

PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002

VERS L'ATTEINTE DES  
RÉSULTATS ATTENDUS :  
2<sup>E</sup> BILAN

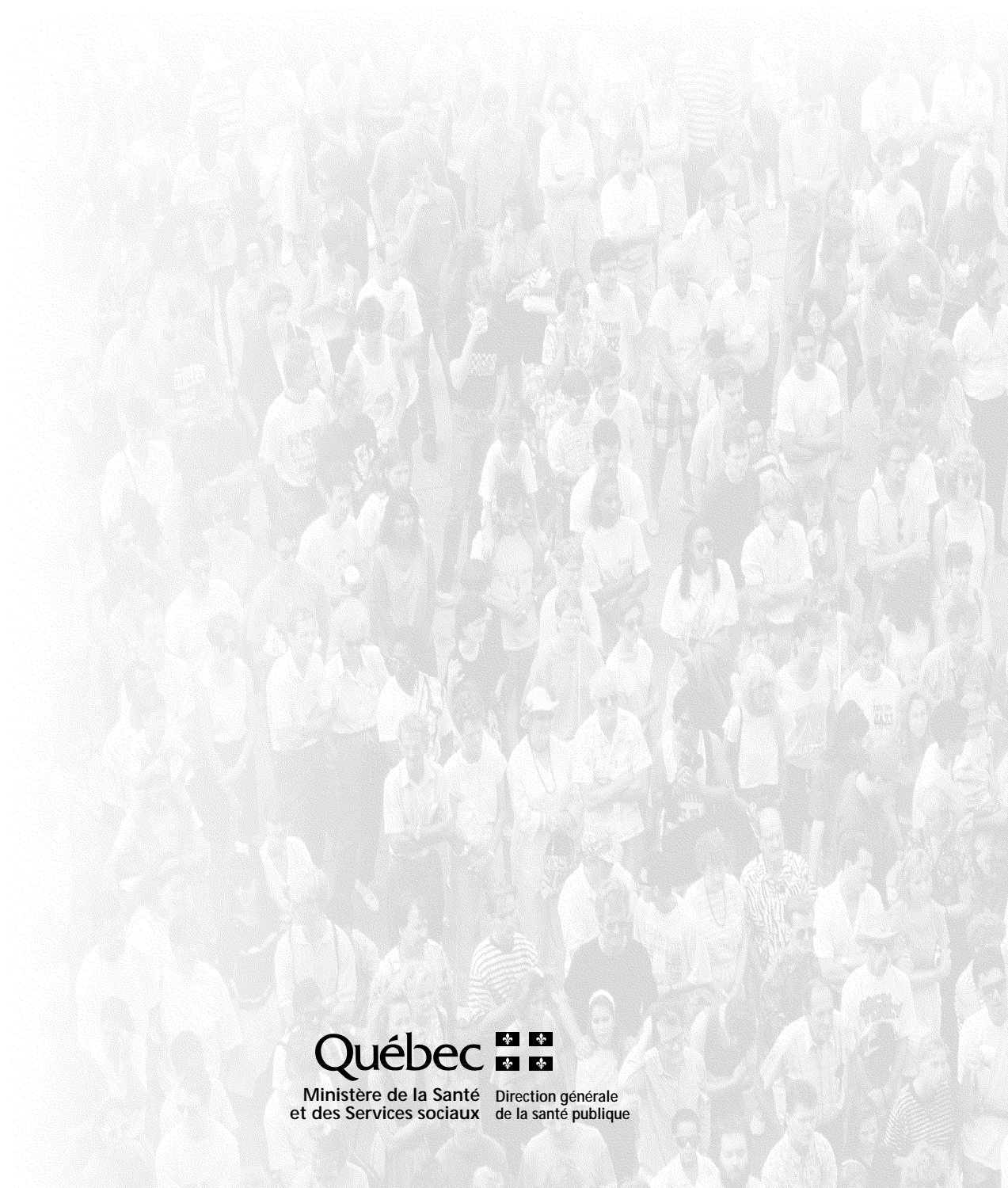


S A N T É P U B L I Q U E



PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002

# Vers l'atteinte des résultats attendus : 2<sup>e</sup> bilan



---

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

**Coordination :**

Lynda Fortin, Institut national de santé publique du Québec

**Ministère de la Santé et des Services sociaux :**

Yves Archambault (priorité 5)  
François Dumont (priorités 1 et 6a)  
Lynda Fortin (priorités 1 et 6a)  
Louise Guay (priorité 1)  
Monique Imbleau (priorité 3)  
Lise Tremblay (priorité 5)  
Richard Tremblay (priorité 4)

**Régies régionales, Direction de la santé publique :**

Denis Allard (Montréal-Centre) (priorité 6)  
Serge Chevalier (Montréal-Centre) (méthodologie)  
Aline Émond (Estrie) (priorité 6)  
Maryse Guay (Montérégie) (priorité 2)  
Hugues Tétreault (Mauricie et Centre-du-Québec) (priorité 1)

**Mise en page :**

Line Mailloux, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Hélène Piché, ministère de la Santé et des Services sociaux

Édition produite par :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document. Ces frais vous seront facturés à la livraison :  
5,00 \$ pour le premier exemplaire et 1,00 \$ pour chaque exemplaire additionnel.

Faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

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

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

Le présent document peut être consulté à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)

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

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 2000  
Bibliothèque nationale du Canada, 2000  
ISBN 2-550-36147-4

© Gouvernement du Québec

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

---

## Remerciements

Ce travail n'aurait pu être possible sans la participation d'un grand nombre d'intervenants du secteur de la 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**

Daniel Beaugard, RRSSS de Montréal-Centre

Lise Cyr, RRSSS de Québec

Danielle Guay, RRSSS de Montréal-Centre

Marthe Hamel, RRSSS du Bas-Saint-Laurent

Marie-Claire Lepage, RRSSS de Québec

### **Pour les maladies évitables par immunisation**

Monique Landry, RRSSS de Laval

Nadine Tremblay, ministère de la Santé et des Services sociaux

### **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 de Québec

Ginette Lafontaine, RRSSS de la Montérégie

Gilles Lambert, RRSSS de 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 de Québec

Raymond Parent, RRSSS de Québec

Céline Poulin, Centre de recherche de l'hôpital Saint-Sacrement

Michèle Rompré, Centre québécois de coordination sur le sida

Johanne Samson, hôpital Sainte-Justine

Terry Tannenbaum, RRSSS de Montréal-Centre

Sylvie Venne, Centre québécois de coordination sur le sida

Benoit 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**

Donald Déry, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Louise Desjardins, Comité provincial de santé publique sur le tabac  
Lise Larivière, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Denise Plamondon, ministère de la Santé et des Services sociaux  
André Secours, RRSSS de Chaudière-Appalaches

**Pour les traumatismes non intentionnels**

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

**Pour les traumatismes intentionnels : la violence envers les personnes**

Hélène Cadrin, RRSSS du Bas-Saint-Laurent  
Diane Lacroix, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Marie-Josée Pinault, RRSSS du Bas-Saint-Laurent

---

## Avant-propos

Le 6 mars 1997, en lançant les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (PNSP), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et son réseau s'étaient engagés à ce que, très rapidement, soit mis en place un mécanisme permettant le suivi et l'évaluation des résultats visés.

Dès 1999, l'évaluation des PNSP avait permis de constater que des actions avaient été entreprises pour chacune des priorités et que certains résultats visés avaient déjà été atteints. Cela constituait une excellente performance pour une première année d'implantation.

Le défi suivant a été de poursuivre le travail amorcé et de maintenir l'évaluation des priorités pour une deuxième année. Cela est maintenant chose faite ; la santé publique a gardé le cap et les priorités définies en 1997 sont devenues un axe incontournable d'action et de mobilisation. Plus encore, la lecture du deuxième bilan d'implantation permet d'observer que bon nombre de résultats visés par le réseau de la santé publique en 1997 seront effectivement atteints comme prévu en 2002.

Ces bonnes nouvelles nous encouragent à poursuivre dans la même voie en vue de réaliser les actions prévues. L'évaluation effectuée nous a aussi permis de constater que certains résultats sont plus difficiles à atteindre. Ceux-ci devront être l'objet d'une mobilisation soutenue des équipes locales, régionales et nationales de santé publique.

Nous disposons maintenant de données qui nous éclairent sur notre progression vers les résultats visés. Nous accumulons aussi de plus en plus d'information sur les difficultés qui peuvent survenir et sur les conditions nécessaires à l'implantation des priorités. La démarche évaluative qui soutient l'implantation des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* constitue une première en santé publique et ouvre la voie à d'autres travaux de ce type.

Le présent bilan permettra au ministère de la Santé et des Services sociaux et à la Direction générale de la santé publique de préciser leur vision et de planifier leurs actions, tant en matière de protection et de promotion de la santé et du bien-être qu'en matière de prévention des problèmes sociaux et de santé. De plus, ce bilan servira aux personnes travaillant dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) et dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux organismes communautaires et aux groupes professionnels engagés en santé publique.

Richard Massé  
Sous-ministre adjoint à la santé publique

---

## Table des matières

<b>Remerciements .....</b>	<b>3</b>
<b>Avant-propos .....</b>	<b>5</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>9</b>
<b>Liste des sigles et des acronymes .....</b>	<b>13</b>
<b>Liste des régions sociosanitaires du Québec .....</b>	<b>15</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>17</b>
<b>Méthode .....</b>	<b>19</b>
<b>Priorité 1 : Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes .....</b>	<b>21</b>
Faits saillants .....	23
1.1 Accessibilité aux programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité .....	25
1.1a Disponibilité des programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité .....	33
1.2 Allaitement maternel .....	46
1.3 Programmation intégrée en milieu de garde .....	49
1.4 Valorisation du rôle du père .....	50
1.5 Programmation intégrée en milieu scolaire .....	61
<b>Priorité 2 : Les maladies évitables par l'immunisation .....</b>	<b>63</b>
Faits saillants .....	65
2.1 Couverture vaccinale des enfants de 2 ans .....	67
2.2 Vaccination des adolescents contre l'hépatite B et rappels .....	74
2.3 Élimination des maladies évitables par l'immunisation .....	79
2.4 Réduction de l'incidence des maladies évitables par immunisation .....	83
2.5 Vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en CHSLD .....	88
2.6 Vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en milieu ouvert .....	91
2.7 Taux d'utilisation des vaccins achetés .....	94
2.8 Vaccins soumis à une température inadéquate .....	95
<b>Priorité 3 : Le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement .....</b>	<b>97</b>
Faits saillants .....	99
3.1 Programmes de prévention pour les populations vulnérables .....	101
3.2 Politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie .....	114
3.3 Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse .....	116
3.4 Données fiables sur l'infection par le VIH, sur les MADO et sur les MTS .....	119
<b>Priorité 4 : Le dépistage du cancer du sein .....</b>	<b>121</b>
Faits saillants .....	123
4.1 Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein .....	125
4.2 Taux de participation de la population cible .....	128
4.3 Taux de cancers détectés .....	129
4.4 Taux de mortalité due au cancer du sein chez les femmes de 55 et 74 ans .....	130

<b>Priorité 5 : Le tabagisme .....</b>	<b>131</b>
Faits saillants .....	133
5.1 Stratégie de prévention du tabagisme.....	135
5.2 Réduction du tabagisme chez les 15 ans et plus .....	137
5.3 Réduction du tabagisme chez les jeunes .....	138
5.4 Soutien à l'abandon du tabagisme .....	143
<b>Priorité 6 : Les traumatismes non intentionnels.....</b>	<b>163</b>
Faits saillants .....	165
6.1 Prévention des blessures à domicile.....	167
6.2 Prévention des blessures dans les établissements.....	174
6.3 Programmes d'application sélective (PAS) .....	175
6.4 Législation et réglementation.....	178
<b>Priorité 6a : Les traumatismes intentionnels .....</b>	<b>181</b>
Faits saillants .....	183
6a.1 Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes .....	185
6a.2 Promotion des comportements pacifiques et prévention de la violence envers les personnes .....	190
6a.3 Protocole de référence interorganismes .....	194
<b>Conclusion .....</b>	<b>201</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1.1	Proportion de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes par le programme, 1998-1999.....	29
Tableau 1.1.1	Nombre de femmes rejointes par un programme présentant certaines caractéristiques* de base de NEGS, 1998-1999.....	30
Tableau 1.1.2	Comparaison du nombre de femmes rejointes par un programme de type NEGS et du nombre de naissances de mères sous-scolarisées, 1998-1999.....	31
Tableau 1.1.3	Nombre total de femmes rejointes par un programme intégré de type NEGS, 1997-1998, 1998-1999.....	32
Graphique 1 :	Durée du suivi postnatal.....	35
Tableau 1.1.a.1 :	Nombre de CLSC offrant un programme de type NEGS, 1997-1998, 1998-1999.....	38
Tableau 1.1.a.2 :	Nombre de CLSC offrant un programme intégré selon certaines composantes de NEGS*, 1998-1999.....	39
Tableau 1.1.a.3 :	CLSC offrant le suivi à la vingtième semaine ou plus tôt dans le cadre d'un programme intégré, 1997-1998, 1998-1999.....	40
Tableau 1.1.a.4 :	CLSC selon la durée du suivi postnatal offert dans le cadre d'un programme intégré, 1997-1998, 1998-1999.....	41
Tableau 1.1.a.5 :	CLSC selon le nombre de rencontres prénatales offertes dans le cadre d'un programme intégré, 1998-1999.....	42
Tableau 1.1.a.6 :	CLSC selon le nombre de contacts postnatals dans le cadre d'un programme intégré, 1998-1999.....	43
Tableau 1.1.a.7 :	CLSC selon la présence d'une intervenante privilégiée dans le cadre d'un programme intégré, 1998-1999.....	44
Tableau 1.1.a.8 :	CLSC ayant des rencontres formelles d'une équipe multidisciplinaire, 1998-1999.....	45
Tableau 1.2 :	Allaitement maternel, données disponibles, 1997-1999.....	48
Tableau 1.4 :	Activités des régions en matière de valorisation du rôle du père.....	53
Tableau 1.4a :	Lieux de réflexion sur la valorisation du rôle du père, 1998-1999.....	54
Tableau 1.4b :	Ateliers de sensibilisation ou de formation pour les intervenants, 1998-1999.....	55
Tableau 1.4c :	Adaptation d'outils de travail, 1998-1999.....	56
Tableau 1.4d :	Production ou utilisation d'outils, 1998-1999.....	57
Tableau 1.4e :	Adaptation d'activités ou de programmes, 1998-1999.....	58
Tableau 1.4f :	Conception de nouvelles activités, 1998-1999.....	60
Tableau 2.1.1 :	Système d'information sur la vaccination (SIV) pour les enfants de 2 ans - État de l'implantation au 31 décembre 1998 et participation des CLSC au système.....	71

Tableau 2.1.2 :	Couverture vaccinale des enfants de 2 ans (situation au 31 décembre 1998 <sup>1</sup> ) .....	72
Tableau 2.1.3 :	Couverture vaccinale des enfants en maternelle (année scolaire 1997-1998 <sup>1</sup> ) .....	73
Tableau 2.2.1 :	Système d'information sur la vaccination (SIV) des adolescents contre l'hépatite B et rappels – État de l'implantation pour l'année scolaire 1997-1998 et participation des CLSC .....	77
Tableau 2.2.2 :	Couverture vaccinale contre l'hépatite B et rappels des élèves de 3 <sup>e</sup> secondaire, et couverture vaccinale contre l'hépatite B des élèves de la 4 <sup>e</sup> année du primaire, année scolaire 1997-1998 .....	78
Tableau 2.3 :	Taux brut d'incidence des maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1990-1998 (taux par 100 000 h) .....	82
Tableau 2.4.1 :	Taux brut d'incidence de maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1990-1998 <sup>1</sup> (taux brut par 100 000 h) .....	86
Tableau 2.4.2 :	Nombre et proportion des cas d'hépatite A selon les facteurs de risque, Québec, 1996-1998 <sup>1</sup> .....	87
Tableau 2.5 :	Couverture vaccinale contre l'influenza en 1998-1999 des personnes âgées vivant en CHSLD .....	90
Tableau 2.6 :	Couverture vaccinale contre l'influenza ou 1998-1999 des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert .....	93
Tableau 3.1a :	Programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires et groupes ciblés, selon les régions, 1998-1999 .....	108
Tableau 3.1b :	Nombre total de régions offrant des activités ou interventions aux populations vulnérables, 1998-1999 .....	110
Tableau 3.1c :	Moyens de prévention accessibles dans les centres de détention et les établissements pénitenciers, selon les régions, 1998-1999 .....	111
Tableau 3.1d :	Portrait des centres d'accès aux seringues du Québec au 1 <sup>er</sup> décembre 1997 et au 1 <sup>er</sup> décembre 1998 .....	112
Tableau 3.1e :	Composantes de programmes permettant aux toxicomanes de se procurer de la méthadone, selon les régions, du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1998 .....	113
Tableau 4.1 :	Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, situation au 31 mars 1999 .....	127
Tableau 5.3a :	Proportion de fumeurs chez les jeunes au Québec .....	140
Tableau 5.3b :	Proportion de fumeurs chez les jeunes dans certaines régions du Québec .....	141
Tableau 5.4a :	Appréciation de la proximité selon les régions .....	148
Tableau 5.4b :	Soutien à l'abandon du tabagisme : services d'information et de référence, 1998-1999 .....	149
Tableau 5.4c :	Soutien à l'abandon du tabagisme : services de <i>counselling</i> individuel offerts par un professionnel de la santé, 1998-1999 .....	151

Tableau 5.4d :	Soutien à l'abandon du tabagisme : services de counselling individuel offerts par un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux ou une personne mandatée par ce réseau, 1998-1999 .....	153
Tableau 5.4e :	Soutien à l'abandon du tabagisme : services de counselling individuel offerts par un autre intervenant spécialisé travaillant pour organisme à but lucratif ou à but non lucratif (non mandaté), 1998-1999 .....	154
Tableau 5.4f :	Soutien à l'abandon du tabagisme : services (ou méthodes) de groupe offerts par un professionnel de la santé, 1998-1999.....	155
Tableau 5.4g :	Soutien à l'abandon du tabagisme : services (ou méthodes) de groupe offerts par un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux ou une personne mandatée par ce réseau, 1998-1999 .....	156
Tableau 5.4h :	Soutien à l'abandon du tabagisme : services (ou méthodes) de groupe offerts par un autre intervenant spécialisé travaillant pour un OBL ou un OSBL (non mandaté), 1998-1999 .....	157
Tableau 5.4i :	Promotion des services (ou méthodes) de cessation, 1998-1999 .....	158
Tableau 5.4j :	Accessibilité d'au moins un service de cessation dans tous les territoires de CLSC de la région et promotion de ces services par au moins un moyen, 1998-1999 .....	160
Tableau 5.4k :	Accessibilité – synthèse.....	161
Tableau 6.1a :	Projets-pilotes en prévention des blessures à domicile, 1998-1999 .....	170
Tableau 6.1b :	Documentation reçue sur les projets-pilotes visant la prévention des blessures à domicile, 1998-1999 .....	171
Tableau 6.1c :	Classement des projets menés à terme pour les personnes âgées selon la matrice de Haddon – Déterminants ciblés, stratégies d'intervention et méthodes utilisées .....	172
Tableau 6.1 d	Classement des projets menés à terme pour les jeunes selon la matrice de Haddon – Déterminants ciblés, stratégies d'intervention et méthodes utilisées .....	173
Tableau 6.3 :	Programme d'application sélective (PAS), 1998-1999 .....	177
Tableau 6a.1 :	Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes, 1997-1998, 1998-1999.....	189
Tableau 6a.2 :	Portrait des projets-pilotes et initiatives en promotion des comportements pacifiques et en prévention de la violence envers les personnes, 1997-1998, 1998-1999.....	192
Tableau 6a.2.1 :	Projets-pilotes selon le type de violence, 1997-1998, 1998-1999.....	193
Tableau 6a.3 :	Protocoles de référence interorganisme selon l'état d'avancement, 1997-1998,1998-1999.....	197
Tableau 6a.3.1 :	Protocoles de référence interorganisme en application et en projet selon le type d'entente, 1998-1999.....	198
Tableau 6a.3.2	Protocoles d'entente en application prévoyant une évaluation et une formation, selon la région, 1998-1999 .....	199

---

## Liste des sigles et 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
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CQCS	Centre québécois de coordination sur le sida
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté
CV	Couverture vaccinale
DCTP	Diphtérie, coqueluche, tétanos, polio
DCTPH	Diphtérie, coqueluche, tétanos, polio, <i>Haemophilus influenzae</i> de type b
DRSP	Direction de la santé publique
DSP	Direction de la santé publique
DTP	Diphtérie, tétanos, polio
ELDEQ	Étude longitudinale sur le développement des enfants et des jeunes
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
FPS	Formation personnelle et sociale
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> de type b
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmissible sexuellement
NEGS	« Naître égaux et grandir en santé »
OLO	« Œuf, lait et orange »
ONG	Organisme non gouvernemental
PAS	Programme d'application sélective
PES	Programme d'échange de seringues
PNSP	Priorités nationales de santé publique 1997-2002
PQDCS	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
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

### Notes

- Dans les tableaux sont utilisées 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

---

## Introduction

En 1997, les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* étaient publiées. Ce document présente les actions à mener prioritairement en matière de santé publique au Québec, d'ici 2002, par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales, notamment les équipes de santé publique et leurs partenaires. Sept priorités d'action ont été fixées : le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, les maladies évitables par l'immunisation, le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement, le dépistage du cancer du sein, le tabagisme, les traumatismes non intentionnels et les traumatismes intentionnels (la violence envers les personnes et le suicide) ainsi que l'alcoolisme et les toxicomanies. De ces priorités découlent 49 résultats attendus.

Dès la publication des PNSP, il avait été convenu d'assurer le suivi des priorités d'action, et ce, afin de permettre « au Ministère et aux régies régionales de suivre la mise en œuvre des priorités, de réajuster le choix des actions entreprises ou de les consolider, et de rendre compte des réalisations ». En mai 1998, une équipe composée de représentants du Ministère et des régies régionales a entrepris une collecte d'information auprès des régions afin de dresser un premier bilan. Publié en janvier 1999, ce premier bilan a mis en lumière certaines difficultés liées à la définition d'indicateurs pour certains résultats attendus ainsi qu'à la disponibilité et à la qualité des sources d'information pour d'autres résultats. Néanmoins, il a permis de connaître le niveau d'atteinte des résultats visés par les PNSP et de brosser un portrait assez vaste de l'activité de santé publique au regard des actions prioritaires qui ont été retenues.

Au printemps 1999, l'opération de suivi a été reconduite auprès des régies régionales afin de faire le point sur la situation au terme de la deuxième année, soit au 31 mars 1999. Les données collectées permettent de témoigner du travail accompli dans chacune des régions.

Le bilan est composé de chapitres qui correspondent à chacune des priorités. Des faits saillants sont d'abord présentés au début de chaque chapitre afin de rappeler les objectifs de la priorité et de faire un tour d'horizon des actions. Puis, l'état d'atteinte de chacun des résultats attendus est présenté en précisant, lorsque cela est possible, la progression depuis la première année. Les données collectées dans les régies régionales sont illustrées dans différents tableaux.

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

## Méthode

L'évaluation des PNSP a, dès le départ, comporté de multiples défis. À première vue, le travail apparaissait énorme et très diversifié quant à la nature des objets d'évaluation. En effet, les PNSP sont composées par – sept priorités, quarante-neuf résultats attendus, quatre principes directeurs –, tous aussi importants les uns que les autres, et cela, dans les dix-huit régions québécoises.

L'autre défi, habituel celui-là en évaluation, avait trait au libellé même des résultats visés. Pour être évaluables, ceux-ci doivent être clairs et précis ; ils doivent également être observables sur le terrain. Dans la réalité, ce n'est pas toujours le cas ; en conséquence, plusieurs résultats attendus ont été difficiles, voire parfois impossibles à évaluer.

Enfin, il est apparu essentiel de parvenir à livrer aux acteurs du domaine de la santé publique un bilan annuel, ce qui a impliqué une cadence de travail accélérée. Ce parti pris en faveur de la transmission d'une information perfectible en temps opportun a des conséquences sur la nature de l'évaluation.

## Objets d'évaluation

Tout au long de notre démarche, l'évaluation n'a porté que sur les résultats attendus des PNSP et non sur toutes les actions y figurant. Délibérément, nous avons choisi de ne pas élargir la collecte d'information à d'autres aspects que ceux qui sont directement liés aux résultats attendus et de ne pas nous pencher sur les principes directeurs.

## Méthodologie

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

Ce premier examen de l'information existante a permis de constater qu'il y avait trois manières différentes d'obtenir l'information : par les systèmes d'information existants, par des enquêtes ou des fichiers populationnels ou par la conception 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 conçus et regroupés dans un questionnaire accompagné d'un cahier technique explicitant les définitions des objets à mesurer.

L'année 1997-1998 a donné lieu à une première collecte d'information (au 31 mars 1998). La collecte de la deuxième année a suivi à peu près le même modèle. Cependant, on a modifié certains indicateurs ou certaines questions à la lumière de l'expérience de la première année. Le plus possible, nous avons tenté de maintenir les éléments comparables d'une année à l'autre. Le lecteur trouvera les explications nécessaires dans les commentaires relatifs à chacun des résultats attendus. Une seconde collecte a été faite au 31 mars 1999.

