatismes acheminée au ministre de la Santé du Canada, sollicitation d'appuis à travers le Canada.
Adoption et mise en œuvre d'une réglementation sur le contrôle des armes à feu au Québec	Coalition pour le contrôle des armes à feu, Centre canadien des armes à feu	Durant environ huit ans, de nombreux avis, mémoires, communiqués et comparutions du Comité de prévention des traumatismes, du Conseil des directeurs de la santé publique et de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux devant des comités du Sénat et à la Chambre des communes ; soutien scientifique, logistique et stratégique de la Coalition de contrôle des armes à feu. À poursuivre jusqu'à la mise en œuvre de la Loi et de ses règlements le 1 ^{er} janvier 2003.
Amélioration de la sécurité routière des piétons	SAAQ, municipalités, ministère de la Justice, AQTR	Évaluation du dispositif (décompte visuel) au regard de la sécurité routière des piétons. Une des recommandations suggérait l'ajout du dispositif aux normes existantes.
Autres législations et réglementations	Association des ophtalmologistes du QC	Avis sur le maintien du règlement concernant le protecteur facial complet au hockey.
Autres législations et réglementations	Corps policiers du QC, SAAQ, associations d'adeptes, industrie	Participation à une étude sur le patin à roues alignées, avis du Comité de prévention des traumatismes sur l'opportunité d'inclure le patin à roues alignées dans le Code de la sécurité routière.

**Tableau 6.4a : Municipalités ayant adopté une réglementation concernant la sécurité dans les piscines (question 6.4-6)
État de la situation au 31 mars 1998**

Régions*	Nbre de municipalités avant le 31 mars 1997	Nbre de municipalités entre le 1 ^{er} avril 1997 et le 31 mars 1998	Contribution DSP	Renseignements complémentaires
01	n.s.p.	n.s.p.	Aucune	
02				
03	n.s.p.	n.r.	n.r.	
04	n.r.	n.r.	n.r.	
05	n.d.	n.d.	Aucune	
06	27/28	n.d.	Oui	Enquête auprès des municipalités de l'île de Montréal, analyse de la réglementation sur l'île, rapport envoyé aux municipalités.
07	n.s.p.	n.s.p.	Aucune	
08	n.d.	n.d.		
09	n.s.p.	n.s.p.	Aucune	
10	4/5	0/5	n.r.	
11	n.s.p.	n.s.p.	Aucune	
12	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	
13	1	n.r.	n.r.	
14	48	0	Oui	Enquête auprès des municipalités, diffusion des résultats, soutien pour l'application de la réglementation.
15	n.r.	n.r.	n.r.	
16	144/176	27/176	Oui	Adopté ou modifié, promotion de la réglementation auprès des propriétaires de piscines privées.
17	n.a.	n.a.		
18	n.a.	n.a.		

* Voir la liste des régions en page 14.