## Limites

Les instruments utilisés sont encore perfectibles. De plus, on demande aux répondants de transmettre l'information rétrospectivement (soit du 1<sup>er</sup> avril 1998 au 31 mars 1999). Cette remontée dans le temps a pu constituer une contrainte supplémentaire et engendrer des imprécisions.

Parfois, le niveau d'avancement quant au résultat attendu illustre une situation régionale particulière (par exemple, un travail déjà amorcé depuis plusieurs années) plutôt que le niveau d'implantation des PNSP. À l'inverse, il ne faut pas se surprendre de la distance entre la situation actuelle et les résultats visés puisque nous n'en sommes qu'à la deuxième année d'implantation.

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

Enfin, un suivi axé sur les résultats visés laisse beaucoup de choses en plan. Dans plusieurs cas, il aurait été nécessaire d'aller plus loin que ne l'exige le libellé du résultat. Il aurait fallu être en mesure de mettre en contexte les événements clés, les conditions préalables, les ressources accordées, notamment, autant d'éléments importants pour comprendre et expliquer la « photographie » que nous livre ce rapport.

L'information demeure donc perfectible. Il faut voir l'évaluation des PNSP comme une démarche qui vise à susciter des questions et des débats sur les actions prioritaires en matière de santé publique ainsi que sur les conditions favorisant leur réalisation.

priorité 1

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



## Faits saillants

---

Cinq résultats sont attendus quant à cette priorité. Ils portent sur l'atteinte de la population 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 relatif à 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 que près de 2 069 femmes ont été rejointes par un programme présentant les caractéristiques de base du programme NEGS. De celles-ci, 1 315 étaient pauvres et sous-scolarisées (moins de onze années de scolarité). C'est cette dernière donnée qui nous apparaît la plus fiable ; elle permet d'estimer un taux d'atteinte de 11,5 % des femmes en situation de vulnérabilité par un programme de type NEGS.

Tous les indicateurs révèlent une amélioration de la disponibilité des programmes de type NEGS. En 1998-1999, 73,6 % des CLSC déclarent offrir sur leur territoire un programme du type NEGS alors qu'en 1997-1998 on observait une proportion de 56 %. Toutefois, si nous retenons uniquement certaines caractéristiques de base du NEGS<sup>1</sup>, le niveau de disponibilité d'un programme vraiment précoce, intense et continu s'établit plutôt à 23 % (38 CLSC), ce qui constitue aussi une amélioration par rapport à la première année d'implantation. De plus, nous observons cette année une amélioration non négligeable de la continuité de service en période postnatale. En effet, 65 CLSC offriraient un service se prolongeant jusqu'à ce que l'enfant ait 24 mois.

Le bilan nous apprend aussi que quatorze régions disposent d'information sur l'allaitement et, malgré la diversité de l'information recueillie, il semble qu'on puisse estimer le taux d'allaitement à environ 60 % à la sortie de l'hôpital. Quant à l'allaitement à 3 et 6 mois, les données, bien qu'imprécises, laissent croire que nous serions en deçà des résultats visés.

Quant à la valorisation du rôle du père, elle fait l'objet de plusieurs initiatives locales qui gagneraient à être structurées et planifiées collectivement.

---

1. Début du suivi prénatal à 20 semaines de grossesse au plus tard, fin du suivi postnatal quand l'enfant a 24 mois ou plus ; le suivi comprend au moins 8 rencontres pendant la grossesse ainsi que 25 contacts ou plus en période postnatale, assurés par intervenante privilégiée.

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

**Que d'ici 2002, 50 % des femmes québécoises enceintes, sous-scolarisées et en situation d'extrême pauvreté aient été rejointes par un programme intégré de promotion de la santé et de prévention 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 dix rencontres prénatales ainsi que quinze rencontres et dix contacts postnataux personnalisés ;
- le suivi débute à la vingtième semaine de grossesse et se termine quand l'enfant a 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, soutien au réseau social et soutien socioéconomique ;
- le suivi est effectué par une intervenante privilégiée qui réalise au moins la moitié des rencontres ou contacts prévus (environ dix-sept) ;
- l'intervenante est soutenue par une équipe interdisciplinaire ;
- le suivi s'appuie à la fois sur la collaboration et la concertation entre les ressources du milieu et sur une action intersectorielle locale.

### **Indicateur**

Proportion (%) des femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes par un programme de type NEGS.

### **Résultats**

Le calcul de l'indicateur repose sur les réponses obtenues dans quinze régions et permet d'estimer qu'environ 3 599 femmes pauvres et sous-scolarisées ont été rejointes par un programme intégré de type NEGS entre le 1<sup>er</sup> avril 1998 et le 31 mars 1999 (voir le tableau 1.1). Si l'on rapporte ce nombre à l'ensemble des mères sous-scolarisées vivant dans les régions pour lesquelles nous avons des réponses à la question (11 433 en 1996, soit la dernière année pour laquelle les données sont disponibles), on obtient un taux d'atteinte de la population visée de 31,5 %.

En 1997-1998, on estimait avoir touché environ 1 300 femmes, pour un taux d'atteinte maximal de 15 %. Pour 1998-1999, la donnée n'est pas comparable puisque nous utilisons le nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées qui ont bénéficié du programme plutôt que le nombre de femmes qui en ont bénéficié sans égard à ces critères comme en 1997-1998. Cette distinction précise la mesure, mais rend difficile la comparaison entre les années.

Le taux d'atteinte de la population cible est fort variable d'une région à l'autre. Dans deux régions, aucune femme présentant les critères de vulnérabilité n'a été rejointe par un programme présentant les caractéristiques de type NEGS. La situation s'explique par le fait que le programme n'y est pas encore implanté ou que la région privilégie d'autres approches en périnatalité. Dans sept régions, on aurait déjà atteint les résultats visés (50 % des mères sous-scolarisées et pauvres). Certaines régions en sont à leurs débuts dans l'implantation du programme et on devrait y observer un accroissement du nombre de femmes rejointes au cours de la prochaine année.

Cette analyse ne tient pas compte des caractéristiques du programme offert (intensité, précocité, continuité). Elle surestime le niveau d'atteinte de l'objectif. Une analyse plus poussée permet d'estimer plus précisément le nombre de femmes exposées à un programme intense, précoce et continu comme devrait l'être le NEGS<sup>2</sup>. Les résultats sont présentés au tableau 1.1.1 et permettent d'estimer que 2 069 femmes (provenant de six régions) auraient été rejointes par un programme présentant les éléments de base du programme NEGS et que, de celles-ci, 1 315 seraient pauvres et sous-scolarisées. C'est probablement ce tableau qui permet la meilleure estimation de l'atteinte de l'objectif, qui se situerait alors à 11,5 %.

## Limites méthodologiques

Les résultats ne portent pas sur l'ensemble du Québec mais sur les régions pour lesquelles nous avons de l'information (seize). En 1997-1998, seulement douze régions avaient été en mesure de répondre à cette question. De ce fait, les nombres absolus sont difficilement comparables.

En 1997-1998, nous avons estimé l'atteinte de l'objectif en divisant le nombre de femmes rejointes par le nombre de naissances de mères sous-scolarisées. Le niveau d'atteinte de l'objectif s'établissait alors à 15 %. Cependant, nous étions conscients qu'il s'agissait d'un maximum puisque le calcul ne tenait compte ni du type de participantes (pauvres et sous-scolarisées), ni des critères de base du programme offert.

En 1998-1999, la mesure est précisée en dénombrant les femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes (3 599, soit 31,5 %) et les femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes par un programme présentant certaines caractéristiques de base du programme NEGS (1 315, soit 11,5 %). Cependant, cette précision réduit les comparaisons possibles entre les deux années.

Cette année encore, 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 n'est pas toujours adéquat pour rendre compte des situations temporaires de pauvreté (perte d'emploi, par exemple) et des nouvelles réalités du marché du travail, notamment dans la population des moins de 35 ans.

---

2. Début du suivi prénatal à 20 semaines de grossesse au plus tard, fin du suivi postnatal quand l'enfant a 24 mois ou plus ; le suivi comprend au moins 8 rencontres pendant la grossesse ainsi que 25 contacts ou plus en période postnatale, assurés par intervenante désignée.

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.

Dans les régions caractérisées par une faible densité de population, où tous se connaissent et où l'anonymat est impossible, ce type de service est offert à l'ensemble de la population pour éviter de stigmatiser la clientèle. Le dénombrement à partir de critères socioéconomiques est alors difficile et parfois imprécis.

## Discussion

En 1997-1998, on avait déjà constaté que l'interprétation du programme à offrir ne semblait pas homogène.

Le libellé même du résultat (programmes « de type NEGS ») engendre des problèmes de définition et de mesure. À partir de quel niveau de service un programme peut-il être considéré comme « de type NEGS » sans nécessairement reproduire complètement les caractéristiques du programme NEGS ? Sans cette précision, les répondants régionaux transmettent des réponses parfois difficilement comparables. Les comparaisons entre les régions sont difficiles à interpréter.

À ce premier niveau de confusion s'ajoute cette année le constat sur les clientèles rejointes, qui semble excéder largement ce qui est prévu par le programme (des femmes sous-scolarisées et pauvres). Ainsi :

- le nombre total de femmes rejointes est de 6 667 ;
- le nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes est de 3 599.

Le tableau 1.1.2 présente des résultats surprenants qui semblent indiquer que 6 667 femmes ont été rejointes, soit plus de la moitié des mères ayant moins de onze ans de scolarité et ayant eu un bébé au cours de la dernière année. Dans certains cas, le nombre de femmes rejointes excède la population cible (estimée à partir des naissances annuelles des mères sous-scolarisées). Cet aspect questionne grandement l'équipe d'évaluation.

## Question d'évaluation prioritaire

La croissance du nombre de femmes rejointes nous préoccupe et nous soupçonnons que le programme n'est pas nécessairement offert aux femmes qui étaient visées initialement. Plusieurs raisons pourraient être évoquées pour expliquer ce phénomène, notamment des aspects éthiques, la difficulté d'identifier clairement les femmes pauvres et sous-scolarisées, la non-pertinence des critères dans certaines régions, etc. Cette question doit nécessairement être examinée. Rappelons que l'objectif n'est pas en soi d'atteindre un nombre de femmes donné, mais bien d'atteindre la population visée. Pour l'instant, les données collectées laissent croire que le programme se déploie assez bien, mais pas nécessairement toujours au profit de la population cible.

Enfin, il semble que la définition même du programme à déployer ne soit pas uniformément perçue ou comprise par les acteurs en périnatalité. Dans certains cas, on retient une définition très large et, dans d'autres cas, une définition restrictive du programme visé.

L'équipe d'évaluation des PNSP est mal placée pour trancher quant aux composantes essentielles à retenir. En vue de l'analyse, les évaluateurs, appuyés par des experts sur le sujet, ont tenté de cerner les composantes essentielles du programme pour ainsi mieux apprécier le niveau d'atteinte des résultats.

On ne peut que recommander qu'une instance nationale se penche sérieusement sur le sujet et parvienne à mieux définir les composantes du programme « de type NEGS ». Cette réflexion devrait tenir compte des dimensions d'efficacité du programme et des aspects de faisabilité dans le cadre d'une pratique régionale.

Il est en effet fort étonnant que les régions-pilotes telles que Montréal ou l'Abitibi ne semblent pas offrir un programme qui respecte les composantes essentielles du programme NEGS. La forme du programme a-t-elle varié en cours d'implantation? Le critère de durée du suivi jusqu'à 24 mois doit-il absolument être maintenu? L'intersectorialité est-elle une condition essentielle ou un moyen? L'intervenante privilégiée doit-elle absolument être la même de la période prénatale à la période postnatale? Ce ne sont là que quelques questions que suscite l'évaluation de cette deuxième année d'implantation.

## 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. On estime à environ 6 000<sup>3</sup> le nombre de femmes à rejoindre.

Nous avons rejoint près de 2 069 femmes par un programme présentant certaines caractéristiques du programme NEGS et, de celles-ci, 1 315 étaient pauvres et sous-scolarisées. C'est cette dernière donnée qui nous apparaît la plus fiable et qui permettrait d'estimer un taux d'atteinte de 11,5 %.

---

3. 50 % des naissances de mères québécoises sous-scolarisées (environ 12 000 par an).

**Tableau 1.1 Proportion de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes par le programme, 1998-1999**

Régions*	Nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes	Nombre de naissances de mères sous-scolarisées**	Proportion de femmes rejointes 1998-1999 (%)
01	162	277	58,5
02	196	361	54,3
03	407	575	70,8
04	626	708	88,4
05	188	489	38,4
06	590	3 435	17,2
07	20	804	2,5
08	211	339	62,2
09	44	307	14,3
10	0	40	0,0
11	n.d.	-	n.d.
12	0	432	0,0
13	177	335	52,8
14	40	685	5,8
15	15	786	1,9
16	923	1 860	49,6
17	n.d.	-	n.d.
18	n.d.	-	n.d.
<b>Total</b>	<b>3 599</b>	<b>11 433</b>	<b>31,5</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

\*\* Données transmises par les régions. Lorsque ces données étaient absentes ou n'étaient pas transmises, nous avons imputé les données du fichier des naissances du MSSS pour 1996 (dernière année pour laquelle des données sont disponibles).

**Tableau 1.1.1** Nombre de femmes rejointes par un programme présentant certaines caractéristiques\* de base de NEGS, 1998-1999

Région**	Femmes rejointes	Femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes	Naissances de mères sous-scolarisées***
01	215	162	277
02	-	-	361
03	-	-	575
04	50	29	708
05	394	175	489
06	-	-	3 435
07	-	-	804
08	8	7	339
09	-	-	307
10	-	-	40
11	-	-	208
12	-	-	432
13	-	-	335
14	19	19	685
15	-	-	786
16	1 383	923	1 860
17	-	-	136
18	-	-	172
<b>Total</b>	<b>2 069</b>	<b>1 315</b>	<b>11 949</b>

\* Début du suivi prénatal à 20 semaines de grossesse au plus tard, fin du suivi postnatal à 24 mois ou plus ; le suivi comprend au moins 8 rencontres pendant la grossesse ainsi que 25 contacts ou plus en période postnatale dispensés par intervenante privilégiée.

\*\* Voir la liste des régions à la page 15.

\*\*\* Données transmises par les régions. Lorsque ces données étaient absentes ou n'étaient pas transmises, nous avons imputé les données du fichier des naissances du MSSS pour 1996 (dernière année pour laquelle des données sont disponibles).

Tableau 1.1.2 Comparaison du nombre de femmes rejointes par un programme de type NEGS et du nombre de naissances de mères sous-scolarisées, 1998-1999

Région*	Femmes rejointes	Naissances de mères sous-scolarisées 1998-1999**
01	215	277
02	526	361
03 ***	0	575
04	778	708
05	413	489
06	1 386	3 435
07	485	804
08	243	339
09	393	307
10	0	40
11	n.d.	208
12	0	432
13	239	335
14	40	685
15	15	786
16	1 383	1 860
17	254	136
18	297	172
<b>total</b>	<b>6 667</b>	<b>11 949</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

\*\* Données transmises par les régions. Lorsque ces données étaient absentes ou n'étaient pas transmises, nous avons imputé les données du fichier des naissances du MSSS pour 1996 (dernière année pour laquelle des données sont disponibles).

\*\*\* La région 03 rejoint 1 356 femmes par un programme de type « OLO enrichi ». Elle amorce actuellement un travail pour implanter des programmes de type NEGS sur son territoire.

**Tableau 1.1.3** Nombre total de femmes rejointes par un programme intégré de type NEGS, 1997-1998, 1998-1999

Région*	1997-1998	1998-1999
01	118	215
02	51	526
03 **	0	0
04	412	778
05	0	413
06	375	1 386
07	n.d.	485
08	130	243
09	38	393
10	n.d.	0
11	n.s.p.	n.d.
12	n.d.	0
13	n.d.	239
14	0	40
15	0	15
16	n.d.	1 383
17	0	254
18	178	297
<b>total</b>	<b>1 302</b>	<b>6 667</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

\*\* La région 03 rejoint 1 356 femmes par un programme de type « OLO enrichi ». Elle amorce actuellement un travail pour implanter des programmes de type NEGS sur son territoire.

## **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 les caractéristiques suivantes :

- un suivi intensif comprenant dix rencontres prénatales ainsi que quinze rencontres et dix contacts postnatals personnalisés ;
- le suivi débute à la vingtième semaine de grossesse et se termine quand l'enfant a 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, soutien au réseau social et soutien socioéconomique ;
- le suivi est effectué par une intervenante privilégiée qui réalise au moins la moitié des rencontres ou contacts prévus (environ dix-sept) ;
- l'intervenante est soutenue par une équipe interdisciplinaire ;
- le suivi s'appuie à la fois sur la collaboration et la concertation entre les ressources du milieu et sur une action intersectorielle locale.

### **Indicateurs**

- Proportion des CLSC (%) offrant un programme de type NEGS.
- Proportion des CLSC (%) débutant le suivi à vingt semaines de grossesse.
- Proportion des CLSC (%) selon la durée du suivi postnatal.
- Proportion des CLSC (%) selon le nombre de rencontres prénatales.
- Proportion des CLSC (%) selon le nombre de contacts postnatals.
- Proportion des CLSC (%) selon les composantes du suivi.
- Proportion des CLSC (%) où le suivi est assuré par une intervenante privilégiée.
- Proportion des CLSC (%) disposant d'une équipe interdisciplinaire.

### **Résultats**

#### **Proportion des CLSC offrant un programme de type NEGS**

Au total, en 1998-1999, 112 CLSC déclarent offrir un programme de type NEGS, soit 73,6 % de tous les CLSC déclarés par les répondants régionaux (voir le tableau 1.1a.1). L'an passé, cette proposition s'établissait à environ 56 %. Dix régions offriraient le programme sur l'ensemble du territoire. Cela constitue un progrès sur l'an passé où sept régions étaient dans la même situation. Dans deux régions, on n'offre toujours pas ce type de programme.

Cette variable doit être interprétée avec précaution, notamment dans les comparaisons interrégionales. Il s'agit en effet du nombre de CLSC offrant un programme de type NEGS selon la perception qu'en ont les répondants. Or, nos échanges avec eux laissent croire que la compréhension des composantes de base du programme à implanter varient d'un à l'autre.

De notre côté, afin de mieux cerner la réalité à observer, nous avons, après discussion avec des experts du secteur, décidé de retenir certains critères comme étant essentiels à la définition d'un programme « de type NEGS ». Ainsi, lorsque nous ne retenons que les CLSC offrant certaines composantes de base du programme NEGS<sup>4</sup>, nous obtenons plutôt un niveau de déploiement du programme de 23 %, soit 38 CLSC (voir le tableau 1.1a.2). Bien que modeste, ce résultat présente une amélioration par rapport à l'année 1997-1998, alors qu'on pouvait estimer ce déploiement à neuf CLSC.

Pour être efficace, un programme intégré en périnatalité destiné à des populations vulnérables doit être offert tôt durant la grossesse (au plus tard à la vingtième semaine) et doit inclure une période de suivi postnatal qui se termine quand l'enfant a 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 jusqu'à ce que l'enfant ait 2 ans, on suggère environ 15 rencontres et 10 contacts. L'analyse qui suit porte sur la durée, l'intensité et certains aspects ou composantes du programme.

### **Proportion des CLSC débutant le suivi à vingt semaines de grossesse**

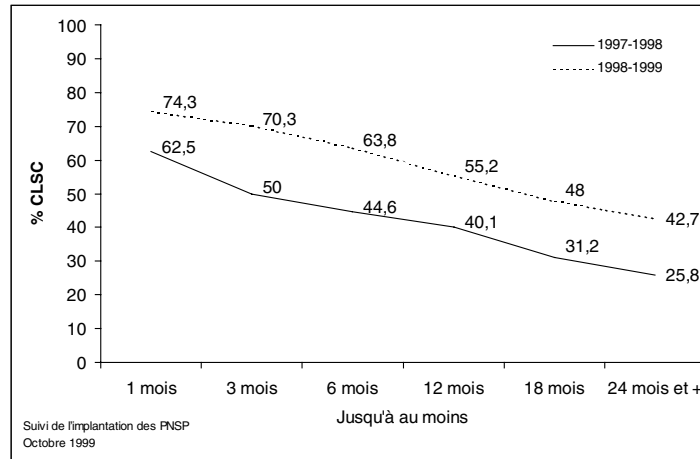
Le tableau 1.1a.3 présente les résultats au début du suivi ; l'intervention précoce semble assez répandue et plusieurs CLSC (114, soit 75 %) commencent le suivi avant la vingtième semaine de grossesse. En 1997-1998, 71 CLSC débutaient le suivi à la vingtième semaine de grossesse ou plus tôt. Dans dix régions, tous les CLSC offrent un service qui débute à la vingtième semaine ou avant, comparativement à huit régions en 1997-1998. On doit cependant souligner qu'il s'agit du début du suivi tel qu'il est prévu dans le programme et non du suivi effectivement réalisé pour chaque femme.

### **Proportion des CLSC selon la durée du suivi postnatal**

En 1997-1998, 26 % des CLSC (29) offraient un suivi jusqu'à ce que l'enfant ait 24 mois<sup>5</sup> alors que cette proportion s'établit en 1998-1999 à 43 % (65 CLSC). Le graphique 1 représente l'accroissement de l'offre de service en période postnatale. Malgré cette progression, le suivi postnatal jusqu'à la deuxième année de vie de l'enfant n'est assuré dans tous les CLSC que dans trois régions (voir le tableau 1.1a.4). Ici encore, il s'agit de la durée prévue par le programme et non de la période pendant laquelle la femme a été effectivement suivie.

- 
4. Début du suivi prénatal à 20 semaines de grossesse au plus tard, fin du suivi postnatal quand l'enfant a 24 mois ou plus ; le suivi comprend au moins 8 rencontres pendant la grossesse ainsi que 25 contacts ou plus en période postnatale, assurés par une intervenante privilégiée.
  5. Le total et la proportion observés pour cette variable et présentés à la page 27 du rapport de 1997-1998 (31 CLSC et 28 %) étaient erronés. Nous avons rectifié ces données dans le présent document.

Graphique 1 : Durée du suivi postnatal



### Proportion des CLSC selon le nombre de rencontres prénatales

L'intensité visée par le résultat attendu est de dix rencontres prénatales. Pour l'année 1997-1998, en raison de la forme de la distribution de fréquence, nous avons un peu élargi le critère et retenu tous les CLSC offrant huit rencontres prénatales. Cette année, nous avons repris ce critère pour pouvoir comparer les données. Le tableau 1.1a.5 présente les résultats quant à l'intensité des programmes. En 1997-1998, plus de la moitié des CLSC (62, soit 57 %) offraient plus de huit rencontres prénatales. En 1998-1999, cette pratique se retrouve dans les deux tiers d'entre eux (90 CLSC, soit 65,6 %). L'an passé, cinq régions offraient dans tous leurs CLSC le nombre requis de rencontres ; cette année, la situation n'a pas changé à cet égard. Il s'agit du nombre de rencontres prévues.

### Proportion des CLSC selon le nombre de contacts postnatals

Le suivi postnatal devrait compter quinze rencontres et dix autres contacts de types divers. Un contact peut être une rencontre ou un appel téléphonique ; il peut prendre une autre forme mais il ne doit pas être relié à un aspect régulier des services en périnatalité (ex. : clinique de vaccination)<sup>6</sup>. Le nombre de contacts est évidemment fortement associé à la durée du suivi postnatal ; plus ce dernier s'allonge, plus le nombre de rencontres a de chances d'être élevé. Ici encore, on doit noter qu'il s'agit du nombre de contacts prévus et non de ceux qui ont effectivement été réalisés.

En 1997-1998, seulement 18 CLSC (17 %) offraient un service qui incluait les 25 rencontres ou contacts prévus dans un programme intégré (voir le tableau 1.1a.6). En 1998-1999, ils sont 47, pour une proportion de 30,9 %. Quatre régions offrent ce niveau d'intensité sur l'ensemble de leurs territoires de CLSC, alors qu'il y en avait deux qui le faisaient en 1997-1998.

6. Dans certains cas, les intervenants profitent d'une activité telle que la clinique de vaccination pour rencontrer la mère et son enfant. À ce moment, on considère qu'il s'agit d'une rencontre.

La majorité des autres régions offrent un suivi postnatal beaucoup plus variable. Ainsi, 20 CLSC offrent entre une et 5 rencontres, 25 en offrent entre 6 et 10, et 11 en offrent plus de 10 mais moins de 25.

### **Proportion des CLSC selon les composantes du programme**

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, soutien au réseau social et soutien socioéconomique.

La plupart du temps, la gamme de services offerts aux femmes et à leurs enfants semble assez vaste. Toutes les composantes du suivi sont présentes dans les deux tiers (64,4 %) des CLSC des régions pour lesquelles nous avons de l'information. Comme l'an passé, les dimensions axées sur la santé physique sont un peu plus souvent observées (suivi de santé, 75 % ; suivi nutritionnel, 73,7 % ; soutien à l'allaitement, 75 %). Le soutien au développement de l'enfant est présent dans 73 % des cas. Les dimensions sociales (suivi psychosocial, 68 % ; soutien au développement des compétences parentales, 72 % ; soutien au réseau social, 65 % ; soutien socioéconomique, 63 %) sont moins fréquentes. En 1977-1978, on observait la même tendance, avec cette différence que les proportions s'établissaient plutôt à environ 60 % pour le premier groupe et à 50 % pour le second.

### **Proportion des CLSC où le suivi est assuré par une intervenante privilégiée**

En 1997-1998, le suivi était assuré par une intervenante privilégiée dans la plupart des CLSC, et cette dernière était le plus souvent une infirmière (47 %). Cette année, nous avons un peu modifié l'instrument et la donnée n'est pas tout à fait comparable. Elle est cependant plus précise.

On estime que le suivi est assuré par une intervenante privilégiée dans 102 CLSC, soit 67 % d'entre eux (voir le tableau 1.1a.7). La plupart du temps (88 CLSC, soit 57,8 %), il s'agit de la même intervenante en période prénatale qu'en période postnatale. Cependant, dans quatorze cas (9,2 %), il y a une intervenante privilégiée en période prénatale et une autre en période postnatale. Dans la plupart des cas, l'intervenante privilégiée réaliserait plus de la moitié des rencontres, ce qui est assez conforme aux recommandations du programme. Enfin, on doit aussi souligner qu'on dénombre 50 CLSC (32,8 %) qui n'ont pas d'intervenante privilégiée.

### **Proportion des CLSC disposant d'une équipe interdisciplinaire**

L'intervenante privilégiée doit être soutenue par une équipe interdisciplinaire. Ici encore, nous avons précisé la question pour la deuxième année du suivi, ce qui rend les données difficilement comparables. Nous avons recueilli des renseignements sur la présence d'une équipe interdisciplinaire mais aussi sur le nombre de rencontres tenues par celle-ci.

En 1997-1998, on observait que 38 % des CLSC disposaient d'une équipe interdisciplinaire pour soutenir l'intervenante. Cette équipe regroupait des infirmières, des travailleuses sociales et, dans une proportion de 25 %, des nutritionnistes. 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 privilégié dans l'application du programme. Cette année, il semble que 63 CLSC (soit 41,4 %) disposent d'équipes interdisciplinaires actives, c'est-à-dire qui tiennent plus de onze rencontres par an (voir le tableau 1.1a.8).

## En résumé

Tous les indicateurs révèlent une amélioration de la disponibilité des programmes de type NEGS. En 1998-1999, 73,6 % des CLSC offrent sur leur territoire un programme de type NEGS alors qu'en 1997-1998, on observait une proportion de 56 %. Si nous retenons les caractéristiques de base du programme NEGS<sup>7</sup>, le niveau de disponibilité d'un programme vraiment précoce, intense et continu s'établit plutôt à 23 % (38 CLSC), ce qui constitue aussi une amélioration quant à la première année d'implantation. De plus, cette année, nous observons une amélioration non négligeable de la continuité de service en période postnatale. En effet, 63 CLSC offriraient un service se prolongeant jusqu'à ce que l'enfant ait 24 mois.

Nous sommes sur la bonne voie, mais les efforts devront être constants pour atteindre l'objectif de disponibilité des programmes de type NEGS dans tous les CLSC du Québec.

---

7. Début du suivi prénatal à 20 semaines de grossesse au plus tard, fin du suivi postnatal quant l'enfant a 24 mois ou plus ; le suivi comprend au moins 8 rencontres pendant la grossesse ainsi que 25 contacts ou plus en période postnatale, assurés par une intervenante privilégiée.

Tableau 1.1a.1 : Nombre de CLSC offrant un programme de type NEGS, 1997-1998, 1998-1999

Régions*	CLSC offrant le programme		Nombre de territoires de CLSC déclarés**	
	1997-1998	1998-1999	1997-1998	1998-1999
01	9	9	9	9
02	2	2	6	6
03	0	9	9	9
04	10	11	10	11
05	8	8	8	8
06	8	18	29	29
07	5	7	9	8
08	4	6	6	6
09	3	4	6	6
10	n.d.	0	4***	4
11	6	6	6	6
12	n.d.	0	11***	11
13	2	4	4	4
14	6	5	6	6
15	0	1	7	7
16	n.d.	19	19***	19
17	2	2	2	2
18	2	1	2	1
<b>Total</b>	<b>67 (56 %)</b>	<b>112 (73,6 %)</b>	<b>119</b>	<b>152</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

\*\* Nous utilisons le nombre de CLSC déclaré par les régions plutôt que le découpage territorial du MSSS.

\*\*\* Ne figure pas dans le total de la colonne.

**Tableau 1.1a.2 : Nombre de CLSC offrant un programme intégré selon certaines composantes de NEGS\*, 1998-1999**

Région**	Nombre de CLSC offrant le programme	Nombre de territoires de CLSC déclarés***
01	9	9
02	0	6
03	0	9
04	1	11
05	6	8
06	0	29
07	0	8
08	1	6
09	0	6
10	0	4
11	0	6
12	0	11
13	0	4
14	2	6
15	0	7
16	19	19
17	0	2
18	0	1
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>152</b>

\* Début du suivi prénatal à 20 semaines de grossesse au plus tard, fin du suivi postnatal quand l'enfant a 24 mois ou plus ; le suivi comprend au moins 8 rencontres pendant la grossesse ainsi que 25 contacts ou plus en période postnatale, assurés par une intervenante privilégiée.

\*\* Voir la liste des régions à la page 15.

\*\*\* Nous utilisons le nombre de CLSC déclaré par les régions plutôt que le découpage territorial du MSSS.

Tableau 1.1a.3 : CLSC offrant le suivi à la vingtième semaine ou plus tôt dans le cadre d'un programme intégré, 1997-1998, 1998-1999

Régions*	1997-1998	1998-1999	Nombre de CLSC 1998-1999**
01	9	9	9
02	2	6	6
03	9	9	9
04	10	11	11
05	8	8	8
06	8	17	29
07	0	6	8
08	4	6	6
09	3	4	6
10	n.r.	0	4
11	6	6	6
12	n.d.	0	11
13	2	4	4
14	6	5	6
15	n.r.	1	7
16	n.r.	19	19
17	2	2	2
18	2	1	1
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>114</b>	<b>152</b>
	<b>63,3 %***</b>	<b>75 %***</b>	

\* Voir la liste des régions à la page 15.

\*\* Nous utilisons le nombre de CLSC déclaré par les régions, plutôt que le découpage territorial du MSSS.

\*\*\* Proportion calculée sur le nombre de CLSC qui ont répondu au questionnaire (112 CLSC pour 1997-1998).

**Tableau 1.1a.4 : CLSC selon la durée du suivi postnatal offert dans le cadre d'un programme intégré, 1997-1998, 1998-1999**

Régions *	Jusqu'à 1 mois		Jusqu'à 3 mois		Jusqu'à 6 mois		Jusqu'à 12 mois		Jusqu'à 18 mois		Jusqu'à 24 mois ou +		Autres réponses 1998- 1999***	
	1997- 1998	1998- 1999	1997- 1998	1998- 1999	1997- 1998	1998- 1999	1997- 1998	1998- 1999	1997- 1998	1998- 1999	1997- 1998	1998- 1999		
01	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
02	2	5	2	5	2	3	2	3	2	2	2	1	1	
03	9	9	9	9	6	6	2	1	1	1				
04	8	11	8	11	7	10	6	10	6	10	5	9		
05	8	8	1	8		8		8		8		8		
06	8	18	8	14	8	12	8	10	8	8	8	8	11	
07	2	5	2	5	2	4	2	2	2	1	2	1	3	
08	4	6	4	6	4	5	4	5	4	4		3		
09	3	4	3	3	3	3	3	1		1			2	
10													4	
11	6	6	6	6	6	6	6	6						
12													11	
13	3	4	2	3	2	3	2	1	2	1	2			
14	5	5		5		5		5		5		5	1	
15		1		1		1		1		1		1	6	
16		19		19		19		19		19		19		
17	2	2	1	2		2		2		2				
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
<b>Total**</b>	70	113	56	107	50	97	45	84	35	73	29	65	39	
	62,5 %	74,3 %	50,0 %	70,3 %	44,6 %		40,1 %		55,2 %	31,2 %	48,0 %	25,8 %	42,7 %	25,6 %

\* Voir la liste des régions à la page 15.

\*\* Proportion calculée sur les CLSC des régions ayant répondu (112 : 1997-1998, 152 : 1998-1999).

\*\*\* Ne sait pas, pas de réponse, non disponible, selon le besoin, etc.

Tableau 1.1a.5 : CLSC selon le nombre de rencontres prénatales offertes dans le cadre d'un programme intégré, 1998-1999

Régions*	1-7	8-12	13 ou +	Autres réponses**	Nombre de CLSC***
01		9			9
02	4	1		1	6
03	3	5	1		9
04	3	7	1		11
05	1	7			8
06	9	7	2	11	29
07		5	2	1	8
08	2	4			6
09	1	2		3	6
10				4	4
11		6			6
12				11	11
13	1	3			4
14		5		1	6
15		1		6	7
16		19			19
17		1	1		2
18		1			1
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>83</b>	<b>7</b>	<b>38</b>	<b>152</b>
	15,7 %	54,6 %	4,6 %	25,0 %	

\* Voir la liste des régions à la page 15.

\*\* Ne sait pas, pas de réponse, non disponible, selon le besoin, etc.

\*\*\* Nous utilisons le nombre de CLSC déclaré par les régions plutôt que le découpage territorial du MSSS.

**Tableau 1.1a.6 : CLSC selon le nombre de contacts postnatals dans le cadre d'un programme intégré, 1998-1999**

Régions*	1-5	6-10	11-15	16-24	25 ou +	Autres réponses**	Nombre de CLSC***
01					9		9
02	4		1			1	6
03	2	3	2	2			9
04	2	2	3	3	1		11
05					8		8
06	9	7	1			12	29
07		2	1		1	4	8
08		4	1		1		6
09		3				3	6
10						4	4
11					6		6
12						11	11
13	3	1					4
14			2	1	2	1	6
15				1		6	7
16					19		19
17		2					2
18		1					1
<b>Total</b>	<b>20</b> 13,1 %	<b>25</b> 16,4 %	<b>11</b> 7,2 %	<b>7</b> 4,6 %	<b>47</b> 30,9 %	<b>42</b> 27,6 %	<b>152</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

\*\* Ne sait pas, pas de réponse, non disponible, selon les besoins, etc.

\*\*\* Nous utilisons le nombre de CLSC déclaré par les régions plutôt que le découpage territorial du MSSS.

Tableau 1.1a.7 : CLSC selon la présence d'une intervenante privilégiée dans le cadre d'un programme intégré, 1998-1999

Régions*	Même intervenante en prénatal et en postnatal	Intervenante privilégiée différente en prénatal et en postnatal	Pas d'intervenante privilégiée	Nombre de CLSC**
01	9			9
02	5	1		6
03	7	2		9
04	5	6		11
05	8			8
06	14	1	14	29
07	5	1	2	8
08	6			6
09	3		3	6
10			4	4
11	1		5	6
12			11	11
13	3	1		4
14	3	1	2	6
15	1		6	7
16	18	1		19
17			2	2
18			1	1
<b>Total</b>	<b>88</b> 57,8 %	<b>14</b> 9,2 %	<b>50</b> 32,8 %	<b>152</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

\*\* Nous utilisons le nombre de CLSC déclaré par les régions plutôt que le découpage territorial du MSSS.

**Tableau 1.1a.8 : CLSC ayant des rencontres formelles d'une équipe multidisciplinaire, 1998-1999**

Régions*	Pas de rencontre	10 rencontres ou -	De 11 à 30 rencontres	31 rencontres ou +	Autres réponses**	Nombre de CLSC***
01	1	3	3	2		9
02	1	2	2	1		6
03	1	2	6			9
04	1		6	4		11
05			3		5	8
06	3	1	9	3	13	29
07	1		1		6	8
08			5	1		6
09	3	2	1			6
10	4					4
11					6	6
12	11					11
13	1	1			2	4
14	1	1	3		1	6
15	6		1			7
16	3	1	9	3	3	19
17	1				1	2
18					1	1
<b>Total</b>	<b>38</b> 25,0 %	<b>13</b> 8,5 %	<b>49</b> 32,2 %	<b>14</b> 9,2 %	<b>38</b> 25,0 %	<b>152</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

\*\* Ne sait pas, pas de réponse, non disponible, selon les besoins, etc.

\*\*\* Nous utilisons le nombre de CLSC déclaré par les régions plutôt que le découpage territorial du MSSS.

## 1.2 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 3 mois et à 6 mois.

### Résultats

Cette année, nous avons demandé aux régions de compléter ou de mettre à jour les informations recueillies en 1997-1998 quant à la prévalence observée de l'allaitement maternel.

Au niveau régional, nous disposons de renseignements sur quatorze régions et ce corpus de données permet certaines approximations. Les méthodes ayant servi à la collecte des données régionales sont fort différentes et difficilement comparables, mais l'analyse sommaire des taux laisse croire qu'il est probable qu'au moins 60 % des bébés soient allaités à la sortie de l'hôpital. En effet, les répondants de douze régions déclarent que des études régionales permettent d'estimer l'allaitement à l'hôpital (ou à la naissance) à au moins 60 %. Cependant, aucune région ne s'approche de l'objectif visé, soit 80 %, sauf la région 18 qui établit son taux d'allaitement à 83 %.

Quant à l'allaitement jusqu'à 3 mois, les taux varient de 30 % à 60 % dans les 6 régions pour lesquelles nous avons des données. Il est difficile d'en tirer une conclusion, si ce n'est que l'objectif visé ne serait probablement pas atteint partout. Enfin, nous disposons de données sur l'allaitement à 6 mois dans 6 régions (12,9 %, 22,8 %, entre 8 et 15 %, 54 %, 39 %). Les deux derniers résultats portent sur les régions 17 et 18, où le contexte de vie est particulier ; ils ne peuvent donc pas être considérés comme représentatifs de l'ensemble du Québec. Dans les autres régions québécoises, la proportion des mères qui allaitent jusqu'à 6 mois n'est pas supérieure à environ 20 %, ce qui indique un certain écart par rapport au résultat visé. Dans la région de Québec, une étude récente établit cependant à 31 % le taux d'allaitement total à 6 mois.

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 l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec<sup>8</sup> (ELDEQ). Cette dernière établit à 73 % la proportion de bébés qui ont été allaités (quelle que soit la durée de l'allaitement)<sup>9</sup>. Cette donnée concorde avec celle de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), qui estime cette proportion à 75 %. Cependant, ces enquêtes n'utilisent pas les mêmes catégories de durée que celles qui sont proposées dans les résultats attendus des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. 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. Les enquêtes nationales sont un outil de surveillance intéressant, mais trop rigide 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 méthodes et des instruments semblables. Actuellement, des travaux sont en cours pour évaluer la possibilité d'utiliser le système d'information des CLSC (SIC PLUS) afin de parvenir à une estimation du taux d'allaitement.

Ce nouveau système d'information clientèle des CLSC (SIC PLUS) pourrait, grâce à sa section sur la périnatalité, être un instrument utile au monitoring. En effet, à l'occasion du contact téléphonique de suivi postnatal – pratique de plus en plus répandue dans les CLSC – il serait possible d'obtenir la proportion de femmes qui allaitent au sortir de l'hôpital. De plus, dans les régions où la vaccination se fait principalement en CLSC, cette information pourrait être mise à jour au moment de la vaccination et permettre une estimation du taux d'allaitement à 2 mois, à 4 mois et à 6 mois.

---

8. 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 (ELDEQ), Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux.

9. Cependant, les données de cette étude ne sont pas représentatives de la population québécoise.

**Tableau 1.2 : Allaitement maternel, données disponibles, 1997-1999**

Régions*	Résultats	Sources
01	À la sortie de l'hôpital : 61,4 %  À 3 mois : 30 % À 6 mois : 12,9 % Durée moyenne de l'allaitement : 13 semaines	Données extraites des avis de naissances, 1997-1999.  Enquête des cliniques de vaccination  Proportion mesurée à partir d'un échantillon de 698 mères ayant allaité à la sortie. Données colligées entre le 1 <sup>er</sup> octobre 1998 et le 31 décembre 1998 à l'occasion de cliniques de vaccination. Questionnaires remplis par l'infirmière ou la mère.
03	63 % au retour au domicile  70 % d'allaitement total à la naissance 47 % d'allaitement total à 3 mois 31 % d'allaitement total à 6 mois (de 23 à 26 semaines)	Entrevues téléphoniques réalisées entre le 5 décembre 1996 et le 17 janvier 1997 auprès des mères ayant eu un accouchement vaginal avec une durée de séjour hospitalier de 3 jours ou moins, et par césarienne avec une durée de séjour de 5 jours et moins.  Entrevues téléphoniques réalisées auprès de 407 mères ayant accouché en août 1998 et jointes lorsque l'enfant était âgé d'environ 6 mois (février 1999).
04	À la sortie de l'hôpital  CH Centre Mauricie : 60,0 % CHR de Trois-Rivières : 60,4 % Hôtel-Dieu d'Arthabaska : 76,0 % Hôpital Ste-Croix : 63,0 %	Statistiques calculées à partir de l'information inscrite dans le dossier de la mère à la sortie de l'hôpital. Pour ce qui est de l'allaitement à 3 mois et à 6 mois, les CLSC de la région prennent l'information en note dans les dossiers des enfants, mais aucune statistique n'est produite à cet effet.
05	À la naissance : 69,1 % À la sortie de l'hôpital : 64,2 % À 3 mois : 39,8 % À 6 mois : 22,8 %	Enquête sur l'allaitement en Estrie, résultats préliminaires, Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Taux, durée, facteurs favorables. Étude descriptive, quantitative et qualitative. Population de 3 000 mères accoucheuses par an. Échantillon de 426 mères ayant accouché entre le 15 octobre et le 22 décembre 1997. Enquête menée auprès de 293 mères qui allaitent faisant partie de l'échantillon. Questionnaires envoyés par la poste, questions ouvertes et fermées. Envoi entre le 15 avril et le 27 juillet 1998 lorsque les enfants étaient âgés de 6 mois. Taux de réponse de 80,2 %. Âge moyen de la mère : 28,5 ans.
06	Varie entre 55 % et 86 % ; le répondant estime à 70 % la proportion d'allaitement à la sortie de 9 centres hospitaliers accoucheurs.	Enquête effectuée auprès de 9 CH en 1997.
07	Au congé : 60,8 % À 3 mois : 36,4 % À 6 mois : 20,3 %	Enquête sur l'allaitement dans un CH (plus de 2 000 naissances par année). N = 316 (1997).
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. Les méthodes sont différentes et hétérogènes. L'estimation régionale est difficile.
10	À la sortie de l'hôpital : 1993 : 58 % 1994 : 55 % 1995 : 57 % 1996 : 55 % 1997 : 58 % 1998 : 62 %	Enquête maison, données colligées par le personnel infirmier à l'hôpital de Chibougamau où ont lieu tous les accouchements de la région.  Proportion mesurée à partir de 1 456 naissances vivantes depuis 1992. Populations autochtone et allochtone confondues.
14	À l'hôpital : 63 %. À trois mois : 42 %.	Questionnaires envoyés à 1 323 mères ayant accouché entre décembre 1995 et mai 1996. Le taux de réponse était de 49 %.
15	À la sortie de l'hôpital : 64 % en 1997, 69 % en 1998 À la sortie de l'hôpital, du 1-04-98 au 31-03-99 : Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme : 64 % CH Saint-Eustache : 64 % CH Laurentien : 73 % CH Antoine-Labelle : 67 %	Enquête maison, données colligées à l'hôpital par le personnel infirmier.  Proportion mesurée à partir de 3 741 naissances entre le 1 <sup>er</sup> avril 1998 et le 31 mars 1999.
17	54 % de femmes ont allaité leur dernier enfant pendant 6 mois ou plus	Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992.
18	À l'hôpital : 83 % À 3 mois : 60 % À 6 mois : 39 %	<i>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.</i>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

### 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 service de 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

Dans le bilan de l'année 1997-1998, on peut lire : « 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. »

Cette année, aucune avancée n'a été réalisée quant à ces aspects. Une programmation intégrée se déploiera progressivement dans les centres de la petite enfance avec la collaboration du ministère de la Famille et de l'Enfance, etc. Cependant, il est difficile de s'assurer qu'une programmation spécialement destinée aux familles en situation d'extrême pauvreté soit offerte.

## 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

Bien que l'indicateur ne soit pas encore au point, nous avons, pour la deuxième année, exploré les réalisations des régions sur la valorisation du rôle du père dans les programmes offerts en périnatalité.

Trois principales questions ont permis de recueillir de l'information relativement à la valorisation du rôle du père. La première vérifiait s'il existait dans chacune des régions des lieux de réflexion sur le sujet. La deuxième question concernait les ateliers de sensibilisation ou de formation qui ont été offerts aux intervenants. La dernière question, qui se divise en quatre sous-questions, tentait de brosser un portrait des actions qui ont été réalisées dans les territoires de CLSC relativement à la question de la paternité.

Les données manquent pour une seule région. De plus, dans d'autres régions, on n'a pas été en mesure de nous transmettre toute l'information demandée. Un tableau synthétique (voir le tableau 1.4) présente les réponses obtenues.

#### **Lieux de réflexion**

Les répondants d'un peu plus de la moitié des régions, soit dix, ont mentionné que des lieux de réflexion étaient accessibles au cours de l'année sur leur territoire (voir le tableau 1.4a). Dans certaines régions, des organismes communautaires sont particulièrement actifs dans le domaine de la valorisation de la paternité. Les répondants de plusieurs régions ont également mentionné que des CLSC de leur territoire avaient amorcé une réflexion sur le rôle du père au sein de leurs équipes.

#### **Ateliers de sensibilisation ou de formation**

Des ateliers de sensibilisation ou de formation ont été tenus dans huit des dix-huit régions (voir le tableau 1.4b). Dans quatre régions, des formations ont été offertes à l'occasion de colloques ou d'événements particuliers où l'on abordait la question de la paternité ou de la périnatalité. Des activités de sensibilisation qui conviaient des intervenants de différents secteurs d'activité – milieu scolaire, organismes communautaires, milieux de garde, municipalités, entre autres – ont été organisées dans certaines régions.

### **Activités sur la valorisation du rôle du père**

Dans la plupart des régions, soit treize, des activités relatives à la valorisation du rôle du père ont été réalisées dans des territoires de CLSC (voir les tableaux 1.4c, 1.4d, 1.4e et 1.4f). Dans une seule région, on ne signale aucune action alors que, dans une autre, on indique ne pas être en mesure de répondre à ces questions. De plus, les données manquent dans trois régions.

### **Adaptation d'outils de travail**

Des outils de travail ont été adaptés dans huit régions (voir le tableau 1.4c). Cependant, dans trois de ces régions, ces adaptations ont été effectuées dans un seul CLSC du territoire. À titre d'exemples, mentionnons la modification d'un questionnaire de collecte de données pour y inclure des données sur le père, l'adaptation d'un dépliant présentant un programme destiné aux parents et la bonification du matériel utilisé au cours des rencontres prénatales et postnatales.

### **Production ou utilisation d'outils**

Concernant la production ou l'utilisation d'outils (voir le tableau 1.4d), des activités ont été signalées dans huit régions. Dans une région, une affiche produite par un comité traitant de la paternité a été utilisée par tous les CLSC du territoire. Les outils utilisés dans les régions sont des brochures ou des dépliants relatifs à la paternité, le film de l'Office national du film *Père pour la vie*, le guide *Pères présents – enfants gagnants*, le matériel de l'exposition *Dessine-moi un papa*, etc. Un questionnaire a été conçu dans un CLSC pour évaluer la relation des pères avec leurs enfants alors qu'un autre CLSC a dressé une liste des vingt préoccupations les plus fréquentes des pères qui sont dans l'attente d'un enfant.

### **Adaptation d'activités ou de programmes**

L'adaptation d'activités ou de programmes représente le type d'activités le plus fréquent dans les régions, soit dans douze des dix-huit régions (voir le tableau 1.4e). Dans deux de ces régions, des activités ont été adaptées dans la totalité des CLSC. C'est l'adaptation des rencontres prénatales ou postnatales qui est la plus souvent mentionnée. Dans onze régions, ces rencontres ont été modifiées pour faire participer les pères (collaboration d'un animateur, rencontres destinées aux pères, discussions entre pères au cours des rencontres, etc.). Les pratiques professionnelles ont également été adaptées pour favoriser la présence des pères (invitation des pères aux rencontres prénatales, aux visites postnatales et à des ateliers offerts aux parents, rencontres postnatales à domicile selon un horaire qui convient aux pères, accroissement des références des pères par les infirmières, etc.). De plus, des CLSC signalent la tenue sur leur territoire de sessions d'entraide pour les pères ainsi que l'organisation d'activités spéciales à leur intention.