**Tableau 6.4b : Législations et réglementations municipales (question 8)
État de la situation au 31 mars 1998**

Régions*	Morsures de chien			Aires de jeu			Autres lois et réglementations			Renseignements complémentaires
	Niveau réalisation	Nb municipal.	Contribution DSP	Niveau réalisation	Nb municipal.	Contribution DSP	Niveau réalisation	Nb municipal.	Contribution DSP	
01	P		Oui	P		Oui				Envoi aux préfets des MRC d'un guide de sécurité dans les aires de jeu et d'un avis sur les morsures de chien.
02										
03							E	1	Oui	Politique de sécurité de la ville de Québec : soutien méthodologique et scientifique pour l'élaboration de la politique.
							E	CUQ	Oui	Politique (potentiel) de gestion des corridors récréotouristiques : soutien scientifique. Révision du schéma d'aménagement des MRC de la région et de la CUQ.
04							E	17	n.r.	Nom de la réglementation inconnue.
05	A	1	Oui							Rédaction d'un mémoire.
06	P	15	Oui	P		Oui				Recensement de quinze règlements municipaux, rapport acheminé au Comité provincial de prévention des traumatismes. Norme canadienne sur la sécurité des appareils de jeu : préparation d'un avis, formation des milieux des services de garde.
07	n.r.	n.r.	Oui							Envoi de l'avis dans les municipalités.
08										
09										
10	A	5/5	n.r.	A	5/5	n.r.	E	5/5	n.r.	Réglementation adoptée avant le 1 ^{er} avril 1997 et incluant les chiens errants et la vaccination. Circulation en motoneige.
11										
12	n.s.p.	n.s.p.	Oui							Promotion de l'avis auprès des onze préfets de MRC.
13	n.r.	n.r.	Oui							Avis sur les morsures de chien : aucun suivi.
14										
15	P, E, A	16	Oui							Diffusion de l'avis du Conseil des directeurs et de la position de l'Académie des vétérinaires du Québec auprès des municipalités.
16	P	222	Oui	P	222	Oui				Envoi de l'avis du Conseil des directeurs dans 222 municipalités. Mise à jour d'un grille d'inspection pour les municipalités avec normes ACNOR.
17							E A	14/14 4/14	Aucune Aucune	Vitesse et port du casque de moto. Enchaînement des chiens.
18										

Niveau de réalisation : P = Promotion; E = Élaboration, A = Adopté.

* Voir la liste des régions en page 14.

priorité 6A

*LES TRAUMATISMES
INTENTIONNELS :
LA VIOLENCE ENVERS
LES PERSONNES*



Faits saillants

Les résultats attendus quant à cette priorité visent la réalisation d'une campagne de sensibilisation à la violence faite aux femmes, la mise sur pied de projets-pilotes ou d'initiatives visant la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence envers les personnes, ainsi que l'élaboration et la mise en application, dans toutes les régions, de protocoles de référence inter-organismes.

Douze régions ont réalisé des activités dans le cadre d'une campagne de sensibilisation. Dans la moitié des cas, il s'agissait d'études, de colloques et d'activités de concertation, dans plus de la moitié, il s'agissait d'activités de diffusion et de sensibilisation. La campagne nationale de sensibilisation à la violence a débuté en octobre 1998 et elle s'échelonne sur trois ans.

Onze régions ont mis sur pied au moins un projet ou une initiative visant la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence. Au total, 29 projets ou initiatives ont été répertoriés. La plupart de ceux-ci s'adressaient aux jeunes du primaire et du secondaire, un peu moins du quart visaient les intervenants et professionnels de la santé, et quelques-uns des groupes particuliers.

Un ou des protocoles de référence inter-organismes sont en application dans huit régions. Dans la majorité des cas, il s'agit de protocoles de suivi psychosocial et sociojudiciaire, si on compte l'ensemble des protocoles en application et ceux qui seront sous peu mis en œuvre. Il faut noter que certaines régions fonctionnent avec des ententes informelles depuis un certain temps. L'absence d'entente formelle ne signifie pas une absence de service de référence.

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.

Définition

La campagne de sensibilisation nationale comprend plusieurs volets :

- volet publicitaire, incluant au moins une publicité télévisée ;
- volet relations publiques, incluant des actions en relations publiques (émission de télévision, point de presse, porte-parole, événement) ;
- volet information, incluant la production d'outils d'information et de sensibilisation livrés aux différents réseaux implantés en région ;
- volet « jeune », incluant différentes actions visant les 13-14 ans.

La campagne portera sur deux aspects : la violence conjugale et les agressions sexuelles.

Indicateur

Proportion des régions ayant réalisé au moins une activité reliée à la campagne de sensibilisation à la violence (formation, colloque, point de presse, etc.).

Résultat

Seize régions ont répondu à cette question. Douze régions ont réalisé au moins une activité entre le mois d'avril 1997 et la fin mars 1998, tandis que quatre régions s'en sont abstenues. L'analyse des réalisations mentionnées nous apprend que, dans la moitié des cas (6), il s'agit d'études, de colloques, ou de mise en place de stratégies de concertation et de plan d'action. Dans neuf régions où des d'activités ont été réalisées, on observe des actions de diffusion ou de sensibilisation. Quelques régions ont réalisé les deux types d'activité.

La lecture des commentaires a permis de relever deux attitudes différentes à l'égard de la campagne nationale. Certaines régions ont jugé à propos de devancer la campagne nationale et de mettre en œuvre leur propre activité de sensibilisation pour bénéficier du deuxième souffle qu'apporterait celle-ci. D'autres ont estimé préférable de laisser démarrer la campagne nationale pour ensuite prendre la relève.

Niveau national

L'an 1 des PNSP a été marqué par l'établissement d'une vaste concertation nationale en vue de réaliser une campagne de sensibilisation. Cette dernière s'échelonne sur trois ans et comporte quatre objectifs :

- Informer sur la violence faite aux femmes.
- Faire connaître les formes et le cycle de la violence.
- Faire apparaître les conséquences de cette forme de violence.
- Promouvoir des rapports égaux dans les relations amoureuses.

Un sondage sur la perception de la violence a été réalisé en 1997 auprès de 1 000 adultes et de 800 jeunes de 13-14 ans. Les résultats ont été utilisés pour construire le « message » de la campagne. Ce sondage constitue aussi une mesure « pré-exposition » à la campagne. La même mesure sera reprise après la campagne et permettra d'estimer l'incidence de celle-ci sur la population.

La campagne s'adressera au grand public et de façon particulière aux jeunes de 13-14 ans; elle comportera concrètement trois volets :

- une publicité télévisée diffusée en automne 1998 pendant treize semaines ;
- la production d'un tabloïde et d'affiches distribuées dans les régions ;
- une conférence de presse marquant le début de la campagne, accompagnée d'une série d'interventions télévisées à différentes émissions.

Pour capter l'attention des jeunes de 13-14 ans, un vidéo-clip d'un groupe populaire sera diffusé. Un disque sera aussi diffusé à la radio et distribué dans les régions.

En résumé

L'action sur la violence exige une intervention intersectorielle et implique la mise en place de partenariats et de collaborations qui sont parfois longs à émerger. Au niveau national, la poursuite du résultat attendu est bien amorcée. L'an 2 devrait voir se réaliser la campagne. Au niveau régional, plusieurs initiatives sont amorcées ou sont en voie de réalisation. L'an 2 devrait donner lieu à des activités plus structurées pour l'ensemble du Québec.

Tableau 6a.1 : Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes, 1997-1998

Régions*	Réalisations	Renseignements complémentaires
01	Oui	Concertation régionale et locale pour profiter du « momentum » de la campagne provinciale.
02	n.r.	
03	Non	
04	Non	
05	Non	
06	Oui	Quatre activités de sensibilisation auprès du grand public, des communautés hispanophone et italienne et des jeunes de 18-24 ans.
07	Oui	Activité de campagne, lancement d'un nouveau service, couverture médiatique.
08	Oui	Formation et deux colloques.
09	Non	En attente pour s'arrimer à la campagne provinciale. Cependant, plusieurs conférences de presse sur les protocoles de suivi ont été tenues.
10	Oui	Conférence sur le thème, formation, représentation théâtrale.
11	n.r.	
12	Oui	Sensibilisation, communiqué de presse et diffusion de matériel de promotion.
13	Oui	Journée d'étude avec les partenaires, recherche de pistes d'action.
14	Oui	Comité de travail pour actualiser la politique d'intervention.
15	Oui	Sensibilisation.
16	Oui	Production de matériel d'information, diffusion d'articles, financement d'une table régionale des ressources.
17	Oui	Organisation de rencontres intersectorielles, campagne publicitaire.
18	Oui	Plan d'action communautaire, tribune téléphonique.

* Voir la liste des régions en page 14.

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.