### **Conception de nouvelles activités**

Enfin, dans huit régions on a mentionné la conception de nouvelles activités (voir le tableau 1.4f). Cependant, dans certaines régions, un seul CLSC a signalé une nouvelle activité associée à la valorisation de la paternité. Parmi les activités, on retrouve la mise en place de groupes de pères, la tenue de rencontres sur la valorisation du rôle du père,

la conception d'un stand d'information sur la condition de père, la représentation de pères au sein du conseil d'administration d'un organisme œuvrant auprès des familles, etc.

## Discussion

Les questions transmises aux régions pour connaître les actions qui y ont été réalisées en matière de valorisation du rôle du père ne permettent pas de comparaison avec les observations de l'an dernier. Il n'est donc pas possible de mesurer la progression vers le résultat attendu. Cependant, il appert que plusieurs régions ont été actives au cours de l'année dans ce domaine.

Les nombreuses activités répertoriées témoignent d'une préoccupation à l'égard de la valorisation du rôle du père. Il faut toutefois noter que cette préoccupation se traduit différemment d'une région à une autre et que, dans la grande majorité des régions, elle ne se concrétise pas dans tous les territoires de CLSC. Les activités semblent donc être le fruit d'initiatives plutôt que le résultat d'un développement planifié.

Toutefois, ces activités illustrent les efforts de certains intervenants pour que soit prise en compte la valorisation du rôle du père dans le domaine de la périnatalité. Le contexte semble ainsi favorable pour mettre en place une démarche structurée qui associe les différentes régions et qui permette d'atteindre l'objectif fixé.

**Tableau 1.4 : Activités des régions en matière de valorisation du rôle du père**

Régions *	1. Lieux de réflexion	2. Ateliers de sensibilisation ou de formation	3. Adaptation d'outils de travail	4. Production ou utilisation d'outils	5. Adaptation d'activités ou de programmes	6. Conception de nouvelles activités
01	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
02	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
03	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
04	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui
05	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
06	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
07	n.s.p.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
08	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
09	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
10	Non	Non	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
11	Oui	Oui	n.s.p.	n.s.p.	Oui	n.s.p.
12	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
13	Oui	Non	n.r.	n.r.	Oui	n.r.
14	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
15	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
16	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.
17	Non	Non	Non	Non	Non	Non
18	n.s.p.	Non	n.r.	Oui	n.r.	Non

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 1.4a : Lieux de réflexion sur la valorisation du rôle du père, 1998-1999**

Régions*	Lieux de réflexion	Information complémentaire
01	Oui	Réflexion sur l'attachement parent-enfant et sur le rôle du père au sein de l'équipe responsable des dossiers sur la jeunesse et la périnatalité d'un CLSC.
02	Non	
03	Oui	Réflexion et planification d'actions au sein du Comité pères régional, composé d'intervenants de CLSC, d'organismes communautaires, du milieu de garde, de la Direction de la santé publique, du centre jeunesse et de l'Université Laval, ainsi qu'au sein d'un regroupement de douze intervenants de CLSC et d'organismes communautaires. Des lieux de réflexion existent également dans les territoires de deux autres CLSC.
04	Non	
05	Non	
06	Oui	La Maison de la famille ; les organismes Les Relevailles et Dad's Project. La question est abordée à l'occasion des rencontres prénatales et dans les réunions du regroupement intersectoriel NEGS dans certains CLSC du territoire. Un regroupement sur la valorisation de la paternité existe également sur le territoire d'un CLSC.
07	n.s.p.	
08	Oui	Dans les CLSC, les centres de santé de première ligne et les organismes communautaires.
09	Oui	Une réflexion sur le sujet a été amorcée dans un CLSC de la région ; le répondant d'autre CLSC mentionne qu'un groupe de travail a été formé pour réaliser une recherche sur le territoire.
10	Non	
11	Oui	La table de concertation L'heure juste dans une MRC de la région. Tournée des MRC de la région pour présenter l'étude sur l'implication des pères auprès de leurs enfants et discuter des résultats de cette étude qui a été réalisée en 1998-1999 par la Direction de la santé publique.
12	Oui	Pour compléter l'élaboration du programme intégré en périnatalité, mise sur pied du Conseil consultatif régional en périnatalité, qui est composé de représentants du milieu médical, de la région régionale de la santé et des services sociaux, de CLSC et d'organismes communautaires.
13	Oui	Dans les quatre CLSC de la région.
14	Oui	Cela fait partie des objectifs de programmation de certains CLSC et de plusieurs organismes communautaires de la région œuvrant auprès des familles.
15	Oui	Le Groupe de promotion de la paternité des Laurentides et l'initiative Place-O-Pères de Pointe-Calumet.
16	n.s.p.	
17	Non	
18	n.s.p.	

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 1.4b : Ateliers de sensibilisation ou de formation pour les intervenants, 1998-1999**

Régions*	Sensibilisation ou formation	Information complémentaire
01	Non	
02	Oui	Participation de l'équipe interdisciplinaire d'un CLSC à un colloque sur le sujet.
03	Oui	Présentation et animation d'un atelier sur le rôle du père aux Journées annuelles de périnatalité de l'Association de santé publique du Québec. Une journée de ressourcement sur l'implication paternelle a également été organisée à l'intention de l'équipe multisectorielle sur l'enfance d'un territoire de CLSC. De plus, le président du Comité pères régional assiste régulièrement aux rencontres du Comité de périnatalité et de la petite enfance de la région. Enfin, présentation et diffusion à la Table des coordonnateurs enfance jeunesse des CLSC de la région et à la Table de périnatalité et petite enfance du document « Valoriser le rôle du père et promouvoir son engagement paternel : orientations et propositions d'actions ».
04	Non	
05	Non	
06	Oui	Un rencontre a eu lieu avec la Table intersectorielle relative à la petite enfance, la famille et la pauvreté. Une formation intitulée « Pères, nourrissons et jeunes enfants » a été offerte par l'Université McGill.
07	n.r.	
08	Oui	Une formation régionale traitant de l'implication et de l'engagement des pères ainsi que de la valorisation de leur rôle a été donnée à deux reprises. Cette formation a été offerte à des intervenants des CLSC, des centres jeunesse, des commissions scolaires et des organismes communautaires.
09	Oui	Tenue d'un atelier à l'occasion de la Journée annuelle de périnatalité organisée dans la région.
10	Non	
11	Oui	L'étude <i>L'implication des pères en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine : leurs rôles, leurs besoins</i> , réalisée en mars 1999, a fait l'objet d'une tournée de diffusion auprès d'environ 70 intervenants provenant de secteurs d'activité variés (santé et services sociaux, éducation, municipalités, services de garde, entre autres).
12	Non	
13	Non	
14	Oui	Une formation sur l'application du programme « Cœur de père » a été offerte, par l'organisme qui a mis au point et appliqué le programme, à des intervenants et à des représentants d'organismes communautaires (à l'occasion du colloque régional du programme « Naître en santé dans Lanaudière » et du colloque de la Fédération des unions de familles du Québec). Des activités de sensibilisation ont également été tenues dans la région : présentation par un organisme communautaire du film <i>Père pour la vie</i> à son conseil d'administration et à des parents, diffusion du guide d'animation <i>Cœur de Père</i> dans les journaux locaux, régionaux et provinciaux, etc.
15	Oui	Colloque « Intervenir auprès des pères », organisé par le Groupe de promotion de la paternité des Laurentides ; en collaboration avec la Direction de la santé publique (DSP) ; publication et diffusion des actes du colloque. Soutien à des groupes locaux pour des activités visant la promotion de la paternité offertes par le Groupe de promotion de la paternité des Laurentides, conjointement avec la DSP.
16	n.s.p.	
17	Non	
18	Non	

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 1.4c : Adaptation d’outils de travail, 1998-1999**

Régions*	Adaptation d'outils	Information complémentaire
01	Oui	Un CLSC a fait l'adaptation de l'outil visant à évaluer le lien entre parents et enfant. Un autre CLSC a collecté des données.
02	Oui	Adaptation du <i>Guide de l'intervenante</i> par un CLSC.
03	Oui	Deux CLSC ont modifié le registre d'inscription aux rencontres prénatales pour y inscrire le nom du père.
04	Non	
05	Non	
06	Oui	Un CLSC a adapté la grille d'évaluation afin de mesurer le niveau d'attachement père-enfant.
07	n.r.	
08	Oui	Les CLSC et les organismes communautaires ont utilisé ou adapté des documents remis au cours de la formation portant sur l'intervention auprès des pères (bulletin d'un groupe de réflexion, articles d'un psychiatre sur le rôle du père, entre autres).
09	Non	
10	n.r.	
11	n.s.p.	
12	Oui	Un CLSC a adapté, à l'intention des pères, le dépliant du programme « Y'a personne de parfait ».
13	n.r.	
14	Oui	Sur deux territoires de CLSC, les organismes communautaires œuvrant auprès des familles ont précisé que le guide d'animation utilisé pour « Les sessions d'entraide – Cœur de père » avait été adapté.
15	Oui	Bonification du matériel des cours prénataux dans un CLSC. Un deuxième CLSC a adapté le questionnaire de collecte de données du programme NEGS, alors qu'un autre CLSC a préparé un guide d'animation des rencontres postnatales qui s'adressent aux nouveaux pères.
16	n.s.p.	
17	Non	
18	n.r.	

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 1.4d : Production ou utilisation d'outils, 1998-1999**

Régions*	Production ou utilisation d'outils	Information complémentaire
01	Non	
02	Oui	Distribution de la brochure <i>Être père, la belle aventure</i> aux pères qui ont participé aux rencontres prénatales dans un CLSC. Un autre CLSC mentionne l'utilisation d'un dépliant pour le programme de continuité des soins en périnatalité.
03	Oui	Les neuf CLSC de la région ont tenu des activités. L'affiche produite par le Comité pères régional a été utilisée par tous les CSLC. Un dépliant destiné aux pères a été produit afin de les inviter à participer à un groupe de pères. Un questionnaire a été distribué aux pères afin de connaître leurs besoins et leur intérêt à participer à une rencontre entre pères durant la période postnatale. On mentionne également l'utilisation du guide <i>Pères présents – enfants gagnants</i> , du document <i>L'intervention groupe-pères</i> , du film <i>Père pour la vie</i> , du dépliant <i>Être père : la belle aventure</i> et du <i>Guide pour le père actif</i> . De plus, on note la conception d'une liste des 20 préoccupations les plus fréquentes des pères dans l'attente d'un enfant et la production d'un texte sur les bienfaits du rôle du père.
04	Oui	Dans un CLSC, un questionnaire a été conçu à l'intention des pères (réflexion sur leur relation avec leur père).
05	Non	
06	Non	
07	n.r.	
08	Oui	Les CLSC et les organismes communautaires ont utilisé ou adapté des documents remis au cours de la formation portant sur l'intervention auprès des pères (bulletin d'un groupe de réflexion, articles d'un psychiatre sur le rôle du père, entre autres).
09	Oui	Un CLSC distribue aux pères des articles traitant de la paternité à l'occasion des rencontres prénatales.
10	n.r.	
11	n.s.p.	
12	Non	
13	n.r.	
14	Oui	Un CLSC utilise une brochure au cours des rencontres prénatales. Les organismes communautaires œuvrant auprès des familles sur trois territoires de CLSC ont mis sur pied une session d'entraide « Cœur de père » et ont présenté à des intervenants le film <i>Père pour la vie</i> .
15	Oui	Un CLSC a produit, acheté et distribué du matériel relatif à l'exposition itinérante « Dessine-moi un papa » et a distribué du matériel promotionnel concernant les rencontres postnatales s'adressant aux pères et diffusé les résultats d'un sondage permettant de brosser un portrait des pères du quartier. Un autre CLSC souligne la production d'une affiche.
16	n.s.p.	
17	Non	
18	Oui	Utilisation du vidéo <i>Young moms</i> qui valorise, entre autres, le rôle du père.

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 1.4e : Adaptation d'activités ou de programmes, 1998-1999**

Régions*	Adaptation d'activités ou de programmes	Information complémentaire
01	Oui	Participation du groupe « Trajectoire homme » à une rencontre prénatale.
02	Oui	Un CLSC a invité les pères aux ateliers sur les interventions précoces (0-6 mois), aux rencontres prénatales et aux rencontres « Y'a personne de parfait ». Un CLSC a tenu des sessions d'entraide « Cœur de père » alors qu'un autre CLSC a adapté les rencontres prénatales.
03	Oui	Les neuf CLSC ont adapté des activités ou des programmes : changement de pratiques professionnelles (les infirmières demandent systématiquement que le père soit présent au moment des visites postnatales à domicile et font appel à son engagement ; elles offrent un service de référence aux pères, qui est de plus en plus utilisé, etc.) ; animation par un intervenant d'une période de discussion tenue à l'occasion des rencontres prénatales dans certains CLSC, inscription de l'activité « Groupe de pères » dans la programmation régulière du secteur enfance-famille d'un CLSC, etc.
04	Oui	Un CLSC a adapté les cours prénataux. Dans un autre CLSC, les pères sont invités à échanger entre eux sur leur rôle et leurs responsabilités au cours de deux rencontres prénatales et d'une rencontre postnatale. Enfin, un troisième CLSC a adapté certaines pratiques professionnelles (ex. : tenue de rencontres le soir pour permettre aux pères d'y assister).
05	Non	
06	Oui	Dans un CLSC, les cours prénataux ont été adaptés pour faire participer davantage les pères aux soins du bébé. Dans un autre CLSC, on réserve certaines rencontres prénatales et postnatales aux pères. Dans deux CLSC, on note la présence d'un animateur au cours des rencontres. Un CLSC a organisé une conférence à la Maison de la famille. Des CLSC se préoccupent d'impliquer les pères à l'occasion des entrevues et des rencontres prénatales et postnatales. On mentionne également l'organisation de la fête des Pères dans un territoire de CLSC ainsi que la tenue de rencontres avec des pères sur leur rôle et l'organisation d'activités père-enfants dans un autre territoire.
07	n.r.	
08	Oui	Une rencontre prénatale est réservée aux pères, parmi celles qui sont prévues dans les CLSC et dans certains organismes communautaires. Les pères sont également impliqués au cours des suivis à domicile offerts dans le cadre du programme NEGS. Ce programme comporte des projets de tables intersectorielles visant particulièrement les pères. Des études ont également été réalisées dans la région sur les pères et l'« empowerment » des familles.
09	Oui	Des discussions portant particulièrement sur la paternité ont été organisées à l'occasion des rencontres prénatales dans un CLSC.
10	n.r.	
11	Oui	Dans la majorité des CLSC, de même que dans plusieurs organismes de la région, les horaires de certaines activités ont été modifiés afin d'accueillir les pères ; des efforts particuliers ont été faits pour les inviter à participer à des activités.
12	Oui	Dans la majorité des CLSC, un intervenant ou un père ayant déjà participé à ces rencontres collabore à l'animation des rencontres prénatales.

## **Priorité 1 : Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes**

---

<b>13</b>	Oui	Deux CLSC ont réalisé des activités de stimulation précoce orientées vers les pères (dans un CLSC, cela s'est concrétisé par une rencontre réservée aux pères).
<b>14</b>	Oui	Deux des six CLSC ont réalisé des activités. Dans un CLSC, un intervenant entre en contact avec les pères et leur donne de l'information sur les groupes de pères à l'occasion de la première rencontre prénatale. Un autre CLSC organise un groupe de discussion pour les pères. Par ailleurs, les organismes communautaires œuvrant auprès des familles de trois territoires de CLSC offrent des sessions « Cœur de Père ». Dans un de ces organismes, souligne la présence d'un père aux sessions d'entraide du programme « Cœur de Mère » et la réalisation d'une session « Coéquipiers père-mère ».
<b>15</b>	Oui	Les sept CLSC de la région ont adapté des activités ou des programmes. La majorité des CLSC a adapté les cours prénataux et postnataux pour y inclure leur préoccupation à l'égard des pères : présence d'un coanimateur à des rencontres prénatales, regroupement de pères à l'occasion de rencontres prénatales, rencontres postnatales s'adressant spécialement aux pères. Certains CLSC s'organisent pour que les visites postnatales à la maison aient lieu en présence des pères. Un CLSC organise également un groupe d'entraide pour pères et des ateliers parents-enfants. Enfin, un CLSC invite un père aux soirées de soutien à l'allaitement afin de témoigner de son rôle (le CLSC rembourse les frais de garde afin de s'assurer de la présence du père).
<b>16</b>	n.s.p.	
<b>17</b>	Non	
<b>18</b>	n.r.	

---

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 1.4f : Conception de nouvelles activités, 1998-1999**

Régions*	Activités	Information complémentaire
01	Non	
02	Non	
03	Oui	Groupe de pères en milieu scolaire sur le modèle « Père présents, enfants gagnants ». On souligne la difficulté de mettre en place des groupes de pères (peu d'inscriptions).
04	Oui	Un CLSC a conçu une nouvelle activité pour les pères, « La Parentèle ». Un deuxième CLSC offre des conférences aux organismes pour valoriser le rôle du père.
05	Oui	Un CLSC a conçu un projet-pilote qui consiste en cinq rencontres avec des pères de jeunes enfants qui ont été organisées en collaboration avec un organisme communautaire ; ces rencontres ont été animées par un intervenant du CLSC.
06	Oui	Dans un CLSC, valorisation de l'importance du père dans la famille au cours des rencontres individuelles.
07	n.r.	
08	Oui	Mise en place de groupes de pères dans divers territoires de CLSC.
09	Oui	Des rencontres de groupe sur la paternité ont lieu dans le territoire d'un CLSC. Un autre CLSC souligne qu'un organisme communautaire a organisé des rencontres sur la valorisation du père.
10	n.r.	
11	n.s.p.	
12	Non	
13	n.r.	
14	Oui	Quatre des six CLSC ont conçu de nouvelles activités qu'ils offrent sur leur territoire : activité intitulée « Être parent jeune », stand d'information sur les pères à l'occasion du « Rendez-vous familial », réalisation d'une session d'entraide « Cœur de Père », représentation des pères au sein du conseil d'administration d'un organisme communautaire œuvrant auprès des familles, rencontres individuelles pour les pères vivant des difficultés particulières, entre autres.
15	Oui	Trois des sept CLSC ont conçu de nouvelles activités. On mentionne l'existence du groupe « Pères présents, enfants gagnants », qui est coanimé par un organisme communautaire, ainsi que l'organisation d'activités pères-enfants (ex. : activités récréatives) en collaboration avec la Maison de la famille.
16	n.s.p.	
17	Non	
18	Non	

\* Voir la liste des régions à la page 15.

## **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. Des travaux sont encore en cours à ce sujet. 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 ni d'en tenir compte comme élément de suivi pour cette année 1998-1999.

priorité 2

*LES MALADIES ÉVITABLES  
PAR L'IMMUNISATION*



## Faits saillants

---

Les résultats attendus quant aux maladies évitables par l'immunisation portent sur les éléments suivants : la couverture vaccinale des enfants de 2 ans et des adolescents ; l'élimination de la rougeole, de la rubéole, de la diphtérie, des oreillons et de la poliomyélite ; la réduction de l'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b, de la coqueluche et des hépatites A et B ; la vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en CHSLD et en milieu ouvert ; 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.

Dans trois régions, on est en mesure d'estimer la couverture vaccinale pour tous les enfants de 2 ans de leur territoire en 1998. Dans deux de ces régions, on a atteint la couverture vaccinale attendue, soit 95 % et 96 % pour le vaccin diphtérie-coqueluche-tétanos-polio-*Haemophilus influenzae* de type b et 96 % dans les deux cas pour le vaccin rougeole-rubéole-oreillons (RRO). Une très légère amélioration de l'implantation du système d'information pour la couverture vaccinale des enfants de 2 ans est constatée en comparaison avec la première année du bilan, mais elle est toujours insuffisante pour permettre de connaître adéquatement la couverture vaccinale de cette population. Cependant, dans sept régions, on a été en mesure d'estimer la couverture vaccinale d'enfants en maternelle ou en première année du primaire mais, dans la plupart de ces régions, la couverture vaccinale pour ces deux mêmes vaccins n'atteint pas 95 %.

Les couvertures vaccinales des adolescents estimées pour l'année scolaire 1997-1998 atteignent le résultat attendu dans une seule région pour le vaccin diphtérie-tétanos-polio (98 %) et le vaccin RRO (96 %). Dans une autre région, le résultat attendu est obtenu pour certains antigènes (95 % pour la portion polio et 98 % pour la portion rubéole-oreillons). Actuellement, on est en mesure d'estimer la couverture vaccinale des adolescents pour les rappels du calendrier régulier dans peu de régions. Il en est de même pour la couverture vaccinale contre l'hépatite B ; ainsi, dans une seule région a-t-on pu évaluer la couverture vaccinale des jeunes de la 3<sup>e</sup> secondaire pour cette période, couverture qui n'est que de 3 %. Cependant, 89 % des enfants québécois visés ont profité du programme de vaccination contre l'hépatite B des élèves de la 4<sup>e</sup> année du primaire. Ces élèves atteindront la 3<sup>e</sup> secondaire en 2002-2003 alors que la première cohorte d'enfants immunisés dans le cadre du programme provincial des élèves de la 4<sup>e</sup> année du primaire atteindra le niveau de la 3<sup>e</sup> secondaire durant l'année scolaire 1999-2000.

Au Québec, aucun cas de diphtérie n'a été déclaré depuis 1990. La poliomyélite est officiellement éliminée des Amériques depuis 1994. Les taux brut d'incidence de la rougeole et de la rubéole restent faibles en 1998. Toutefois, une augmentation du taux brut d'incidence des oreillons a été observée durant cette année par rapport à l'année 1997, en raison d'une éclosion. L'atteinte du résultat attendu pour l'ensemble de ces maladies devrait être possible, mais il faut continuer à suivre la situation de très près.

L'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b est en baisse depuis 1993 ; cette réduction est attribuable à la vaccination systématique des enfants entreprise cette année-là. En 1998, une épidémie de coqueluche compatible avec les variations cycliques de cette maladie a été observée. L'arrivée d'un nouveau vaccin acellulaire contre la coqueluche, probablement plus efficace que celui qui était utilisé

auparavant, devrait permettre un meilleur contrôle de cette maladie, mais il est évident que le résultat attendu est loin d'être atteint.

Pour l'hépatite B, le résultat attendu est en bonne voie d'être atteint. Cette réussite peut être expliquée tout d'abord par le succès des programmes de prévention des MTS et du VIH destinés à des populations qui risquent également de contracter l'hépatite B et aussi par les programmes de vaccination contre l'hépatite B visant les populations vulnérables. Enfin, le taux d'incidence de l'hépatite A a diminué en 1998, mais comme cette maladie se caractérise par des flambées de cas parmi des populations à risque, il est possible que la diminution observée soit plutôt le reflet d'une accalmie entre deux flambées que l'effet d'un meilleur contrôle de la maladie. Étant donné que des programmes de vaccination contre l'hépatite A continuent à être offerts aux populations vulnérables, l'évolution des prochaines années permettra de mieux se prononcer sur l'atteinte réelle du résultat attendu.

La couverture vaccinale contre l'influenza des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en CHSLD en 1998-1999 a été estimée à 75,3 %, proportion semblable à celle de l'année précédente. Même si la couverture provinciale n'atteint pas le résultat attendu, les couvertures régionales y parviennent, ou presque, dans une douzaine de régions. Une nette amélioration de la couverture vaccinale provinciale avait été observée entre 1996-1997 (64 %) et 1997-1998 (76 %), mais elle ne s'est pas maintenue. Cependant, l'écart entre le résultat attendu et la couverture vaccinale observée étant assez faible, il est possible d'envisager qu'il sera atteint en 2002. Par contre, il en est tout autrement pour la vaccination des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert. En effet, la couverture vaccinale de cette population est estimée à seulement 43 %, ce qui s'écarte de manière importante du résultat attendu de 60 %, et cette situation est à peu près identique à l'échelle régionale, sauf quelques rares exceptions. La légère progression observée entre 1996-1997 (41 %) et 1997-1998 (44 %) semble s'être interrompue en 1998-1999, ce qui fait naître des craintes sur l'atteinte du résultat attendu en 2002.

Des données ont été collectées à l'échelle provinciale au printemps 1999 à la suite de l'implantation de nouveaux outils pour le suivi de l'utilisation des vaccins. Ces données permettent d'estimer la proportion des vaccins achetés qui n'ont pas été utilisés et la proportion de vaccins exposés à des températures inadéquates. Toutefois, la valeur des données recueillies est limitée par d'importantes lacunes dans la surveillance de la température de conservation des vaccins, puisque tous les vaccinateurs de la province n'y contribuaient pas, et par l'incertitude quant à la proportion des pertes déclarées. L'implantation, en 1999, d'outils de surveillance de la température chez tous les vaccinateurs québécois ainsi que les efforts des directions de la santé publique pour inciter les vaccinateurs à déclarer les pertes de produits devraient permettre de tracer un bilan plus fidèle à partir de l'an prochain.

## 2.1 Couverture vaccinale des enfants de 2 ans

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

### Définitions

#### **Vaccins du calendrier régulier pour les enfants de 2 ans :**

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

Les enfants considérés sont ceux ayant atteint 2 ans durant la période visée (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1998).