Définition

Par « projet-pilote », on entend toute action de santé publique mise sur pied pour tester une intervention et, le cas échéant, la généraliser. Pour être qualifié de « pilote », le projet doit comporter une composante novatrice et se situer dans une perspective de gain de connaissance. Divers aspects de l'intervention peuvent être testés par un projet-pilote : sa faisabilité, son acceptabilité et son efficacité.

Indicateur

Nombre de régions ayant mis sur pied des projets-pilotes correspondant à la définition précédente.

Résultat

Au total, 29 projets-pilotes et initiatives ont été mis en œuvre, la plupart dans des régions centrales (Québec : 6 ; Montréal : 6 ; Montérégie : 8). Malgré cette concentration, on compte onze régions qui ont mis sur pied au moins un projet ou une initiative, comme le demande le résultat attendu. On observe l'absence d'activités dans cinq régions. Deux projets n'ont pas été retenus parce qu'ils ont été réalisés en dehors de la période visée par la collecte d'information.

De ces 29 projets-pilotes mis en place, 67 % s'adressaient aux jeunes du primaire et du secondaire, 22 % visaient les intervenants et les professionnels du réseau de la santé. Dans quelques autres cas, les projets ciblaient à des clientèles particulières (les jeunes de la rue, les personnes âgées, les couples mariés et les travailleurs). Les stratégies adoptées sont diversifiées.

À la reconduction de l'exercice, il serait souhaitable de s'assurer que la notion d'« innovation » que doivent manifester les projets-pilotes ou les initiatives soit réellement prise en considération. Actuellement, il est difficile, compte tenu de la question posée aux répondants, de s'assurer que les projets ici relevés sont vraiment des activités novatrices testées en prévision de leur généralisation.

Tableau 6a.2 : Promotion des comportements pacifiques et prévention de la violence envers les personnes, 1997–1998

Régions	Nombre de projets	Cible	Renseignements complémentaires
01	1	Jeunes du secondaire	Visite des écoles
02	n.r.	n.r.	n.r.
03	6	Jeunes de la rue, écoles tous niveaux, étudiants en médecine, personnes âgées, travailleurs	Comité de cohabitation harmonieuse, soutien à des programmes existants, promotion et mise au point d'outils diagnostiques des facteurs de risque.
04	0		
05	1	Grand public	n.d.
06	6	Jeunes du primaire et du secondaire	Production de fascicule, guide d'activité orientée, vidéo d'information, production de répertoire de programmes.
07	1	Jeunes du primaire	Atelier de développement, formation et soutien à des élèves médiateurs.
08	1	Jeunes de la fin du secondaire	Rencontre en salle de cours.
09	1	Jeunes du primaire	Favoriser l'expression verbale des émotions et la recherche de solution non violente.
10	0		
11	n.r.	n.r.	n.r.
12	1	Adolescents	Évaluation d'un programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses.
13	1	Jeunes de secondaire 5	Sensibilisation et prévention de la violence dans les relations amoureuses.
14	0		
15	0		
16	8	Jeunes du primaire et du secondaire, intervenants	Stratégie de promotion et de prévention, activité en classe, trousse d'animation pour la prévention, formation et programme de mobilisation intersectorielle pour contrer le suicide.
17	0		
18	2	Jeunes du primaire et du secondaire. Couples mariés en difficulté.	Projet de curriculum dans 8 classes et projet pour deux communautés « Harmonie dans la famille ».

* Voir la liste des régions en page 14.

6a.3 Protocole de référence interorganisme

Que d'ici 1999, des protocoles de référence interorganisme aient été élaborés dans toutes les régions du Québec et mis en application sur tout leur territoire.

Définition

Par protocole, on entend une entente formelle interorganisme (gouvernemental, institutionnel et communautaire) visant la coordination et la concertation des actions pour venir en aide aux personnes victimes de violence. Il existe trois types de protocole :

- le protocole d'accompagnement sociojudiciaire, habituellement signé entre le corps policier et la maison d'hébergement ou le CAPAS (centre d'aide aux personnes agressées sexuellement) ;
- le protocole de suivi psychosocial, signé habituellement entre le corps policier et le CLSC ;
- le protocole de suivi psychosocial et sociojudiciaire, où plusieurs types d'organisme signent des ententes et des engagements formels.