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

- le SIV est implanté lorsque l'appareillage informatique et les logiciels sont installés dans tous les sites prévus, soit dans les CLSC et les directions de la santé publique, et qu'il existe des mécanismes permettant l'échange des données entre les CLSC et les directions de la santé publique ;
- le SIV est fonctionnel quand on peut l'utiliser pour mesurer les couvertures vaccinales des enfants de 2 ans, c'est-à-dire que toutes les données sur les enfants vaccinés dans les établissements du secteur public (CLSC et CH) et ceux du secteur privé (cabinets de médecins et cliniques médicales) sont transférées pour déterminer le numérateur et que les données du dénominateur sont disponibles par l'accès à un fichier de population (ex. : fichier RAMQ).

**Vaccinateurs du secteur public :** ce sont les CLSC et les CH. Ces établissements doivent aussi fournir les données nécessaires pour déterminer le numérateur des couvertures vaccinales.

**Vaccinateurs du secteur privé :** ce sont les cabinets de médecins et les cliniques médicales. Ces établissements doivent aussi fournir les données nécessaires pour déterminer le numérateur des couvertures vaccinales.

### Indicateurs

- Proportion des régions ayant implanté le SIV.
- Proportion des CLSC ayant implanté le SIV.
- Proportion des vaccinateurs du secteur public (CLSC et CH) fournissant des données sur la vaccination au SIV.

- Proportion des vaccinateurs du secteur privé (médecins ou cliniques) fournissant des données sur la vaccination au SIV.
- Couverture vaccinale totale des enfants de 2 ans.
- Couverture vaccinale des enfants de 2 ans pour le vaccin RRO.
- Couverture vaccinale des enfants de 2 ans pour le DCTPH.

## Résultats

Les données présentées proviennent du questionnaire rempli par les répondants des régions au printemps 1999. Cependant, lorsque la situation concernant le SIV ou la couverture vaccinale était identique à celle qui a été décrite dans le premier bilan, les répondants n'avaient pas à remplir de nouveau le questionnaire. C'est pourquoi, dans ce cas, les données présentées ici ont été extraites du premier bilan.

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

La situation du système d'information sur la vaccination (SIV) ne s'est que très légèrement améliorée depuis l'an dernier (voir le tableau 2.1.1). Dans une seule région – la même que l'an dernier –, un SIV est implanté et relativement fonctionnel alors que, dans trois régions, on ne prévoit toujours pas implanter de SIV. Dans certaines régions, on a reporté l'implantation du SIV ; en effet, onze régions devraient être dotées de ce système d'ici la fin de l'an 2000 et, dans une autre région, on n'a pas précisé de date. Enfin, dans les deux dernières régions où un SIV est implanté, le système n'est pas encore fonctionnel par manque d'accès à des fichiers de population valides permettant d'obtenir un dénominateur adéquat afin d'estimer la couverture vaccinale.

Hormis les trois régions où on ne prévoit pas implanter de SIV, il y a six régions où aucun CLSC n'a commencé l'implantation du système. Cependant, trois régions, soit une de plus qu'en 1997, possèdent le SIV dans tous leurs CLSC, mais ce n'est que dans une seule d'entre elles que tous les CLSC lui fournissent 100 % des données. Pour les six dernières régions, la proportion des CLSC qui disposent de ce système varie de 21 à 90 %.

Le portrait de la participation des centres hospitaliers (CH) ou des vaccinateurs privés (cliniques médicales ou médecins) qu'il est possible de présenter ici n'est que partiel, étant donné que l'information s'y rapportant n'a été collectée que pour le deuxième bilan et que les répondants des régions dont la situation au regard du SIV était identique à celle du premier bilan n'avaient pas à fournir de données à ce sujet. Dans une seule région, des services de vaccination sont offerts aux enfants de 2 ans par des CH, et seulement certaines données relatives aux enfants vaccinés sont fournies au SIV (données non illustrées). Dans les cinq autres régions où l'on a répondu à cette question, aucun CH ne fournit de services de vaccination aux enfants de 2 ans.

Pour ce qui est de la contribution des vaccinateurs privés au SIV en ce qui concerne les enfants de 2 ans, c'est pour la raison déjà mentionnée plus haut que plusieurs données sont manquantes, étant donné la nature du questionnaire qui a été remis aux régions. Dans six régions du Québec (données non illustrées), la vaccination n'est assurée que par le réseau public ; on n'y retrouve donc aucun établissement privé. Seulement trois régions signalent la participation de la plupart des établissements privés ; de 38 à 86 % des établissements privés de ces régions fournissent la totalité des données au SIV.

## **Couvertures vaccinales**

Malgré le faible avancement dans l'implantation du SIV, trois régions ont été en mesure de fournir l'ensemble des données de couverture vaccinale pour tous les enfants de leur région ayant eu 2 ans en 1998 (voir le tableau 2.1.2). Dans deux de ces régions, la couverture vaccinale atteint le résultat attendu, autant pour le DCTPH (95 % et 96 %) que pour le RRO (96 % dans les deux cas). Dans deux autres régions, les renseignements transmis ne concernent qu'une portion des enfants de leur territoire, et le résultat attendu n'est pas atteint. Dans leur ensemble, en incluant les données fournies pour le premier bilan, les couvertures vaccinales globales déclarées varient de 66 à 99 %, mais il s'agit parfois de données qui ont été colligées plus ou moins récemment ; en outre, dans certains cas, les couvertures vaccinales ont été estimées à partir de sources ou de méthodes différentes (enquête MADO, enquête auprès d'un échantillon d'enfants, compilations manuelles, etc.). Tout en gardant en mémoire ces limites, les couvertures vaccinales pour le RRO varient de 70 à 99 % lorsqu'il s'agit du calendrier à deux doses pour le vaccin contre la rougeole, mais la couverture la plus faible atteint 84 % pour une seule dose de ce vaccin. La couverture pour le vaccin DCTPH varie pour sa part de 70 à 99 %. Dans sept régions, aucune donnée n'est disponible ; c'est pourquoi il n'est toujours pas possible à ce stade de déterminer la couverture vaccinale globale pour les enfants de 2 ans de l'ensemble du Québec.

Devant les difficultés à déterminer la couverture vaccinale des enfants de 2 ans, les données de certaines régions portent plutôt sur les enfants en âge de fréquenter l'école (voir le tableau 2.1.3). Au total, sept régions ont des données complètes ou partielles concernant des enfants en maternelle ou en première année du primaire durant l'année scolaire 1997-1998, sauf dans une région où il s'agit de l'année scolaire 1998-1999. Les couvertures vaccinales globales varient de 42 à 94 %. Pour le DCTP, la couverture varie de 66 à 96 % alors que, pour le RRO, elle varie de 48 à 94 % pour la portion rougeole et de 77 à 98 % pour la portion rubéole-oreillons. Encore ici, les données sont colligées à partir de diverses sources et il n'est pas possible de déterminer la couverture vaccinale des enfants en maternelle pour l'ensemble du Québec.

## **Discussion**

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

Une très légère amélioration est constatée dans l'implantation du SIV mais, à ce rythme, il est difficile de croire que le système sera implanté en l'an 2000. Comme on le mentionnait dans le précédent bilan, malgré que la plupart des régions du Québec soient dotées de ce système, des ententes devront être conclues afin de s'assurer que l'information nécessaire puisse être colligée pour le calcul du numérateur, par le transfert des renseignements sur les enfants vaccinés dans les établissements privés et publics, et pour le calcul du dénominateur permettant les estimations de couverture vaccinale. 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. Les changements qui seront apportés à la Loi sur la protection de la santé publique pourraient remédier à ces problèmes.

Dans quelques régions, on a tout de même été en mesure de transmettre certains éléments d'information permettant d'estimer la couverture vaccinale des enfants de 2 ans ou de ceux de la maternelle. Il est difficile de prédire notre capacité à estimer la

couverture vaccinale des enfants de 2 ans en 2002 mais, au rythme où vont les choses, il est peu probable que nous soyons vraiment en mesure de le faire.

Même si, dans trois régions, on déclare des couvertures vaccinales à la hauteur des résultats attendus – ce qui est tout de même une de plus que l'an dernier –, nous ne pouvons dire si ces résultats sont atteints en raison du nombre de données manquantes. Ces trois régions ne représentent d'ailleurs qu'une très faible proportion de l'ensemble des enfants québécois âgés de 2 ans.

**Tableau 2.1.1 : Système d'information sur la vaccination (SIV) pour les enfants de 2 ans – État de l'implantation au 31 décembre 1998 et participation des CLSC au système**

Régions*	Même situation qu'au moment du 1 <sup>er</sup> bilan <sup>1</sup>	SIV implanté	Date d'implantation prévue	N où le SIV est implanté	N total	CLSC	
						Nombre qui fournissent des données au SIV	Certaines données
						100 % des données	
01	oui <sup>2</sup>	non	1999	4	9	n.d.	n.d.
02	non	non	2000	4	6	4	0
03	oui	oui	non fonctionnel	9	9	7	2
04	non	non	non précisée	6	11	6	0
05	oui <sup>2</sup>	oui	n.a.	8	8	8	0
06	oui <sup>2</sup>	non	2000	6	29	n.d.	n.d.
07	oui <sup>2</sup>	non	1999	3	8	n.d.	n.d.
08	n.s.p.	non	1999	0	6	n.d.	n.d.
09	oui <sup>2</sup>	non	1999	0	6	n.d.	n.d.
10	oui <sup>2</sup>	non	2000	0	5	n.d.	n.d.
11	oui <sup>2</sup>	non	non prévue	0	6	n.d.	n.d.
12	non	oui	non fonctionnel	11	11	10	1
13	non	non	2000	0	4	4	n.a.
14	non	non	2000	0	6	n.d.	n.d.
15	non	non	2000	0	7	0	0
16	oui <sup>2</sup>	non	1999	17	19	n.d.	n.d.
17	oui <sup>2</sup>	non	non prévue	0	2	n.d.	n.d.
18	oui <sup>2</sup>	non	non prévue	0	2	n.d.	n.d.

\* Voir la liste des régions à la page 15.

1. Situation du système d'information comparativement à celle qui était observée au moment du premier bilan.
2. Les données de région ont été fournies pour le premier bilan et sont rapportées ici.

Tableau 2.1.2 : Couverture vaccinale des enfants de 2 ans (situation au 31 décembre 1998<sup>1</sup>)

Régions*	Même situation qu'au moment du 1 <sup>er</sup> bilan <sup>2</sup>	Période	Couverture globale		Couverture RRO <sup>3</sup>		Couverture DCTPH <sup>4</sup>		Source des données
			Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	
01	oui <sup>5</sup>	au 31/12/1997	n.d.	90 à 95	n.d.	± 95	n.d.	± 90	Enquêtes MADO
02	non		2 918	95	2 954	96	2 946	95	VAXIN et MANUEL
03	oui		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
04	non		1 825	66	R=1 931 RO=2 316	R=70 RO=84	1 948	70	Données de VAXIN de 6 CLSC sur 11
05	oui		2 462	71	R=2 462 RO=3 082	R=71 RO=89	DCTH=2 715 P=3 163	DCTH=79 P=91	Logivac (dénominateurs obtenus du fichier des naissances)
06	oui <sup>5</sup>	enfants nés en 1993-1994	n.d.	73	n.d.	88	n.d.	DCTH=79 P=83	Enquête téléphonique et postale sur échantillon
07	oui		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
08	n.s.p. <sup>5</sup>	enfants nés en 1994-1995	± 1 900	± 91	± 1 900	± 91	± 1 930	± 93	Compilation manuelle
09	non		1 211	96	R=1 211 RO=1 239	R=96 RO=98	1 212	96	Compilation manuelle
10	oui <sup>5</sup>	au 31/12/1997	n.d.	± 99	n.d.	± 99	n.d.	± 99	Estimation des établissements
11	oui <sup>5</sup>	au 31/12/1996	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1 055	98	Compilation des CLSC
12	oui		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
13	non		828	81	R=882 RO=965	R=86 RO=94	897	87	Vérification de carnets en garderie
14	oui <sup>5</sup>	enfants nés en 1988	3 505	92	3 610	94	3 214	84	Enquête réalisée en 1991
15	oui		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
16	non		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
17	oui		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
18	oui		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

\* Voir la liste des régions à la page 15.

1. Dans cinq régions seulement, il s'agit de la situation au 31 décembre 1998. Une période est mentionnée si elle est différente de la période prévue pour la collecte des données.
2. Situation de la couverture vaccinale comparativement à celle observée au moment du premier bilan.
3. Pour la couverture vaccinale de la rougeole, de la rubéole et des oreillons (RRO), les données ont dû être fractionnées dans certains cas [rougeole (R) et rubéole-oreillons (RO)] étant donné la nécessité de donner deux doses du vaccin contre la rougeole depuis 1996. Selon la date de collecte des données, la couverture RRO comprend donc une dose ou deux doses du vaccin.
4. Pour la couverture vaccinale de la diphtérie, de la coqueluche, du tétanos, de la polio et de l'*Haemophilus influenzae* de type b (DCTPH), les données ont parfois été fractionnées pour mieux rendre compte de la réalité.
5. Les données de cette région ont été fournies pour le premier bilan et sont rapportées ici.

**Tableau 2.1.3 : Couverture vaccinale des enfants en maternelle (année scolaire 1997-1998<sup>1</sup>)**

Régions *	Même situation qu'au moment du 1 <sup>er</sup> bilan <sup>2</sup>	Période	Couverture globale		Couverture RRO <sup>3</sup>		Couverture DCTP <sup>4</sup>		Source des données
			Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	
01	oui <sup>5</sup>		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
02	non	1998-1999	3 224	92	3 246	92	3 313	94	VAXIN et MANUEL
03	non		n.d.		1 851	77 <sup>6</sup>	2 206	85	VAXIN
04	non		1 511	42	R=1 708 RO=3 143	R=48 RO=88	2 372	66	Données de VAXIN de 6 CLSC sur 11 Logivac
05	non		3 080	88	3 080	R=88 RO=98	3 178 3 129	DCT=92 P=90	
06	oui <sup>5</sup>		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
07	oui		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
08	nsp <sup>5</sup>		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
09	non		1 408	94	R=1 408 RO=1 461	R=94 RO=98	1 432	96	Compilation manuelle
10	oui <sup>5</sup>		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
11	oui <sup>5</sup>		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
12	oui		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
13	non		3 320	80	R=3 468 RO=3 912	R=84 RO=95	3 641	88	Vérification à l'école de carnets des enfants de 1 <sup>re</sup> année
14	oui <sup>5</sup>		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
15	oui		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
16	non		n.d.	n.d.	13 861	77	n.d.	n.d.	VAXIN pour 3 CLSC et compilation manuelle pour les autres
17	oui		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
18	oui		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

\* Voir la liste des régions à la page 15.

1. En cas de différence, une précision est inscrite dans la colonne intitulée « Période ».
2. Situation de la couverture vaccinale comparativement à celle qui était observée au moment du premier bilan.
3. Pour la couverture vaccinale de la rougeole, de la rubéole et des oreillons (RRO), les données ont dû être fractionnées dans certains cas [rougeole (R) et rubéole-oreillons (RO)] étant donné la nécessité de donner deux doses du vaccin contre la rougeole depuis 1996. Selon la date de collecte de données, la couverture RRO comprend donc une dose ou deux doses du vaccin.
4. Pour la couverture vaccinale de la diphtérie, de la coqueluche, du tétanos et de la polio (DCTP), les données ont parfois été fractionnées pour mieux rendre compte de la réalité.
5. Les données de cette région ont été fournies pour le premier bilan et sont rapportées ici.
6. Dans cette région, 96 % des élèves ont reçu une dose de RRO.

## 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 la 3<sup>e</sup> secondaire.

**Vaccin contre l'hépatite B** : administration des trois doses.

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

Les enfants de 15 ans (de la 3<sup>e</sup> secondaire) dont la vaccination correspond au calendrier complet durant la période visée sont considérés comme adéquatement vaccinés.

**Système d'information sur la vaccination (SIV) pour la couverture des enfants de la 3<sup>e</sup> secondaire** :

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

### Indicateurs

- Proportion des régions ayant implanté le système d'information sur la vaccination pour les élèves de la 3<sup>e</sup> secondaire.
- Couverture vaccinale totale (DTP, RRO et hépatite B) des élèves de la 3<sup>e</sup> secondaire.
- Couverture vaccinale par catégorie de vaccin (DTP, RRO et hépatite B) des élèves de la 3<sup>e</sup> secondaire.

### Résultats

On ne dispose toujours que de très peu d'information sur l'immunisation des adolescents. Cela s'explique par le fait qu'encore seulement quatre des dix-huit régions du Québec disposent d'un SIV pour la vaccination des élèves de la 3<sup>e</sup> secondaire (voir le tableau 2.2.1). Comme pour le premier résultat attendu, les répondants des régions

fournissaient de l'information pour le deuxième bilan seulement si la situation avait été modifiée depuis l'année précédente. C'est pourquoi très peu de données sont disponibles à l'égard de la participation des CLSC, des CH ou des vaccinateurs privés au SIV pour la couverture des adolescents. Dans deux régions, au moins la moitié des CLSC fournit certaines données qui concernent la vaccination des adolescents alors que, dans deux autres où l'information est disponible, la majorité des CLSC transmet toutes les données sur la vaccination des jeunes de la 3<sup>e</sup> secondaire. Dans la seule région pour laquelle nous avons de l'information sur la participation des CH au SIV des adolescents (données non illustrées), aucun des quatre CH ne fournit de données au SIV. Pour les vaccinateurs privés, nous ne disposons actuellement d'aucune donnée régionale à ce sujet.

Comparativement à l'an dernier, plus de répondants régionaux sont en mesure de transmettre des données à l'égard de l'immunisation des élèves de la 3<sup>e</sup> secondaire pour l'année scolaire 1997-1998 (voir le tableau 2.2.2). En effet, cinq régions disposent de certains éléments d'information. Parmi ces régions, une seule possède de l'information sur l'ensemble des vaccins. Les couvertures vaccinales déclarées atteignent les résultats attendus dans une région pour le DTP et le RRO, et dans une autre région pour la portion polio et la portion rubéole-oreillons ; ailleurs, les couvertures déclarées n'atteignent pas tout à fait l'objectif (résultats allant de 84 à 94 %). Dans trois régions, on indique une couverture pour l'hépatite B, mais une seule des couvertures rapportées concerne les jeunes de la 3<sup>e</sup> secondaire en 1997-1998. Dans les deux autres régions, il s'agit soit de la couverture des jeunes aujourd'hui en 3<sup>e</sup> secondaire – mais calculée alors qu'ils étaient en 1<sup>re</sup> secondaire – ou de la couverture vaccinale des élèves des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> secondaire confondues, qui est estimée en 1998-1999.

Il est cependant possible de connaître la couverture vaccinale contre l'hépatite B des élèves de la 4<sup>e</sup> année du primaire pour l'année scolaire 1997-1998, puisqu'un programme provincial d'immunisation est réalisé dans toutes les régions du Québec. Cette couverture vaccinale s'élève à 89 % pour l'ensemble du Québec, variant de 85 à 97 % dans les régions.

## Discussion

Étant donné que toujours très peu de régions disposent d'un SIV pour les adolescents, il n'est pas surprenant de constater que peu de données sont disponibles sur la couverture vaccinale des adolescents. Les données fournies sont parcellaires et ne concernent pas toujours les jeunes de la 3<sup>e</sup> secondaire. Dans deux des cinq régions où l'on peut établir les couvertures vaccinales pour les jeunes du territoire, les résultats attendus pour l'un ou l'autre des vaccins sont atteints. Par contre, dans aucune région on ne peut affirmer que les résultats attendus sont atteints pour l'ensemble des vaccins ciblés, soit en raison du manque de données, soit parce que la couverture estimée est inférieure aux 95 % visés.

À l'égard de la couverture vaccinale pour l'hépatite B, la première cohorte d'enfants immunisés en 4<sup>e</sup> année du primaire atteindra le niveau de la 3<sup>e</sup> secondaire durant l'année scolaire 1999-2000 et un programme de rattrapage sera réalisé pour les jeunes qui seront en 5<sup>e</sup> secondaire durant cette même année scolaire. De l'information plus complète sera alors disponible dans les prochaines années. En attendant, on peut se tourner vers les données qui concernent les enfants de la 4<sup>e</sup> année du primaire qui ont été immunisés en 1997-1998. Le portrait est très complet, mais le résultat attendu de 95 % n'est pas atteint. Ces jeunes atteindront la 3<sup>e</sup> secondaire en 2002-2003.

Des efforts importants devront continuer à être déployés dans le but de mieux connaître les couvertures vaccinales (rappels et hépatite B) des élèves de la 3<sup>e</sup> secondaire. L'instauration du programme de rattrapage de vaccination contre l'hépatite B en 5<sup>e</sup> secondaire durant l'année scolaire 1999-2000 ainsi que l'intérêt de plusieurs régions à administrer de manière systématique, à l'école, un rappel du vaccin diphtérie-tétanos aux élèves de la 3<sup>e</sup> secondaire pourraient contribuer à une meilleure connaissance des couvertures vaccinales et devraient donc permettre de remédier à la situation.

On pourrait aussi envisager d'utiliser d'autres sources de données, telles que des enquêtes transversales, car l'utilisation d'un SIV afin de déterminer les couvertures vaccinales des élèves de la 3<sup>e</sup> secondaire n'est possible que si l'accès à des données de qualité sur les enfants vaccinés (numérateur) et sur l'ensemble des élèves visés (dénominateur) est assuré. Les difficultés quant à l'accès à ces données, quoiqu'elles soient moindres en milieu scolaire que pour les enfants de 2 ans, sont toujours présentes.

**Tableau 2.2.1 : Système d'information sur la vaccination (SIV) des adolescents contre l'hépatite B et rappels – État de l'implantation pour l'année scolaire 1997-1998 et participation des CLSC**

Régions*	Même situation qu'au moment du 1 <sup>er</sup> bilan <sup>1</sup>	SIV implanté	N où le SIV est implanté	Participation des CLSC		
				N total	Nombre qui fournissent des données au SIV 100 % des données	Certaines données
01	oui <sup>2</sup>	non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
02	oui	oui	3	6	3	3
03	oui <sup>2</sup>	oui, partiellement	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
04	non	non	0	11	0	6
05	oui <sup>2</sup>	oui	8	8	8	0
06	oui <sup>2</sup>	non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
07	oui <sup>2</sup>	non	n.d.	8	n.d.	n.d.
08	oui <sup>2</sup>	non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
09	oui <sup>2</sup>	non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
10	oui <sup>2</sup>	non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
11	oui <sup>2</sup>	non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
12	non	oui	10	11	10	1
13	oui <sup>2</sup>	non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
14	oui <sup>2</sup>	non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
15	oui <sup>2</sup>	non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
16	oui <sup>2</sup>	non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
17	oui <sup>2</sup>	non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
18	oui <sup>2</sup>	non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

\* Voir la liste des régions à la page 15.

1. Situation du système d'information comparativement à celle qui était observée au moment du premier bilan.
2. Les données de cette région ont été fournies pour le premier bilan et sont rapportées ici.

**Tableau 2.2.2 : Couverture vaccinale contre l'hépatite B et rappels des élèves de 3<sup>e</sup> secondaire, et couverture vaccinale contre l'hépatite B des élèves de la 4<sup>e</sup> année du primaire, année scolaire 1997-1998**

Régions*	Même situation qu'au moment du 1 <sup>er</sup> bilan <sup>1</sup>	Élèves de la 3 <sup>e</sup> secondaire								Élèves de la 4 <sup>e</sup> année du primaire <sup>3</sup>		
		Couverture globale		Couverture DTP		Couverture RRO <sup>2</sup>		Couverture hépatite B		Source des données ou renseignements complémentaires	Couverture hépatite B	
		Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)		Vaccinés (N)	CV (%)
01	oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		2 330	89
02	non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		3 522	97
03	oui	n.r.	n.r.	6 078	85	1 800	90	n.d.	n.d.	Vérification RRO faite seulement dans certains CLSC	6 374	91
04	non	n.d.	n.d.	3 733	85	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Vaccination scolaire pour diphtérie-tétanos dans 7 des 11 CLSC	4 891	87
05	oui	n.r.	84	DT=3 133 P=3 516	DT=84 P=95	R=3 345 RO=3 632	R=90 RO=98	93	3		3 143	89
06	oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		15 558	85
07	oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		3 707	90
08	n.s.p.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	94 <sup>4</sup>	Couverture hépatite B après 2 doses des élèves de 3 <sup>e</sup> , 4 <sup>e</sup> et 5 <sup>e</sup> secondaire	2 014	93
09	non	n.d.	n.d.	1 336	98	1 316	96	n.d.	n.d.	Compilation manuelle	1 281	96
10	oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		248	94
11	oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		1 167	96
12	oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		4 358	89
13	non	n.d.	n.d.	1 208	86	R=1 253 RO=1 325	R=89 RO=94	n.d.	n.d.	Vérification de carnets à l'école	3 365	90
14	oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		4 828	89
15	oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		5 276	90
16	oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		14 686	90
17	oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	189	90	Estimation à partir d'une campagne d'immunisation des élèves de la 1 <sup>re</sup> secondaire en 1995-1996	245	92
18	oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		226	92
Total		n.d.		n.d.		n.d.		n.d.			77 219	89

\* Voir la liste des régions à la page 15.

1. Situation de la couverture vaccinale comparativement à celle qui était observée au moment du premier bilan.
2. Pour la couverture vaccinale de la rougeole, de la rubéole et des oreillons (RRO), les données ont dû être fractionnées dans certains cas [rougeole (R) et rubéole-oreillons (RO)] étant donné la nécessité de donner deux doses du vaccin contre la rougeole depuis 1996. Selon la date de collecte des données, la couverture RRO comprend donc une ou deux doses du vaccin.
3. Source : N. Boulianne et coll., *Couverture vaccinale contre l'hépatite B – Élèves de 4<sup>e</sup> année et autres classes – Année scolaire 1997-1998 – Rapport final*, MSSS, 1999, 9 p. et annexes.
4. La période pour cette couverture vaccinale est l'année scolaire 1998-1999.

## 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 fait référence à trois notions importantes.

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

Le **taux d'incidence** se rapporte aux cas de rougeole, de rubéole, de diphtérie, d'oreillons et de poliomyélite, selon les définitions de cas standardisés<sup>10</sup>, en incluant la rubéole congénitale.

#### 2. Le niveau de protection des individus

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

#### 3. La chaîne de transmission

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

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

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

Cas importés : cas acquis en dehors du Canada.

Cas indigènes : cas acquis au Canada.

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

<sup>10</sup> *Surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire au Québec – Définitions nosologiques*, Québec, Direction de la santé publique, août 1997.

## Indicateurs

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

## Résultats

À la différence de ce qu'il en est pour les résultats attendus relatifs à la couverture vaccinale des enfants et des adolescents, les données sont tirées ici du fichier MADO qui concerne les maladies à déclaration obligatoire au Québec. Les taux bruts d'incidence de la **rougeole, de la rubéole et des oreillons** sont toujours bas en 1998, quoiqu'une légère augmentation du taux des oreillons soit observée par rapport à 1997. Cette augmentation est attribuable à une éclosion dans la région de Montréal (voir le tableau 2.3) et elle est compatible avec les variations cycliques caractéristiques de l'épidémiologie de ces maladies.

Aucun cas de **diphtérie** n'a été déclaré depuis 1990 au Québec, malgré une augmentation de l'incidence de cette maladie constatée en Europe de l'Est dans les dernières années, au cours desquelles la couverture vaccinale a diminué.

Enfin, la **poliomyélite** est officiellement éliminée dans les Amériques depuis 1994 ; aucun cas n'a été signalé au Québec en 1998. Les derniers cas observés au Québec, en 1995, étaient reliés à un contact avec un nourrisson qui avait reçu le vaccin polio oral.

## Discussion

Il existe un phénomène de sous-déclaration des MADO, qui conduit à sous-estimer la réalité. Par ailleurs, pour la rougeole, la rubéole et les oreillons, depuis 1997, seuls les cas confirmés par un test de laboratoire ou ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire sont saisis dans le fichier MADO, ce qui pourrait contribuer à la baisse de l'incidence enregistrée en 1998. Toutefois, comme la même méthode a été utilisée en 1997 et 1998, les comparaisons entre ces deux années sont plus adéquates.

Il n'est toujours pas possible de distinguer avec assurance les cas reliés et les cas importés et, par le fait même, de rendre compte de la chaîne de transmission. Ces variables devraient cependant être disponibles à la suite des travaux du comité de surveillance provincial, car elles sont saisies directement dans le fichier MADO depuis janvier 2000.

L'objectif d'élimination de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sera probablement atteint à court terme ; l'avancement des connaissances scientifiques à ce sujet viennent d'ailleurs corroborer cette affirmation. Du point de vue de la santé publique, il sera cependant essentiel de continuer la surveillance et de pouvoir déterminer si les cas observés de ces différentes maladies sont importés ou indigènes. Il faut aussi continuer à insister sur le dépistage des anticorps de la rubéole chez les femmes enceintes et vacciner les femmes réceptives, autant avant une grossesse qu'en post-partum, afin de continuer à prévenir la rubéole congénitale. Il faudra resserrer la surveillance de la rubéole congénitale ; en effet, les quelques cas observés pourraient ne représenter qu'une partie des cas réels nouvellement diagnostiqués chaque année, car les difficultés diagnostiques et le manque de sensibilité du système passif de surveillance entraînent une sous-estimation du nombre réel de cas.

En ce qui concerne la diphtérie, il faut rester vigilant et s'assurer de la capacité de diagnostiquer cette maladie, car les risques d'importation existent toujours. Bien que l'on recommande une dose de vaccin en rappel tous les dix ans, il est actuellement impossible de mesurer la couverture vaccinale dans la population adulte. Il apparaît cependant que la population soit bien protégée puisque la transmission ne semble pas se produire.

Par ailleurs, la poliomyélite est officiellement éliminée dans les Amériques. 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 polio vaccinale. 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. Ses résultats confirment, presque à coup sûr, l'éradication de cette maladie.

**Tableau 2.3 : Taux brut d'incidence des maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1990-1998 (taux par 100 000 h)**

<b>Maladies</b>	<b>Années</b>								
	<b>1990</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Rougeole	1,20	4,08	0,57	0,82	1,76	0,42	1,12	0,05	0,03
Rubéole	1,69	0,75	0,74	2,02	0,88	0,65	0,74	0,11	0,03
Oreillons	0,80	0,85	1,01	1,10	1,14	1,01	1,07	0,17	0,33
Rubéole congénitale	0,00	0,06	0,04	0,03	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00
Diphthérie	0,00	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	0,00

Source : Fichier MADO.

## 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 :

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

### Définitions

Infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, coqueluche, hépatite B et hépatite A répondant aux définitions de cas standardisées<sup>11</sup>.

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

### Indicateur

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

### Résultats

Comme ce qu'il en est pour l'élimination des maladies évitables pour l'immunisation, les données sont tirées ici du fichier MADDO. Le taux d'incidence de la **coqueluche** varie de façon importante selon l'année d'observation (voir le tableau 2.4.1). En 1998, on observe une recrudescence des cas compatible avec les variations cycliques qui caractérisent l'épidémiologie de cette maladie, soit des années où il y a des pics épidémiques suivies par des années où l'incidence est moindre. Ainsi, le Québec a connu des taux élevés d'incidence de la coqueluche de 1993 à 1995 ; une incidence plus basse a été enregistrée pendant les années 1996 et 1997, suivie de l'augmentation de 1998 décrite plus haut.

L'incidence des **infections à *Haemophilus influenzae* de type b** reste toujours faible, selon la tendance observée 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 enfants de moins de 5 ans.

La diminution constante du taux d'incidence brut global de l'**hépatite B aiguë** persiste en 1998 ; cette tendance est aussi enregistrée dans la population cible des jeunes qui deviennent actifs sexuellement (15-24 ans).

Le taux d'incidence brut de l'hépatite A a aussi chuté en 1998 à un niveau semblable à celui qui a été observé durant les années 1993 et 1994. La baisse remarquée est surtout attribuable à une diminution de cas parmi les populations d'hommes ayant des relations

<sup>11</sup> Surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire au Québec – Définitions nosologiques, Québec, Direction de la santé publique, août 1997.

sexuelles avec d'autres hommes et chez les personnes utilisatrices de drogues, tel qu'en témoigne le tableau 2.4.2. Les données sur les facteurs de risque chez les cas d'hépatite A sont tirées de l'information transmise directement au MSSS par les autorités responsables de chacune des régions<sup>12</sup>.

## Discussion

Comme nous l'avons mentionné à la section 2.3, il existe un phénomène de sous-déclaration des MADO qui conduit à sous-estimer la réalité.

L'épidémie de coqueluche observée en 1998 renforce la nécessité de promouvoir et d'utiliser largement la vaccination. Depuis le début de 1998, un nouveau vaccin contre la coqueluche acellulaire, probablement plus efficace que le précédent, est utilisé pour l'immunisation des enfants. Ce vaccin devrait permettre un meilleur contrôle à moyen terme de la coqueluche au Québec. On évalue également la possibilité d'élargir l'utilisation de ce vaccin. Avec le pic épidémique observé en 1998, il est évident que le résultat attendu n'est pas atteint.

La situation des infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b est tout à fait différente. En fait, le résultat attendu était déjà atteint avant la publication des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Il faut cependant rester vigilant afin de surveiller adéquatement les infections causées par cette bactérie et maintenir la couverture vaccinale élevée afin d'assurer la protection des enfants, d'où l'importance d'atteindre le résultat attendu en ce qui concerne la couverture vaccinale des enfants de 2 ans.

Pour l'hépatite B, le résultat attendu semble en bonne voie d'être atteint. Il est possible que la diminution des taux d'incidence soit en partie expliquée par une baisse des comportements à risque faisant suite aux succès des programmes de prévention des MTS et du VIH offerts à certaines populations qui courent également des risques de contracter l'hépatite B. De plus, les programmes de vaccination visant à rejoindre des populations plus vulnérables – comme le programme de vaccination de rattrapage contre l'hépatite B visant les élèves de la 5<sup>e</sup> secondaire qui sera mis en œuvre, durant l'année scolaire 1999-2000, en appui au programme de vaccination contre l'hépatite B des élèves de la 4<sup>e</sup> année du primaire ayant débuté en 1994 –, devraient permettre de continuer dans cette voie.

Enfin, quant à l'hépatite A, beaucoup reste à faire pour le contrôle à long terme de cette maladie. L'épidémiologie de l'hépatite A est caractérisée par des variations causées par des flambées dans les populations à risque (ex. : population d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes), et la diminution observée en 1998 peut être plutôt le reflet d'une accalmie momentanée. En fait, on anticipe même une remontée des cas dans un proche avenir, qui pourrait atteindre d'autres populations vulnérables, comme on l'a observé en Saskatchewan. Cependant, des programmes de vaccination ont visé des groupes vulnérables, comme les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les utilisateurs de drogues par injection, et ils continueront à être réalisés dans les années futures, ce qui pourrait freiner ces variations et permettre d'atteindre le résultat attendu.

---

<sup>12</sup> Monique DOUVILLE-FRADET, Direction de la protection de la santé publique, MSSS, août 1999.

Par ailleurs, la surveillance des facteurs de risque de l'hépatite A se fait de façon non standardisée actuellement, et on constate une disparité entre les cas indiqués au fichier MADO et les cas pour lesquels de l'information sur les facteurs de risque est transmise au MSSS. Il sera important, dans l'avenir, de proposer une classification des facteurs de risque selon une méthode standardisée afin d'assurer une meilleure uniformité dans le temps et dans l'espace. Comme il n'est toujours pas possible de saisir les données concernant ces facteurs de risque dans le fichier central MADO, une collecte annuelle auprès des régions continuera d'être nécessaire. Toutefois, depuis janvier 2000, un système de surveillance des facteurs de risque associés à l'hépatite virale est testé et permettra de fournir des données de façon plus continue.

Comme l'an dernier, des progrès importants sont observés dans le contrôle des infections à *Haemophilus influenzae* de type b, et il est possible que des progrès similaires soient mesurés rapidement dans le contrôle de l'hépatite B aiguë chez la population qui devient sexuellement active. Pour la coqueluche et l'hépatite A, il n'est pas possible actuellement d'estimer quand les résultats attendus seront atteints. À la lumière des connaissances actuelles et selon l'évolution épidémiologique de ces maladies, les résultats attendus ne seront pas atteints en 2002 si les stratégies d'immunisation ne sont pas modifiées pour cibler d'autres groupes vulnérables ou élargir les critères de vaccination.

**Tableau 2.4.1 : Taux brut d'incidence de maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1990-1998<sup>1</sup> (taux brut par 100 000 h)**

Maladie	Année								
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Coqueluche	23,1	9,0	25,7	60,1	60,9	58,9	17,9	14,5	64,9
Hib <sup>2</sup>	1,8	1,9	1,6	0,6	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2
Hib <sup>2</sup> , nombre de cas	129	137	115	41	27	24	15	20	17
Hib <sup>2</sup> , nombre de cas chez les moins de 5 ans	97	91	89	25	8	7	4	6	4
Hépatite B aiguë	6,5	6,1	6,6	6,3	4,7	3,6	3,7	2,9	2,4
Hépatite B aiguë, 15-24 ans	11,5	9,2	9,0	10,1	5,4	4,9	4,4	3,6	3,4
Hépatite A	4,5	9,7	4,4	2,6	2,9	6,1	8,0	7,6	2,6

Source : Fichier MADO.

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

**Tableau 2.4.2 : Nombre et proportion des cas d'hépatite A selon les facteurs de risque, Québec, 1996-1998<sup>1</sup>**

Facteurs de risque	1996		1997		1998	
	Nombre de cas	%	Nombre de cas	%	Nombre de cas	%
Voyage en pays endémique	69	13	52	19	59	30
Homosexuel masculin	232	44	55	20	17	9
Drogues	18	3	54	19	20	10
Contact avec une personne atteinte d'hépatite A	34	6	25	9	7	4
Garderie	2	0	0	0	8	4
Autres	42	8	29	10	14	7
Aucun facteur de risque reconnu	77	14	46	16	40	20
Non recherché	58	11	19	7	32	16
<b>Total</b>	<b>532</b>	<b>100</b>	<b>280</b>	<b>100</b>	<b>197</b>	<b>100</b>

Source : Monique Douville-Fradet, Direction de la protection de la santé publique, MSSS, août 1999.

1. Les nombres totaux ne sont pas les mêmes que ceux que l'on trouve dans le fichier MADO.

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

**Personne âgée vivant en institution** : toute personne vivant en CHSLD (selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux).

### Indicateur

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

### Résultats

Pour appuyer la gestion du programme provincial de vaccination contre la grippe, les responsables régionaux fournissent au MSSS, chaque année, les résultats de la mise en œuvre du programme. Les données présentées ici sont tirées de cette source<sup>13</sup>. La couverture vaccinale pour les personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD est évaluée à 75,3 % en 1998-1999, et ce, pour l'ensemble de la province (voir le tableau 2.5). Ce résultat est semblable à celui obtenu l'an dernier, qui était de 75,9 %. En excluant les deux régions où toutes les personnes vivant en CHSLD sont immunisées contre l'influenza, les couvertures régionales obtenues varient de 66,7 % à 93,1 %. Au total, onze régions atteignent ou dépassent le résultat attendu de 80 % et deux autres s'en approchent.

### Discussion

Au cours des dernières saisons, on s'est employé à standardiser la méthode d'estimation des couvertures vaccinales, mais il reste encore à faire, notamment pour déterminer le dénominateur exact (c'est-à-dire le nombre de personnes vivant en CHSLD au moment de la vaccination). De plus, dans certaines régions, on corrige les données pour les non-répondants (l'information est obtenue auprès des CHSLD), alors que dans d'autres on ne le fait pas, ce qui nous incite à être prudents dans les estimations fournies ici. Alors qu'il n'était pas possible de le faire dans le bilan de l'an dernier, il est intéressant de pouvoir observer dans celui-ci la performance de chacune des régions. Même si la couverture provinciale estimée n'atteint pas le résultat attendu, il est rassurant de constater que plusieurs régions l'atteignent ou presque. Par contre, quelques régions peuplées obtiennent de moins bons résultats, et elles devront améliorer leurs couvertures afin d'atteindre le but visé. Quoique la nette progression remarquée dans la couverture provinciale entre 1996-1997 et 1998-1999 semble ralentir, il est possible d'envisager que le résultat attendu sera atteint en 2002.

<sup>13</sup> Monique DOUVILLE-FRADET, MSSS, Direction de la protection de la santé publique, juillet 1999.

Il sera important, dans les années futures, d'estimer également les taux de couverture vaccinale du personnel soignant dans les établissements, ce que quelques régions font déjà. Les données sur cette population sont à peu près inexistantes. Toutefois, des données parcellaires semblent indiquer que les couvertures vaccinales dans ce groupe sont très faibles. Étant donné que le personnel soignant peut constituer une source de transmission importante de l'infection en milieu de soins, la vaccination de ce groupe, comme celle des personnes hébergées, constitue une mesure de santé publique essentielle. Il faudra donc redoubler d'efforts pour assurer une meilleure vaccination du personnel et continuer dans la voie de l'atteinte du résultat attendu pour les personnes hébergées. À cet effet, le MSSS a produit, à l'automne 1999, du matériel promotionnel s'adressant particulièrement au personnel soignant.

**Tableau 2.5 : Couverture vaccinale contre l'influenza en 1998-1999 des personnes âgées vivant en CHSLD**

Régions*	Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus		Couverture vaccinale (%) 1998-1999	Couverture vaccinale (%) 1997-1998	Couverture vaccinale (%) 1996-1997
	Total vivant en CHSLD <sup>1</sup>	Vaccinées <sup>2</sup>			
01	2 269	1 879	82,8		
02	1 392	1 168	83,9		
03	5 018	3 988	79,5		
04	2 829	2 262	80,0		
05	6 128	4 122	67,3		
06	17 120	12 756	74,5		
07	1004	836	83,3		
08	753	610	81,0		
09	372	306	82,3		
10	29	27	93,1		
11	623	437	70,1		
12	2 849	2 158	75,7		
13	1 620	1 369	84,5		
14	2 000	1 643	82,2		
15	1 475	1 146	77,7		
16	5 217	3 481	66,7		
17	17	17	100,0		
18	8	8	100,0		
<b>Total</b>	<b>50 723</b>	<b>38 213</b>	<b>75,3</b>	<b>75,9</b>	<b>63,9</b>

Source : Données de gestion du programme de vaccination provincial contre l'influenza, 1998-1999.

\* Voir la liste des régions à la page 15.

1. Dans la plupart des régions, les données sur le nombre de personnes vivant en établissement sont fournies directement par les établissements.
2. Dans certaines régions, on corrige les données en fonction du taux de réponse des établissements alors que, dans d'autres, on ne le fait pas.

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

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

### Indicateur

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

### Résultats

Comme pour le résultat précédent, les données présentées ici sont tirées de renseignements obtenus auprès de l'équipe de gestion du programme provincial de vaccination contre la grippe<sup>14</sup>. En effet, les responsables régionaux fournissent annuellement au MSSS les résultats de la mise en œuvre du programme.

La couverture vaccinale des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert en 1998-1999, pour l'ensemble de la province, est estimée à 43,1 %. Ce résultat est semblable à celui qui était observé l'an dernier (voir le tableau 2.6). En excluant la région où la couverture est de 81 %, les couvertures obtenues dans les régions varient de 36 % à 58 %. Au total, on remarque des couvertures supérieures à 50 % dans seulement sept régions.

### Discussion

Dans certaines régions, les données présentées ont fait l'objet d'un ajustement pour la non-réponse des vaccinoteurs qui doivent fournir l'information de base. C'est en tenant compte de cette limite qu'il faut interpréter les données disponibles.

De récentes données de Statistique Canada (1999)<sup>15</sup> montrent que 34 % des Québécois de 65 ans ou plus (intervalle de confiance entre 27,6 % et 40,2 %, à 95 %) ont reçu le vaccin contre la grippe entre juin 1996 et août 1997. Il faut toujours être prudent quand on compare des données de différentes sources dont les méthodes ne sont pas similaires, mais on peut voir que la faible proportion estimée par les données de gestion du programme au Québec est corroborée par les données d'une autre source. Les

<sup>14</sup> Monique DOUVILLE-FRADET, MSSS, Direction de la protection de la santé publique, juillet 1999.

<sup>15</sup> STATISTIQUE CANADA (1999). «Immunisation», dans *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Gouvernement du Canada, p. 79-82.

données canadiennes montrent aussi que la performance du Québec est la moins bonne, les autres provinces obtenant des couvertures vaccinales pour cette population variant de 48 à 60 %.

La couverture vaccinale de 43 % estimée en 1998-1999 s'écarte de manière importante du résultat attendu de 60 %. Sauf quelques exceptions, la situation est à peu près semblable dans toutes les régions, notamment les régions les plus peuplées. La lente progression observée dans les résultats de couverture vaccinale à l'échelle provinciale entre 1996-1997 et 1997-1998 ne semble pas se poursuivre en 1998-1999. À la lumière de la tendance observée, et à moins de déployer de nouvelles stratégies et des efforts considérables pour combler l'écart important, le résultat ne sera probablement pas atteint en 2002. Au Québec, le nombre total de doses de vaccins contre la grippe distribuées a augmenté année après année, atteignant près de 800 000 doses en 1998-1999<sup>16</sup>. Il semble donc que le nombre plus élevé de doses distribuées ait servi à compenser l'augmentation de la population cible résultant de l'évolution démographique et non à améliorer la couverture vaccinale.

---

<sup>16</sup> Nadine TREMBLAY, MSSS, Direction de la protection de la santé publique, mars 1999.

**Tableau 2.6 : Couverture vaccinale contre l'influenza ou 1998-1999 des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert**

Régions*	Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus		Couverture vaccinale (%) 1998-1999	Couverture vaccinale (%) 1997-1998	Couverture vaccinale (%) 1996-1997
	Total vivant en milieu ouvert <sup>1</sup>	Vaccinées <sup>2</sup>			
01	28 401	11 645	41,0		
02	28 823	16 088	55,8		
03	81 514	35 869	44,0		
04	68 232	27 268	40,0		
05	32 658	17 366	53,2		
06	271 291	118 686	43,7		
07	30 993	13 582	43,8		
08	15 022	7 664	51,0		
09	8 476	4 889	57,7		
10	785	426	54,3		
11	13 787	6 244	45,3		
12	45 365	16 985	37,4		
13	38 851	15 666	40,3		
14	36 541	13 055	35,7		
15	45 481	21 104	46,4		
16	141 423	55 600	39,3		
17	324	188	58,0		
18	389	313	80,5		
<b>Total</b>	<b>888 356</b>	<b>382 638</b>	<b>43,1</b>	<b>43,7</b>	<b>40,7</b>

Source : Données de gestion du programme de vaccination provincial contre l'influenza, 1998-1999.

\* Voir la liste des régions à la page 15.

1. Le nombre total de personnes de 65 ans vivant en milieu ouvert est obtenu en soustrayant du nombre total de personnes de 65 ans, projeté pour 1998 par le MSSS à partir des données fournies par le recensement de 1991, le nombre de personnes vivant en CHSLD obtenu directement auprès de ces établissements. Les nombres présentés ici ont parfois été corrigés pour les non-répondants (voir le tableau 2.5).
2. Dans certaines régions, on corrige les données en fonction du taux de réponse des différents vacinateurs alors que, dans d'autres, on ne le fait pas.

## 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 %.**

### Définitions

**Unité de vaccins** : fiole ou ampoule de vaccin.

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

### Indicateur

Proportion de vaccins achetés mais non utilisés.

### Résultats

Selon la première évaluation effectuée par le MSSS<sup>17</sup> à partir de données collectées auprès des régions en avril 1999, sur les 1 086 201 unités de vaccins distribuées, 28 625 unités n'ont pas été utilisées durant l'année 1998-1999, ce qui fait une proportion de 2,6 % unités non utilisées (données non illustrées). Des données détaillées sur chacune des régions ne sont pas présentées pour cette année.

### Discussion

Les outils standardisés de collecte de données sur les pertes de produits immunisants ont été implantés en cours d'année. La déclaration des pertes par les vaccinateurs et les dépôts régionaux est volontaire. C'est pourquoi la proportion des pertes est fort probablement sous-évaluée en raison d'un taux de déclaration inégal selon les régions et les types de vaccinateurs (ceux du secteur privé ou ceux du secteur public). De plus, comme les vaccins achetés des fournisseurs sont distribués par le MSSS et les dépôts régionaux aux vaccinateurs sous différents formats (unidose, multidose, à l'unité, en paquets de cinq ou de dix), cette situation peut constituer un facteur d'erreur dans le calcul du nombre de vaccins et dans la déclaration des pertes, ce qui limite la fiabilité et la validité des données présentées ici.

Certaines mesures, comme celle d'un mécanisme de crédit pour le retour des produits périmés dans les nouveaux contrats avec les fournisseurs, ont permis de réduire les pertes financières causées par le dépassement des dates de péremption, mais les vaccins périmés sont tout de même inclus dans les vaccins non utilisés. Néanmoins, en ce qui concerne l'atteinte du résultat attendu, il est préférable d'attendre l'observation des prochaines années avant de se prononcer même si, à première vue, la proportion de vaccins non utilisés semble inférieure au résultat visé.

---

<sup>17</sup> Nadine TREMBLAY, MSSS, Direction de la protection de la santé publique, septembre 1999.

## 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 %.**

### Définitions

**Température inadéquate** : température qui se situe en dehors de la fourchette qui permet d'assurer la stabilité du produit.

**Thermomètre à maximum et minimum** : 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.

**Unité de vaccins** : fiole ou ampoule de vaccin.

### Indicateurs

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

### Résultats

Selon les données fournies par le MSSS<sup>18</sup>, depuis mars 1999, 100 % des envois entre le dépôt provincial et les dépôts régionaux sont munis de moniteurs de température (données non illustrées). En ce qui concerne les envois entre les dépôts régionaux et les vaccinateurs, en 1998-1999, il n'y avait que dans quatre régions où les envois se faisaient, totalement ou en partie, sous température contrôlée. Globalement, on estime que seulement 5 % des envois entre les dépôts régionaux et les vaccinateurs sont monitorés.