Indicateur

Nombre de régions disposant d'un protocole de référence interorganisme.

Résultat

Parmi l'ensemble des régions, quinze ont répondu à cette question. L'analyse des réponses nous permet d'estimer que huit régions ont des protocoles en application. La couverture du territoire est totale pour les régions du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord et de l'Outaouais, alors que les cinq autres régions ont une couverture partielle. Si on ajoute aux régions déjà pourvues d'un protocole en application celles qui ont amorcé des travaux de rédaction et d'approbation (trois régions), onze régions auront sous peu des protocoles de référence interorganisme.

Des quinze protocoles spécifiés dans les commentaires des répondants, huit sont des protocoles de suivi psychosocial et sociojudiciaire. Les protocoles de suivi strictement psychosocial sont mentionnés quatre fois et les protocoles sociojudiciaires, deux fois. Le modèle privilégié semble donc être le protocole double comprenant à la fois une démarche sociojudiciaire et un soutien psychosocial.

En matière de leadership, les répondants mentionnent d'abord les régies régionales, puis, de manière plus marginale, les CLSC et les corps policiers, les directions de la santé publique pour la planification et l'évaluation du protocole et, enfin, les groupes communautaires.

En résumé

La poursuite du résultat attendu est sur la bonne voie. La mesure de celui-ci devrait cependant faire l'objet de quelques améliorations pour l'an 2. La question sur l'étendue géographique de l'application des protocoles propose aux répondants un choix d'échelle qui rend la compilation difficile. Cette mesure devrait être précisée et standardisée dans un prochain exercice.

Le concept de leadership en matière de protocole devrait aussi être révisé. Pour plusieurs répondants, l'information demandée manquait de clarté, en raison de la formulation de la question. S'agissait-il de leadership pendant l'élaboration et la mise en place du protocole ou de leadership pendant son application.

Enfin, des régions fonctionnent sur la base d'ententes informelles avec différents organismes locaux. Il peut en être ainsi depuis un certain temps. Ainsi, l'absence d'entente formelle ne signifie pas que les femmes victimes de violence n'ont pas accès à des mécanismes de référence interorganisme.

Le contenu des ententes formelles semble varier selon le promoteur du projet. Il serait intéressant de pouvoir rendre compte de cette réalité, ce qui n'est actuellement pas le cas.

Tableau 6a.3 : Protocole de référence interorganisme, 1997–1998

Régions*	État et type de protocole	Couverture	Leadership	Autres initiatives
01	Sociojudiciaire en application partout depuis 1995 Psychosocial en cours de rédaction dans trois MRC	Totale	Direction de la santé publique, planification et évaluation	Comité de concertation locale et table de concertation régionale.
02	n.r.	n.r.	n.r.	
03	Sociojudiciaire et psychosocial en application pour quatre des sept territoires, en discussion pour les trois autres territoires	Partielle	Groupes communautaires, table de concertation, Régie régionale	Table de concertation pour quatre territoires et comité ad hoc aviseur régional
04	n.r.	n.r.	n.r.	
05	Sociojudiciaire et psychosocial en application	Partielle	Groupes communautaires et table de concertation	Une formation à la MRC de Sherbrooke et lieu d'intervention désigné compris dans le protocole.
06	Psychosocial, couvre deux secteurs densément peuplés	Partielle	CLSC et corps policiers	Modèle type favorisé par le regroupement des CLSC de Montréal-Centre.
07	Psychosocial, rédigé, approuvé et appliqué	Totale	Instance régionale Grande-Rivière	
08	Sociojudiciaire et psychosocial, rédigés et approuvés	Partielle	Sûreté du Québec	Le protocole est intersectoriel et interministériel pour cinq MRC.
09	Sociojudiciaire et psychosocial en application	Totale	Régie régionale et corps policiers	Sept protocoles signés et adaptés aux réalités locales.
10	En début de discussion	n.r.	Régie régionale	
11	n.r.	n.r.	n.r.	
12	Sociojudiciaire en application	Partielle	CLSC et services policiers	
13	Sociojudiciaire et psychosocial en début de discussion	n.r.	Encadrement de la Régie régionale, grande liberté des organismes collaborateurs	Table de concertation régionale réunissant plusieurs organismes de différents réseaux
14	Psychosocial en discussion dans une MRC, sociojudiciaire et psychosocial en discussion dans les autres territoires	n.r.	Régie régionale	
15	Sociojudiciaire et psychosocial déjà en application	n.r.	Direction des programmes de la Régie régionale	
16	Sociojudiciaire et psychosocial, rédigés et approuvés	n.r.	Direction régionale de la santé publique, planification et évaluation	Comité régional en matière de violence conjugale
17	En voie de rédaction	n.r.	Régie régionale	Des protocoles informels étaient déjà en application
18	En début de discussion	n.s.p.	Communauté, CLSC	Des protocoles informels étaient déjà en application