D'après l'information transmise par les régions, sur les 1 600 réfrigérateurs répertoriés dans l'ensemble des vaccinateurs, 150 sont dotés d'un thermomètre. La proportion des réfrigérateurs équipés d'un thermomètre ne s'élève donc qu'à 9 %.

Enfin, en 1998-1999, environ 1 % des unités de vaccins ont été soumises à une température inadéquate, soit 10 345 unités qui n'ont pas été utilisées en raison de bris de la chaîne du froid sur les 1 086 201 unités distribuées.

### Discussion

Les limites mentionnées à la discussion du taux d'utilisation des vaccins achetés valent également ici. De plus, comme la température d'une très faible proportion de vaccins est surveillée, autant pendant le transport que pendant la période de conservation chez les vaccinateurs, la proportion des vaccins soumis à une température inadéquate qui est

<sup>18</sup> Nadine TREMBLAY, MSSS, Direction de la protection de la santé publique, septembre 1999.

estimée ici est largement sous-évaluée. Cependant, des interventions importantes sont réalisées par le MSSS et les directions de la santé publique dans les régions pour combler ces lacunes. Ainsi, depuis juin 1999, des thermomètres ont été fournis dans les régions par le MSSS, pour tous les réfrigérateurs utilisés par l'ensemble des vaccinateurs du Québec. Les vaccinateurs ont également été sensibilisés à la question et de la formation leur a été offerte. Des travaux seront aussi réalisés en 1999-2000 afin de s'assurer du monitoring en cours de transport et de l'utilisation des techniques adéquates d'emballage des produits. C'est pourquoi les données collectées durant les prochaines années devraient permettre de tracer un portrait plus réaliste de la situation. À cause du peu d'information disponible, il est impossible actuellement de prévoir si le résultat attendu sera atteint.

priorité 3

*LE VIH-SIDA ET LES  
MALADIES TRANSMISSIBLES  
SEXUELLEMENT*



## Faits saillants

Les résultats attendus relatifs au VIH-sida et aux maladies transmissibles sexuellement portent sur les programmes de prévention au regard des populations vulnérables dans toutes les régions du Québec, 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 en ce qui concerne le VIH, les MADO, les MTS virales et les complications liées aux MTS.

Les mesures préventives à l'intention des groupes vulnérables progressent. Dix-sept régions sur dix-huit sont dotées de programmes de prévention s'adressant principalement aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, aux jeunes en difficulté et aux personnes utilisatrices de drogues par injection. Par ailleurs, toutes les régions ont des activités qui visent de près ou de loin à renforcer les comportements sécuritaires et qui sont, pour la plupart, moins axées sur des groupes particuliers et plus largement ouvertes à toute la population.

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

Seize régions sont pourvues de centres d'accès aux seringues. Le nombre de centres est passé de 501 à 646 en un an. C'est surtout la participation de nouvelles pharmacies et, dans une moindre mesure, de CLSC, qui fait la différence. D'avril 1997 à mars 1998, 78 550 contacts avec des consommateurs de drogue ont été comptabilisés et 706 281 seringues ont été distribuées gratuitement, nombre qui exclut celles qui ont été vendues en pharmacie.

Quatorze régions offrent un certain accès à la méthadone. Dans l'ensemble, plus de bénéficiaires ont reçu de la méthadone cette année, (934 en 1997 et 1 284 en 1998). Le nombre de médecins qui ont prescrit de la méthadone est passé de 126 à 181 et le nombre de pharmacies participantes, de 89 à 145.

Deux documents intègrent les aspects d'une approche de réduction des méfaits associés à la toxicomanie : le *Plan d'action en toxicomanie, 1999-2001* a été rendu public ; un autre document, intitulé *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations et stratégie*, qui fait présentement l'objet d'une consultation, devrait donner lieu éventuellement à une proposition finale d'orientations. Compte tenu de l'évolution des mentalités au regard de la réduction des méfaits associés à la toxicomanie, il faut y voir une réponse suffisante en faveur d'une éventuelle politique nationale de réduction des méfaits.

Quant au programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, l'enquête auprès des médecins membres de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec et de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec laisse voir que la proportion de médecins qui offrent le test anti-VIH à toutes les femmes enceintes augmente de 50,8 à 82,3 % après l'implantation du programme.

Enfin, des travaux sont en cours à divers degrés en vue d'améliorer la qualité des données, selon qu'il s'agisse de l'infection par le VIH, des MADO, des MTS virales ou des complications liées aux MTS.

### 3.1 Programmes de prévention pour les populations vulnérables

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

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

#### Définitions

##### **Populations vulnérables au regard de l'infection au VIH :**

Les personnes plus vulnérables en raison de leur appartenance à une des catégories particulièrement exposées au virus : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) ; personnes originaires de pays où la maladie est endémique ; utilisateurs de drogues par injection (UDI) ; personnes appartenant à des groupes où l'on constate, selon diverses études, des comportements à risque, soit les femmes en difficulté, les jeunes en difficulté et les autochtones ; personnes connaissant des conditions psychosociales difficiles, comme la pauvreté, la toxicomanie, la maladie mentale, l'itinérance, la discrimination, l'incarcération ou la prostitution<sup>19</sup>.

##### **Populations vulnérables au regard des MTS :**

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

##### **Programme visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires :**

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

- l'identification d'objectifs opérationnels ;
- la détermination d'activités ;
- l'utilisation de stratégies vraisemblablement efficaces ;
- l'identification des acteurs du programme (organismes communautaires, CLSC, municipalités, etc.).

Le programme doit également comporter une perspective de continuité.

<sup>19</sup> MSSS, DGSP, *Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Phase 4. Orientations 1997-2002*, Gouvernement du Québec, 1997.

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

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

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

#### **Accessibilité aux moyens de prévention :**

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

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

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

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

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

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

## Indicateurs

1. Proportion des régions où sont mis en œuvre des programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires.
2. Proportion des régions où se déroulent 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 rendent le condom accessible.
6. Proportion des centres jeunesse qui rendent le condom accessible.
7. Proportion des régions où des programmes d'accès aux seringues sont mis en place.

## Résultats

Le questionnaire transmis aux régions pour la période d'évaluation 1998-1999 a été modifié afin d'obtenir davantage d'information sur les programmes et les activités, dans une perspective plus large de prévention du VIH et des MTS et de promotion de la santé. Plutôt que de s'attacher aux programmes mis sur pied durant l'année, nous avons choisi de demander de l'information sur tous ceux qui étaient en vigueur, en vue d'obtenir un portrait plus complet de la situation.

L'information obtenue sur les programmes, les activités de prévention et l'accessibilité aux moyens de prévention dans les centres de détention est en grande partie fournie par les différents répondants. Les programmes permettant aux toxicomanes de se procurer des seringues stériles font l'objet d'une collecte nationale ; les données sur le traitement à la méthadone proviennent de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), sauf pour ce qui concerne le volet psychosocial.

### **Programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires**

Il existe un grand nombre d'activités ou d'interventions : certaines sont communes à plusieurs régions, d'autres sont particulières ; certaines sont d'envergure nationale, d'autres ont une portée locale ou régionale (voir les tableaux 3.1a et 3.1b). Les populations vulnérables auxquelles s'adressent ces interventions sont passablement fragmentées en fonction de leur appartenance à des catégories exposées au virus ou à des catégories révélant des comportements à risque, ou alors en fonction de situations psychosociales difficiles. Si certaines activités ou interventions sont destinées à des populations très précises, la plupart sont accessibles à des populations plus larges. Vouloir tracer un portrait d'ensemble des activités et des programmes visant de près ou de loin à renforcer les comportements sexuels sécuritaires en vigueur dans toutes les régions, c'est se confronter à une réalité très diversifiée et très complexe.

Par ailleurs, le problème du VIH-sida ne se pose pas avec la même ampleur partout, concentré qu'il est dans les zones urbaines et semi-urbaines, chez des populations précises. Du côté des MTS, la situation diffère ; beaucoup plus répandues dans la population en général, elles appellent des programmes à plus large portée. Les besoins sont donc différents d'une région à l'autre et toute comparaison relative au nombre d'activités ou de programmes doit être faite avec beaucoup de circonspection.

Au 31 mars 1999, dix-sept régions sur dix-huit offrent un ou plusieurs programmes visant de près ou de loin à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ; quatre régions de plus que l'an passé sont pourvues de tels programmes. Il faut dire que les répondants ont fourni des renseignements selon leur compréhension de la définition proposée dans l'instrument de collecte, renseignements qui révèlent des disparités dans l'interprétation de cette définition, certains l'ayant considérée de façon très large et d'autres, beaucoup moins.

Quoi qu'il en soit, il y a lieu de noter que les HARSAH et les jeunes en difficulté sont les principaux groupes ciblés, avec respectivement de quatorze et treize programmes. Les utilisateurs de drogues par injection font l'objet de huit programmes, ce qui ne rend pas compte des programmes d'échange de seringues. Seulement trois programmes sont destinés aux femmes en difficulté, quatre aux jeunes en général et quatre aux personnes incarcérées. Quant aux jeunes en milieu scolaire, il n'y a que quatre régions, dont une est à forte concentration d'autochtones, où on leur offre un programme. On peut s'étonner du résultat, d'autant qu'il existe un programme de formation personnelle et sociale doté d'un volet d'éducation à la sexualité inscrit au programme scolaire jusqu'en 2002. Enfin, aucun programme ciblant les personnes en provenance de pays où le sida est endémique et les personnes vivant avec le VIH n'est déclaré.

Par ailleurs, dans toutes les régions on rapporte avoir réalisé des activités ou des interventions visant de près ou de loin à renforcer les comportements sexuels sécuritaires durant la dernière année. Le service de dépistage anonyme, le travail de milieu ou de rue, la clinique jeunesse ou santé sexuelle, la clinique sur le *planning* familial, les mesures d'accès aux moyens de prévention, la diffusion de matériel, la formation des intervenants du réseau et les interventions de concertation ou d'alliance sont les activités les plus largement répandues. Par contre, la formation des gestionnaires, des intervenants du réseau de la sécurité publique et des pharmaciens, les unités mobiles, les mesures de soutien à l'information des partenaires et les mesures de soutien à l'adoption d'une politique sur les MTS et le sida dans les établissements du réseau restent des interventions relativement peu nombreuses.

Les items les plus souvent mentionnés par les régions correspondent généralement aux programmes nationaux [(ex. : dépistage anonyme de programmes (programme de formation sur l'homosexualité) ou d'infrastructures en place (clinique jeunesse) ou encore d'actions de base en prévention (diffusion de matériel)]. Seul le travail fait auprès des personnes défavorisées, adopté largement par les régions, ne correspond pas à ces critères, étant laissé presque exclusivement à l'initiative régionale.

### **Accessibilité aux condoms dans les écoles secondaires**

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

### **Accessibilité aux condoms dans les centres jeunesse**

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

### **Accessibilité au matériel de protection dans les prisons**

Il faut d'abord préciser que douze régions seulement ont des centres de détention de juridiction provinciale sur leur territoire, pour un total déclaré de dix-sept centres (voir le tableau 3.1c). De ce nombre, quatorze centres rendent accessibles les condoms et l'eau de Javel ; cependant, pour deux centres, l'information n'est pas connue des répondants comparativement à l'an passé, où 62,5 % des centres de détention rendaient accessibles les condoms et 43,7 %, l'eau de Javel, on observe cette année une plus grande proportion de centres qui ont adopté ces mesures, soit 82,3 %.

Quant aux établissements de juridiction fédérale, onze pénitenciers se répartissent dans cinq régions. De ce nombre, cinq pénitenciers, selon les répondants, rendent disponibles les condoms et quatre d'entre eux y ajoutent l'eau de Javel. Il y a peu de changement à noter par rapport à l'an passé, où quatre pénitenciers sur huit rendaient accessibles les condoms et trois l'eau de Javel.

En pratique, le matériel d'injection stérile n'est disponible dans aucun centre de détention provincial ou fédéral ; au mieux, trois centres en fournissent, à la sortie, à la demande des personnes libérées.

### **Programmes d'accès aux seringues**

Les données proviennent du répertoire des centres d'accès aux seringues<sup>20</sup>, qui en est à sa cinquième édition. Grâce à la collaboration des directions de la santé publique des régions régionales de la santé et des services sociaux, le Centre québécois de coordination sur le sida est à même de présenter chaque année la mise à jour de ce répertoire.

Au 1<sup>er</sup> janvier 1999, on comptait 646 centres d'accès répartis dans 16 régions du Québec, soit 145 centres de plus que l'an passé (voir le tableau 3.1d). Seules 2 régions n'en disposent pas. L'ensemble de ces centres d'accès aux seringues regroupe 403 pharmacies, 148 centres rattachés aux CLSC, 52 centres hospitaliers, 31 organismes communautaires (ONG), 8 cliniques médicales et 4 centres spécialisés. La progression dans le nombre de centres d'accès aux seringues se remarque surtout dans la catégorie des pharmacies, qui sont passées de 284 à 403 et, dans une moindre mesure, dans celle des centres rattachés à des CLSC, qui ont augmenté de 135 à 148.

### **Mise en place de programmes d'accès à la méthadone**

Selon les données de la RAMQ et l'information transmise par les répondants, on compte quatorze régions où l'on a un certain accès à la méthadone, que ce soit par l'intermédiaire de médecins ou dans des pharmacies (voir le tableau 3.1g). À cet égard,

<sup>20</sup> MSSS, CQCS, *Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec (distribution, vente et récupération) 1999*, Gouvernement du Québec, 1999.

peu de choses ont changé depuis l'an passé. En revanche, le nombre de médecins ayant prescrit de la méthadone est passé de 126 en 1997 à 181 en 1998, le nombre de pharmacies facturant de la méthadone a augmenté de 89 à 142 et le nombre de bénéficiaires s'est accru de 934 à 1 284, excluant les bénéficiaires d'une assurance privée.

Ce sont les régions plus urbanisées qui affichent des augmentations importantes de médecins, de pharmacies et de bénéficiaires. En plus des régions de Québec et de Montréal, on compte également celles de la Chaudière-Appalaches, de Lanaudière, des Laurentides, de la Montérégie ainsi que celle de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Au total, on indique dans sept régions que le programme inclut un volet psychosocial.

## Discussion

Les présents résultats illustrent une situation d'ensemble qui progresse en ce qui a trait aux mesures préventives mises à la disposition des groupes vulnérables.

En ce qui concerne les programmes, il y a lieu de noter une augmentation de treize à dix-sept du nombre de régions qui en sont dotées. La population des HARSAH fait l'objet d'une plus large couverture par des programmes conçus à leur intention et par la formation des intervenants. Il semble y avoir moins d'obstacles à l'intervention auprès de cette population.

Si la plupart des régions maintiennent leurs programmes existants et en mettent d'autres sur pied, tout indique que d'ici 2002 toutes les régions du Québec auront un ou des programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires, qui seront destinés à une ou à plusieurs populations vulnérables. En apparence, les résultats seraient atteints. Cependant, ce constat ne tient pas compte des réalités régionales différentes en matière de VIH et de MTS.

Les populations vulnérables ne se répartissent pas uniformément dans toutes les régions ; par conséquent, les besoins peuvent varier d'une région à l'autre. À certains endroits, les populations vulnérables sont moins nombreuses ; en contrepartie, il est parfois plus difficile d'entrer en contact avec elles. Pour avoir une mesure plus précise de l'atteinte des résultats, il faudrait prendre en considération à la fois les besoins en fonction de l'ampleur des problèmes liés au VIH et aux MTS et la portée des programmes mis en œuvre.

Par ailleurs, la collecte d'information ayant jusqu'à maintenant mis l'accent sur les populations vulnérables, elle devrait s'élargir aux programmes destinés à la population en général, une voie privilégiée de lutte contre les MTS, et devrait comprendre les comportements sécuritaires relatifs à l'injection de drogues. À défaut de disposer de toute cette information à court terme afin de pouvoir juger, de façon éclairée, de l'atteinte des résultats, il serait nécessaire, avant toute chose, d'améliorer notre démarche de collecte d'information pour obtenir un portrait le plus juste possible de ce qui se fait dans chaque région en matière de programmes ou de projets visant le renforcement des comportements sécuritaires.

En outre, si certains programmes, par exemple le dépistage anonyme, comportent des services liés à une infrastructure (clinique) s'étendant à l'échelle du Québec et jouissent d'une certaine longévité, d'autres, fruit de l'initiative régionale et tributaires de subventions, sont plus précaires. Il serait utile de pouvoir suivre ces programmes, ces projets ou ces activités pour les prochaines évaluations.

En matière d'accessibilité aux condoms et à l'eau de Javel dans les prisons, il faut souligner l'augmentation des centres de détention provinciaux où l'on peut obtenir ces produits alors que, du côté des pénitenciers fédéraux, où l'information est de toute évidence incomplète, il ne semble pas y avoir de progression. Pour ce qui est de l'accès au matériel d'injection stérile, le problème est plus délicat et les résistances de la Sécurité publique sont plus grandes, on le comprendra. Néanmoins, des efforts de sensibilisation aux risques d'infection par le VIH doivent être maintenus auprès des centres de détention. Quant aux pénitenciers, qui sont de juridiction fédérale, il apparaît peu pertinent de continuer la collecte de données par la voie des répondants, étant donné le peu d'information qu'ils obtiennent.

En ce qui concerne le programme d'accès aux seringues, les centres d'accès continuent de se multiplier. Toutes les régions en sont dotées, à l'exception des régions 17 et 18, où l'accès aux seringues demeure tout de même une préoccupation. D'avril 1997 à mars 1998, 78 550 contacts avec des usagers de drogue ont été comptabilisés et 706 281 seringues ont été distribuées gratuitement, nombre qui exclut celles qui ont été vendues en pharmacie. Il s'agit d'une mesure de prévention qui, jointe à d'autres, vise à offrir des services de santé et des services sociaux adaptés aux UDI.

Enfin, selon les experts du Comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone<sup>21</sup>, il y aurait de 10 000 à 12 000 consommateurs d'héroïne par injection, vivant pour la plupart à Montréal. Quoiqu'il y ait une augmentation des bénéficiaires de la RAMQ qui ont reçu de la méthadone, le nombre étant passé de 934 à 1 284 depuis un an, il s'agit tout de même d'une faible proportion qui profite de ce traitement par rapport au nombre probable de consommateurs d'héroïne. S'il y a lieu de souligner la progression vers l'atteinte des résultats dans ce dossier, il importe de maintenir les efforts afin d'accroître l'accessibilité à la méthadone non seulement dans les pharmacies, mais aussi dans les prisons, et de favoriser le développement du volet psychosocial au sein du programme.

---

<sup>21</sup> MSSS, RAMQ, CMQ, Ordre des pharmaciens du Québec, *Rapport du Comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone au sous-ministre adjoint à la Santé publique*, avril 1999.

Tableau 3.1a : Programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires et groupes ciblés, selon les régions, 1998-1999

Régions*	Nombre	Groupes ciblés**							Programmes
		HARSAH	UDI	Jeunes	J. scol.	J. diff.	F. diff.	Incar.	
01	2	X				X			Projet PARC Travail de rue via la maison des jeunes
02	3	X	X			X		X	Le Mascu-Lien et vaccination (VHA et VHB) dans les bars gais Travail de milieu et accès aux trousse de prévention Éducation dans les CJ et travail de rue dans 6 territoires de CLSC/X Éducation dans les centres de détention
03	4		X			X		X X	Programme d'adaptation offert aux jeunes Programme d'adaptation offert aux femmes en difficulté Programme pour les UDI (incluant le milieu carcéral) Programme pour les HARSAH
04	3	X				X			Projet PARC Prévention du VIH et des MTS auprès des jeunes en difficulté et des analphabètes Prévention par les pairs auprès des consommateurs d'héroïne
05	4		X					X	Les UDI ont la piqûre (PES) CATWOMAN (danseuses) Équinoxe (bisexuels et HARSAH) SAP (travailleur de corridor – centre de détention)
06	6	X						X	Action Séro-Zéro Stella Action communautaire des CJM et de la DSP Projet prostitution de Séro-Zéro Projet 10 Programme régional de prévention auprès des UDI
07	3	X X	X						Projet PARC – HARSAH Jeunesse IDEM Les gens de la rue
08	3	X	X					X	Soutien au réseau communautaire et formation des intervenants des réseaux sociosanitaire et scolaire Accès aux trousse de prévention, <i>counselling</i> et vaccination dans les bars Travail de rue, vaccination et formation des éducateurs des CJ et des parents d'accueil
09	1					X			Intervention sur la sexualité et la prévention des MTS et du sida en CRJDA
10	1			X					Campagne annuelle et régionale de protection amoureuse à l'occasion de la Saint-Valentin
11	1				X				Promotion de la santé sexuelle dans le cadre du programme de santé en milieu scolaire
12	2	X			X			X	Formation sur l'approche au regard de l'homosexualité : information sur la prévention des MTS Mon bien-être sexuel et celui de l'autre
13	3					X		X	Moi, je prends ma vie en main – jeunes de 14 à 17 ans en difficulté Intervention théâtrale – CJ Jouer avec le feu – jeunes de 12 à 17 ans
14	1					X			Intervention par le travail de milieu

**Priorité 3 : Le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement**

Régions*	Nombre	Groupes ciblés**							Programmes
		HARSAH	UDI	Jeunes	J. scol.	J. diff.	F. diff.	Incar.	
15	2	X	X	X		X	X	X	Counselling individuel cliniques jeunesse des CLSC Action communautaire du centre Sida Amitié Volet « éducation à la sexualité » du programme FPS du MEQ
16	4			X		X			Éducation à la sexualité dans les CJ (Sex-o-phone) Promotion du condom Express-protection Entraide par les pairs – Cascades aux Pairs Action santé HARSAH
17	0	X							
18	1				X				Mise sur pied d'un programme scolaire portant sur la santé à tous les niveaux du primaire, avec un volet sur la sexualité
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	

\* Voir la liste des régions en page 15.

\*\* Les groupes ciblés sont :

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

UDI : Utilisateurs de drogues par injection

Jeunes : Jeunes en général

J. scol. : Jeunes en milieu scolaire

J. diff. : Jeunes en difficulté

F. diff. : Femmes en difficulté

Incar. : Personnes incarcérées

**Tableau 3.1b : Nombre total de régions offrant des activités ou interventions aux populations vulnérables, 1998-1999**

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

\* Les populations vulnérables sont :

<b>HARSAH</b> :	les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	<b>UDI</b> :	les utilisateurs de drogues par injection
<b>End.</b> :	les personnes originaires de pays où le sida est endémique	<b>J. diff.</b> :	les jeunes en difficulté
<b>Scol.</b> :	les jeunes en milieu scolaire	<b>F. diff.</b> :	les femmes en difficulté
<b>Aut.</b> :	les autochtones	<b>Inc.</b> :	les personnes incarcérées
<b>PVIH</b> :	les personnes vivant avec le VIH	<b>Autr.</b> :	autres groupes jugés prioritaires
			<i>précisez</i> : jeunes en général

Tableau 3.1c : Moyens de prévention accessibles dans les centres de détention et les établissements pénitenciers, selon les régions, 1998-1999

Régions*	Nbre de centres				Nbre de centres où ces moyens sont disponibles			
	Prov.	Cond. <sup>1</sup>	Jav. <sup>2</sup>	Inj. <sup>3</sup>	Féd.	Cond. <sup>1</sup>	Jav. <sup>2</sup>	Inj. <sup>3</sup>
01	1	0	0	0	0	0	0	0
02	2	2	2	2*	0	0	0	0
03	1	1	1	1*	1	1	n.s.p.	0
04	1	1	1	0	1	1	1	0
05	1	1	1	0	0	0	0	0
06	3	3	3	0	0	0	0	0
07	1	1	1	0	0	0	0	0
08	1	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	0	0	0	0
09	2	2	2	0	1	1	1	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0
11	1	1	1	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	1	1	1	0
14	0	0	0	0	1	1	1	0
15	1	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	5	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.
16	2	2	2	0	1	n.s.p.	n.s.p.	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>3<sup>4</sup></b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>0</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

1. Condom.
2. Eau de Javel.
3. Matériel d'injection.
4. Disponible à la sortie sur demande.

Tableau 3.1d **Portrait des centres d'accès aux seringues du Québec au 1<sup>er</sup> décembre 1997 et au 1<sup>er</sup> décembre 1998<sup>22</sup>**

Régions*	Nombre de centres d'accès aux seringues rattachés aux établissements suivants :												Totaux	
	CH		Cliniques médicales		CLSC		ONG		Centres spécialisés		Pharmacies			
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
01	5	7	0	0	8	10	0	0	0	0	13	17	26	34
02	6	6	4	4	7	7	11	11	0	0	24	28	52	56
03	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	24	30	25	31
04	7	9	0	0	8	15	1	6	0	0	0	0	16	30
05	6	6	1	1	15	17	2	2	0	0	19	29	43	55
06	0	0	0	0	2	3	5	2	2	3	65	149	74	157
07	0	0	0	0	2	2	2	1	0	0	7	15	11	18
08	4	4	0	0	7	8	0	0	0	0	13	14	24	26
09	2	2	0	0	4	4	0	0	0	0	13	13	19	19
10	0	0	0	0	6	6	0	0	0	0	1	1	7	7
11	3	3	0	0	20	20	0	0	0	0	24	24	47	47
12	4	4	0	0	18	18	0	0	0	0	0	0	22	22
13	0	0	0	0	3	4	1	1	0	0	15	15	19	20
14	2	2	0	0	2	2	0	1	0	0	31	31	35	36
15	0	3	0	0	1	3	3	4	0	0	0	0	4	10
16	5	6	4	3	30	29	4	3	0	0	35	37	78	78
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>52</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>133</b>	<b>148</b>	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>284</b>	<b>403</b>	<b>502</b>	<b>646</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

<sup>22</sup> MSSS, CQCS, *Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec (distribution, vente et récupération) 1999*, Gouvernement du Québec, 1999

Tableau 3.1e Composantes de programmes permettant aux toxicomanes de se procurer de la méthadone, selon les régions, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1998

Régions*	Nbre de médecins <sup>1</sup> ayant prescrit de la méthadone		Nbre de pharmaciens propriétaires ayant facturé de la méthadone		Volet psycho- social	Nbre de bénéficiaires <sup>2</sup> ayant reçu de la méthadone	
	1997	1998	1997	1998		1998	1997
01	1	1	1	1	0	2	3
02	1	4	0	2	n.s.p.	3	4
03	10	14	4	8	Oui	16	58
04	2	1	2	2	Oui	9	27
05	3	5	5	12	Oui	22	24
06	73	98	38	43	Oui	660	819
07	0	1	2	1	0	2	5
08	1	0	0	1	0	1	0
09	1	0	1	1	n.s.p.	1	2
10	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0
12	2	6	1	5	n.a.	3	12
13	4	6	8	9	Oui	50	75
14	5	5	7	11	Oui	35	39
15	10	9	7	18	Oui	51	80
16	4	20	13	28	Non	65	120
17	0	0	0	0	0	0	1
18	0	0	0	0	0	0	0
Région inconnue	9	11				14	15
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>181</b>	<b>89</b>	<b>142</b>	<b>7</b>	<b>934</b>	<b>1 284</b>

Source : Les données proviennent de la RAMQ, avril 1999.