* Voir la liste des régions en page 14.

Remerciements

Ce travail n'aurait pu être possible sans la participation d'un grand nombre d'intervenants de santé publique. Parmi ceux-ci, nous tenons à remercier plus spécialement les personnes suivantes :

Pour le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes

Francine Allard, RRSSS Québec
Dominique Arama, Université du Québec à Montréal
Lyne Arcand, RRSSS Laval
Suzanne Auger, RRSSS Montérégie
Danielle Beauregard, RRSSS Montréal-Centre
Jean Bélanger, RRSSS Montréal-Centre
Paul Berger, RRSSS Montérégie
Christine Bolté, Université du Québec à Montréal
Suzanne Deblois, RRSSS Montréal-Centre
Suzanne Dionne, Centre locaux de services communautaires Yamaska
Claude Doyon, RRSSS Montréal-Centre
Lise Dubois, Université Laval
Danielle Durand, RRSSS Montréal-Centre
Gilles Forget, RRSSS Montréal-Centre
Martine Fortier, RRSSS Montréal-Centre
Louise Gagné, RRSSS Montréal-Centre
Marie-Patricia Gagné, Ministère de la Famille et de l'Enfance
Danielle Guay, RRSSS Montréal-Centre
Marthe Hamel, RRSSS Bas-Saint-Laurent
Ginette Lafontaine, RRSSS Montérégie
Johane Laguë, RRSSS Montérégie
Suzie Lapointe, Ministère de la Santé et de Services sociaux
Bernard Laporte, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Claire Lepage, RRSSS Québec
Catherine Martin, RRSSS Montréal-Centre
Gilles Mireault, Centre jeunesse de Québec
Michèle Moreau, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Francine Ouellet, RRSSS Montréal-Centre
Manuel Pratte, Centre locaux de services communautaires Hochelaga Maisonneuve
Nathalie Ratté, RRSSS Mauricie et Centre-du-Québec

Pour les maladies évitables par immunisation

Nicole Boulianne, RRSSS Québec
Monique Douville-Fradet, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Bernard Duval, RRSSS Québec
Richard Massé, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Louise Thibault-Paquin, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gisèle Trudeau, RRSSS Saguenay-Lac St-Jean
Louise Valiquette, RRSSS Montréal-Centre

Pour le VIH et les maladies transmissibles sexuellement

Danielle Auger, Centre québécois de coordination sur le sida
Richard Cloutier, Centre québécois de coordination sur le sida
Michèle Dupont, Centre québécois de coordination sur le sida
Christian Fortin, RRSSS Québec
Monique Imbleau, Centre québécois de coordination sur le sida
Ginette Lafontaine, RRSSS Montérégie
Gilles Lambert, RRSSS Montréal-Centre
Lina Leblanc-Roy, Centre québécois de coordination sur le sida
Nicole Marois, Centre québécois de coordination sur le sida
Martine Morin, Centre québécois de coordination sur le sida
Lina Noël, RRSSS Québec
Raymond Parent, RRSSS Québec
Céline Poulain, Centre de recherche de l'hôpital St-Sacrement
Michèle Rompré, Centre québécois de coordination sur le sida
Johanne Samson, Hôpital Ste-Justine
Terry Tannenbaum, RRSSS Montréal-Centre
Sylvie Venne, Centre québécois de coordination sur le sida
Benoît Vigneau, Centre québécois de coordination sur le sida

Pour le dépistage du cancer du sein

Nicole Lefebvre, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Diane Major, Service provincial de dépistage PARLAB

Pour le tabagisme

Sylvie Bernier, RRSSS Mauricie Centre-du-Québec
Danièle Brochu, RRSSS Montréal-Centre
Louise Desjardins, RRSSS Lanaudière
Lise Larivière, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Martin Lavoie, RRSSS Lanaudière,
Denise Plamondon, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour les traumatismes non intentionnels

Claude Bégin, RRSSS Lanaudière
Desmond Dufour, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Yvonne Robitaille, RRSSS Montréal-Centre
Diane Sergerie, RRSSS Montérégie

Pour les traumatismes intentionnels : la violence envers les personnes

Hélène Cadrin, RRSSS Bas St-Laurent
Jocelyne Charest, Ministère de la Santé et des Services sociaux
May Clarkson, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Diane Lacroix, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Josée Pinault, RRSSS Bas St-Laurent

Pour l'édition et secrétariat

Brigitte Gendron, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Line Mailloux, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Collection analyses et surveillance

Titre déjà parus

- DGSP* n° 1 : **Surveillance du cancer au Québec : Nouveaux cas déclarés au fichier des tumeurs et mortalité, Année 1993**
M. Beaupré, Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, 1996
- DGSP n° 2 : **Surveillance de la mortalité au Québec : Année 1994**
G. Bibeau et O. Laplante, Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, 1997
- DGSP n° 3 : **L'accessibilité au condom en milieu scolaire québécois – Enquête auprès des CLSC et des Directions d'écoles secondaires**
R. Cloutier, Centre de coordination sur le sida, 1997
- DGSP n° 4 : **Indicateurs sociosanitaires : Le Québec et ses régions**
M. Pageau et M. Ferland, RRSSS de Québec, R. Choinière, RRSSS de Montréal-Centre, Y. Sauvageau, RRSSS de la Montérégie, 1997
- DGSP n° 5 : **Surveillance de la mortalité au Québec : Année 1995**
G. Bibeau et O. Laplante, Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, 1997
- DGSP n° 6 : **La mortalité au Québec – Disparités et évolution de 1975-1977 à 1993-1995**
R. Choinière, RRSSS de Montréal-Centre, P. Lafontaine, Direction générale de la planification et de l'évaluation, M. Pageau et M. Ferland, RRSSS de Québec, 1998
- DGSP n° 7 : **Évaluation de l'application du programme public de services dentaires préventifs**
J.-M. Brodeur, GRIS, J. Durocher, RRSSS de Montréal-Centre, 1998
- DGSP n° 8 : **Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans**
J.-M. Brodeur, GRIS, M. Payette, DSP de Montréal-Centre, M. Olivier, DSP de Montréal-Centre, D. Chabot, DSP de Montréal-Centre, M. Benigeri (GRIS), S. Williamson, DSP de Montréal-Centre, 1998
- DGSP n° 9 : **Profil des traumatismes au Québec : 1991 à 1995**
I. Masson, DSP de Montréal-Centre, D. Dorval, DSP de Montréal-Centre, mai 1998
- DGSP n° 10 : **Surveillance de la mortalité au Québec : Année 1996**
D. St-Laurent, Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, 1998

* Direction générale de la santé publique