\* Voir la liste des régions à la page 15.

1. Ne comprend pas l'ensemble des médecins qui sont autorisés par Santé Canada à prescrire de la méthadone, mais pourrait comprendre des médecins qui n'ont pas l'autorisation d'en prescrire puisqu'il n'existe pas actuellement de mécanisme de contrôle, notamment pour ce qui est des pharmaciens. Les médecins sont répartis selon les régions à partir de l'adresse où ils pratiquent.
2. Exclut les bénéficiaires d'une assurance privée.

## 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.**

### Définitions

#### **Politique nationale**

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

#### **Réduction des méfaits**

Approche visant à réduire les conséquences néfastes de l'usage de drogues pour l'individu, la famille, la communauté et la société plutôt qu'à en éliminer l'usage<sup>23</sup>.

### Indicateur

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

### Résultats

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

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

En effet, le Groupe de travail sur la prévention de la toxicomanie, conseiller auprès du sous-ministre adjoint à la Direction générale de la santé publique, a produit, en août 1998, un document de consultation au sujet d'orientations et d'actions préventives en matière de substances psychotropes, tout en abordant la question de la réduction des méfaits reliés à un usage inapproprié de ces substances. Intitulé *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations et stratégie*, le document a été plutôt bien reçu par la plupart des gens consultés. Il devrait donner lieu éventuellement à une proposition finale d'orientations en prévention de la toxicomanie. Si l'approche de

<sup>23</sup> Définition tirée de Pierre BRISSON, *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*, Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, déc. 1997.

réduction des méfaits est prise en considération, parmi d'autres, dans ce document il ne s'agit pas pour autant d'une politique nationale de réduction des méfaits. Compte tenu de l'évolution des mentalités sur le sujet, il faut y voir actuellement une réponse suffisante en vue d'une éventuelle politique nationale. Un travail important de sensibilisation et de promotion de cette approche reste à faire auprès des autres ministères intéressés afin de mettre en œuvre des actions concertées dans ce domaine.

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

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

#### 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 le VIH et la grossesse, sur le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, sur le test anti-VIH et sur le traitement pour diminuer le risque de la transmission de la mère à l'enfant.

#### Indicateurs

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

#### Résultats

En vigueur depuis mai 1997, le Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse n'a pas fait l'objet cette année d'une nouvelle collecte auprès des régies régionales pour connaître les activités de formation et d'information qu'elles ont réalisées ou projettent d'organiser sur leur territoire relativement à la promotion de ce programme. Le précédent sondage ayant révélé que peu d'efforts avaient été consacrés à la diffusion du programme, il a été jugé plus opportun de diriger l'évaluation vers la collecte d'autres types de données.

##### **Proportion des médecins qui informent les femmes enceintes**

Ainsi, les premiers résultats proviennent d'une enquête postale<sup>24</sup> auprès de tous les membres de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec et de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec, effectuée en deux temps – avant l'implantation du programme (1997) et dix-huit mois après (1999) –, pour déterminer les changements dans la pratique médicale en ce qui concerne le test prénatal anti-VIH. Dans la première phase de l'enquête, 672 réponses ont été reçues sur une possibilité de 946 répondants, pour un taux de réponse de 71 %. Dans la seconde

<sup>24</sup> Céline POULIN et Michel ALARY, *Medical Practice Regarding Prenatal HIV Testing 18 Months after the Launching of the Quebec Intervention Program on HIV Infection and Pregnancy*, présentation à l'occasion de la huitième Conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida, 1999.

phase, sur 828 réponses possibles, 526 réponses ont été reçues, soit un taux de réponse de 61,7 %.

À la lecture du tableau qui suit, on constate que la proportion de médecins qui offrent le test anti-VIH à toutes les femmes enceintes augmente de 50,8 à 82,3 % après l'implantation du programme.

### **Types de pratiques relatives au test prénatal anti-VIH en 1997 et en 1999**

Types de pratiques	1997	1999
	N = 603 %	N = 492 %
Offre de test seulement aux femmes enceintes à risque	30,1	16,1
Offre de test à toutes les femmes enceintes	50,8	82,3
Aucune prescription de test à ce jour	9,8	3,9
Prescription à toutes les femmes enceintes dans l'année précédente	13,3	44,4

On observe aussi une augmentation du même ordre dans la proportion de médecins qui prescrivent le test à toutes les femmes (de 13,3 % en 1997 à 44,4 % après l'implantation du programme). De toute évidence, l'offre universelle du test anti-VIH aux femmes enceintes est en progression.

### **Proportion des femmes enceintes qui sont testées pour le VIH**

Les autres résultats tirent leur source des formulaires spécialement conçus pour la prescription du test anti-VIH aux femmes enceintes, dans le cadre du Programme québécois d'intervention sur l'infection par le VIH. Rempli par le médecin, le formulaire comprend une partie détachable. Cette partie est remise à la femme qui a le loisir de la présenter ou non au moment du prélèvement sanguin, ce qui garantit le libre choix de passer le test. Il indique également au laboratoire la nécessité de procéder plus rapidement à l'analyse, les femmes enceintes ayant la priorité sur les autres personnes dans le dépistage du VIH. Enfin, il fournit des données pour l'évaluation du programme.

De juin 1997 à mars 1999, 10 950<sup>25</sup> femmes enceintes, pour lesquelles le formulaire particulier au programme a été utilisé, ont été testées pour les anticorps au VIH ; cela représente très certainement moins de 10 % des femmes enceintes pour la même période. Malheureusement, cette source de données ne nous permet pas de savoir dans quelle proportion les femmes enceintes ont passé le test anti-VIH puisque, de toute évidence, le formulaire est sous-utilisé.

## **Discussion**

Pour suppléer au manque d'information, une étude-pilote vient d'être entreprise, visant à évaluer la faisabilité et les coûts d'une collecte d'information dans les dossiers d'hôpitaux afin de déterminer la proportion de femmes enceintes testées pour les anticorps au VIH. Il s'agit d'une étude rétrospective des dossiers de femmes enceintes sélectionnées selon la date de leur accouchement, soit entre mars et septembre 1998, dans deux centres hospitaliers : le CHA – pavillon Saint-Sacrement à Québec et l'hôpital Sainte-Justine à Montréal. Cette recherche dans les dossiers devrait permettre de recueillir non seulement de l'information sur le test prénatal anti-VIH, mais aussi des données sociodémographiques sur la mère et sur la spécialité du médecin accoucheur. Les

<sup>25</sup> Céline POULIN, données transmises au CQCS, 1999.

résultats, prévus cet automne, seront déterminants dans la poursuite d'une telle étude sur une plus grande échelle, qui mettra à contribution sept centres hospitaliers de la région de Montréal.

Par ailleurs, après deux années d'évaluation du programme, il y a lieu de souligner l'évolution dans le choix des indicateurs selon le degré de mise en œuvre du programme. La réalisation d'activités d'information et de formation sur le programme devait faire l'objet d'un suivi au cours de la première année d'implantation. Cependant, quand l'offre du test anti-VIH, après évaluation, est apparue comme un standard de pratique pour bon nombre de médecins, les activités d'information et de formation ont perdu de leur intérêt, tout comme l'indicateur qui les représente. Cela nous a amenés, dans le présent bilan, à nous attarder davantage sur la proportion de médecins qui informent les femmes enceintes ou celles qui désirent le devenir. La progression sous cet aspect étant suffisamment significative, cet indicateur ne fera pas l'objet d'une enquête subséquente. La prochaine évaluation portera plutôt sur la proportion de femmes enceintes qui subissent un test anti-VIH.

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

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

#### Définition

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

#### Indicateur

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

#### Résultats

L'infection par le VIH fait référence au stade précoce de la maladie, avant l'apparition du sida. Le VIH n'est pas à déclaration obligatoire au Québec. Un groupe de travail s'est penché sur les moyens d'améliorer la surveillance du VIH. À cette fin, un rapport qui recommande la déclaration obligatoire du VIH a été transmis à la Direction générale de la santé publique.

Les MTS à déclaration obligatoire comprennent les infections à *Chlamydia trachomatis*, l'hépatite B et l'herpès néonatal, qui font l'objet d'une déclaration nominale, et les maladies vénériennes, qui sont à déclaration anonyme : les infections gonococciques, la syphilis (incluant la syphilis congénitale), le chancre mou, la lymphogranulomatose vénérienne et le granulome inguinal. Des démarches doivent être entreprises pour permettre l'utilisation d'un identifiant distinctif pour chaque personne, tout en protégeant la confidentialité et en rendant possible le repérage des doublons. Par ailleurs, des mesures sont à prévoir afin que les résultats de laboratoire positifs au sujet de l'hépatite B et de la syphilis soient confirmés en règle générale par un diagnostic clinique.

Les MTS virales, soit l'herpès génital (VHS) et l'infection par le virus du papillome humain (VPH), sont parmi les MTS les plus fréquentes et ne sont pas à déclaration obligatoire. Il n'existe pas de définition de cas suffisamment sensible et spécifique qui pourrait permettre une surveillance épidémiologique. Une meilleure connaissance de la question s'impose, tant d'un point de vue épidémiologique que d'un point de vue clinique. La stratégie québécoise de lutte contre les MTS, qui est en préparation, devrait apporter un éclairage sur les mesures à prendre.

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

ambulatoires. L'analyse du fichier Med-Écho ne suffit pas à fournir un portrait juste de la situation. Il y a lieu de se pencher sur ces questions afin de trouver d'autres sources de données.

priorité 4

*LE DÉPISTAGE  
DU CANCER DU SEIN*



## Faits saillants

---

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

Au 31 mars 1999, considérant les critères établis, on comptait neuf régions où était 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 aux radiologistes de la région, de la date d'entrée en vigueur du nouveau code de l'acte « mammographie de dépistage » et sur la mise en place des structures de base du programme, à savoir la nomination d'un coordonnateur administratif et d'un responsable médical, la désignation d'un centre de dépistage et d'un centre d'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 des centres 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 la transformation du réseau et des restrictions budgétaires, a engendré des contraintes additionnelles. Il demeure néanmoins que l'implantation est enclenchée dans la plupart des régions et devait être complétée au cours de l'automne 1999.

Quant aux autres résultats attendus, étant donné le retard enregistré dans l'implantation du programme, les données n'étaient pas disponibles au 31 mars 1999. 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 aux radiologistes de la région, de la date d'entrée en vigueur du nouveau code de l'acte « mammographie de dépistage » et à la mise en place des structures de base du programme, à savoir :

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

### Indicateur

Proportion des régions où est implanté le PQDCS.

### Résultats

La collecte de l'information a été achevée le 31 mars 1999. Cette information a été validée avec les renseignements obtenus de façon centrale au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du PQDCS afin d'apporter les corrections appropriées, le cas échéant.

Au 31 mars 1999 (voir le tableau 4.1), neuf régions répondaient à l'ensemble des critères définis pour l'implantation du PQDCS. Ces régions regroupent plus de 80 % des femmes visées par le programme. Toutefois, il convient de préciser que toutes les structures prévues dans les régions (centres de dépistage et centres d'investigation) ne sont pas nécessairement mises en place à la même date et que l'implantation peut s'échelonner sur une période plus ou moins longue. Toutes les régions ont désigné leurs coordonnateurs administratifs et médicaux. Le code de l'acte « mammographie de dépistage » était en vigueur le 31 mars 1999 dans ces neuf régions et depuis l'automne 1999 dans les autres régions.

L'ensemble des régions prévoit 41 centres privés de dépistage et 48 centres publics de dépistage. Les régions de Montréal et de la Montérégie se distinguent par leur nombre élevé de centres de dépistage privés, et quelques-uns de ces centres disposent de plus d'un mammographe. Au 31 mars 1999, 39 centres privés (il y en avait 7 l'année précédente) et 15 centres publics (il y en avait 3 l'année précédente) étaient désignés centres de dépistage dans les régions ayant mis en place le PQDCS, soit

respectivement 95 % des centres privés et 29 % des centres publics. Le secteur public compte aussi 17 centres de référence pour investigation (il y en avait 6 l'année passée) sur un total prévu de 31. C'est donc plus de 50 % des centres de référence pour investigation qui sont actuellement en activité.

La formation des différentes catégories de personnel comprend trois modules ; une trousse est également destinée aux médecins de première ligne. Cette formation a commencé dans toutes les régions, à l'exception de la région 17, et le rythme est inégal d'une région à l'autre. Sept régions ont terminé la formation. Quant au système d'information (SI), il est fonctionnel dans les centres désignés des régions pour lesquelles le code d'acte est en vigueur.

Un projet d'unité mobile de mammographie est présentement à l'étude et devrait voir le jour en l'an 2000. Certaines régions dépourvues du service de mammographie ou présentant une faible densité de population pourraient bénéficier de ce service mobile. Ces régions qui sont dans l'expectative, essaient de composer avec les ressources actuelles en attendant le service mobile, ce qui explique en partie certains retards.

En résumé, au 31 mars 1999, selon la définition adoptée, on comptait neuf régions où était implanté le PQDCS. Les délais sont principalement reliés 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. Même dans les régions où est implanté le PQDCS, certains centres ne répondent pas encore aux critères de certification. Il faut également souligner que c'est le premier programme de dépistage à être mis en place, et que le Ministère et les régions 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 le contexte de la transformation du réseau et des 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, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein aura été mis en œuvre dans la majorité des régions.

**Tableau 4.1 : Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, situation au 31 mars 1999**

Régions*	Code d'acte en vigueur		Nombre de désignations effectives/prévues				Formation module **					Utilisation du SI	Commentaires
			Centres de dépistage		Centres d'investigation		Terminée (T) Non débutée (N)		En cours(C)				
	O/N	Prévu	Privés	Publics	Privés	Publics	1	2A	2B	3	Trousse		
01	Non	aut. 99	0/0	4/4	0/0	2/2	T	C	C	N	C	Non	2A & 2B seront achevées en mai 1999. Pour la trousse, 5 MRC/8 ont été formées.
02	Non	oct. 99	1/1	4/5	0/0	1/1	T	N	N	C	C	Oui	Attend l'interface pour démarrer. SI seulement au centre de coordination.
03	Oui		4/4	0/3	0/0	1/1	T	C	C	T	C	Oui	
04	Oui		1/1	3/5	0/0	3/5	T	C	C	C	T	Non	2A & 2B sont achevées dans les centres désignés seulement.
05	Oui		2/2	1/1	0/0	1/1	T	T	T	T	T	Oui	
06	Oui		18/18	2/3	0/0	3/5	T	T	T	T	T	Oui	La formation est achevée dans les centres désignés seulement.
07	Oui		0/0	2/5	0/0	2/2	T	T	T	T	T	Oui	La formation est achevée dans les centres désignés seulement.
08	Non	juin 99	0/0	0/5	0/0	0/1	T	N	N	T	N	Non	2A & 2B seront achevées en mai 1999.
09	Non	sept. 99	0/0	1/3	0/0	0/0	C	C	C	N	N	Non	Modalités de service pour les municipalités isolées (inaccessibles par la route) à déterminer.
10	Non	sept. 99	0/0	1/1	0/0	0/0	T	T	T	T	T	Non	SI seulement au centre de coordination. Associé étroitement aux activités réalisées dans les régions 02 et 08. Centre d'investigation dans la région 02.
11	Non	oct. 99	0/0	0/5	0/0	0/0	T	T	T	T	C	Non	
12	Oui		0/0	4/4	0/0	4/4	T	T	T	T	T	Oui	
13	Oui		2/2	0/0	0/0	1/1	T	T	T	T	T	Oui	
14	Oui		2/2	1/1	1/1	1/1	T	T	T	T	T	Oui	
15	Non	mai 99	0/1	2/4	0/0	0/1	T	N	N	T	T	Oui	2A & 2B sont prévues en juin.
16	Oui		10/10	2/3	0/0	1/6	T	T	T	T	T	Oui	
17	Non	2000	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	N	N	N	N	N	Non	En raison des particularités géographiques et de l'organisation des services de santé, d'autres solutions sont étudiées. Quelques femmes du groupe cible vont à Montréal pour une mammographie.
18	Non	n.a.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	N	N	N	N	C	Non	
Total au 31/03/99			39	15	1	17						Les totaux exprimés ici représentent les centres opérationnels pour les régions où le code d'acte est en vigueur.	
Total au 31/05/98			7	3	0	6							
Total prévu			41	52	1	31							

\* Voir la liste des régions à la page 15.

\*\* La formation comprend cinq modules : 1, 2A, 2B, 3 et une trousse.

## **4.2 Taux de participation de la population cible**

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

### **Indicateur**

Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein des femmes qui ont entre 50 et 69 ans.

### **Résultats**

Pour les neuf régions où est implanté le PQDCS, le taux de participation était de 42,4 % au 31 mars 1999.

### **Discussion**

Étant donné que le PQDCS vient d'être mis en place dans la majorité des régions du Québec, la participation devrait augmenter au cours des prochains mois.

### 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

Le taux de référence pour investigation au 31 mars 1999 était de 10,3 % dans les régions ayant démarré les activités.

#### 4.4 Taux de mortalité due au cancer du sein chez les femmes de 55 et 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 qui ont entre 55 et 74 ans.

##### Résultat

Un groupe de travail se penche actuellement sur la mise sur pied d'un programme intégré de surveillance de la lutte contre le cancer du sein, 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 la 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 de la maladie, la réduction de la mortalité et l'amélioration de la survie.

Le groupe de travail finalise actuellement 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 ont été faites afin de valider ces indicateurs. Une revue des sources de données actuellement disponibles a été entreprise et, avec la collaboration des principaux responsables de fichiers de la province de Québec, un portrait de la situation de départ a été dressé pour la presque totalité des indicateurs retenus. Ce deuxième volet sera aussi soumis pour commentaires aux experts-consultants et devait être diffusé avant la fin de l'année 1999, avec le troisième volet concernant les recommandations qui en découleront.

priorité 5

## *LE TABAGISME*



## Faits saillants

---

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

L'application d'une stratégie de prévention du tabagisme dans les écoles primaires et secondaires n'a pas été mesurée puisque les mécanismes pour obtenir l'information dans le milieu scolaire n'ont pas été mis en place.

Les données les plus récentes concernant le taux de tabagisme chez les jeunes de 15 ans ou plus proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population menée par Santé Canada en 1996-1997, situant la prévalence à 34 %, soit une faible baisse par rapport au taux de 1994. D'autres données provenant de l'Enquête générale sur la santé et le bien-être, effectuée par Santé Québec en 1998, seront disponibles vers la fin de l'an 2000.

Des activités de surveillance des habitudes tabagiques des jeunes Québécois ont été instaurées en 1998. L'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les jeunes du secondaire (Santé Québec 1998), constitue le point de départ d'une série de mesures prises à intervalles réguliers de deux ans afin de suivre l'évolution de la consommation de tabac chez les jeunes. Les données de cette enquête ont été diffusées en novembre 1999 et elles indiquent que l'usage de la cigarette demeure un phénomène répandu chez les adolescents.

Des précisions ont été apportées à la définition du niveau d'accessibilité aux services pour faire le deuxième bilan. Les résultats indiquent que certaines catégories de services sont moins répandues dans la province et que les services offerts ne le sont pas dans tous les territoires de CLSC des régions. Par contre, dans la plupart d'entre elles on assure la promotion des services auprès de la population par au moins un moyen dans toutes les régions et cela, de façon continue.

## 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 inclut au minimum 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 (c'est-à-dire des activités éducatives) 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

Compte tenu de la difficulté à recueillir l'information dans le milieu scolaire au niveau de chaque région, il n'y a pas eu de collecte d'information pour ce résultat.

Pour l'évaluation de la troisième année, il a été proposé d'intégrer ce résultat visé à la priorité « Développement et adaptation sociale des enfants et des jeunes » dans le résultat attendu suivant :

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 qui visent le renforcement des aptitudes personnelles et sociales des jeunes et préconisant un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie, **incluant un volet sur le tabagisme.**

Cette proposition traduit la préoccupation commune au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et au ministère de l'Éducation (MEQ) d'intervenir d'une façon concertée et selon une approche globale auprès des enfants dans les écoles.

De plus, l'entrée en vigueur, le 17 décembre 1999, de la Loi sur le tabac instaurait l'interdiction de fumer partout dans les écoles primaires et secondaires, édictant par le fait même la politique minimale à adopter sur l'usage du tabac dans ces lieux. Il ne sera donc pas pertinent de mesurer cet aspect dans le bilan des Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Par ailleurs, l'information qui sera recueillie au cours des démarches relatives au suivi du respect de la Loi sur le tabac devrait permettre d'évaluer l'application de la Loi en milieu scolaire.

Finalement, les discussions entreprises entre le MSSS et le MEQ concernant la révision des curriculum d'études dans le contexte de la réforme de l'éducation sont une

excellente occasion de revoir les approches utilisées avec les jeunes et, par conséquent, la façon de les mesurer.

La définition d'indicateurs pour mesurer le volet sur le tabagisme à l'intérieur d'un résultat de la priorité « Développement et adaptation sociale des enfants et des jeunes » a fait l'objet d'une consultation auprès des répondants « tabac » de chacune des directions de la santé publique et sera fort utile pour l'évaluation de la troisième année. Par ailleurs, le Service de la lutte contre le tabagisme du MSSS prévoit la conception d'orientations ministérielles en matière de prévention du tabagisme au cours de la prochaine année, ce qui pourrait aussi influencer la mesure de ce résultat.

## Conclusion

La définition du résultat visé et les indicateurs pour le mesurer devront être révisés en tenant compte des éléments énumérés précédemment et de l'intégration du résultat à une autre priorité.

## 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

Le fumeur **régulier** ou quotidien est celui qui affirme fumer régulièrement (tous les jours).

Le fumeur **occasionnel** est celui qui dit fumer à l'occasion, sans tenir compte d'une période de référence sinon que présentement.

### Indicateurs

- Proportion de fumeurs réguliers (personnes de 15 ans et plus) dans la population.
- Proportion de fumeurs occasionnels (personnes de 15 ans et plus) dans la population.

### Résultats

L'information relative à ce résultat attendu est issue des enquêtes nationales. Les répondants étaient toutefois invités à fournir les données dont ils disposaient lorsqu'elles étaient différentes de celles qui ont été transmises au moment du premier bilan.

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population menée par Statistique Canada en 1996-1997, la proportion de fumeurs actuels chez les personnes de 15 ans et plus est de 34 % au Québec, soit 38 % chez les hommes et 30 % chez les femmes. Le Québec détient la plus forte proportion de fumeurs au Canada, soit 34 %, par rapport à une proportion moyenne de 29 % pour tout le Canada.

Des données québécoises provenant de l'Enquête générale sur la santé et le bien-être de la population menée en 1998 par Santé Québec seront disponibles vers la fin de l'an 2000.

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

### Conclusion

Compte tenu des renseignements disponibles, on ne peut préciser si l'objectif est en voie d'être atteint. Des données de Santé Canada indiquent cependant que le taux de fumeurs au Québec demeure le plus élevé du Canada.

### 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.**

#### Définitions

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

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

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

Les **fumeurs débutants** sont les personnes qui ont fumé entre une et 99 cigarettes dans leur vie et qui ont fumé au cours des 30 jours précédant l'enquête.

Population : les jeunes de la 1<sup>re</sup> à la 5<sup>e</sup> secondaire des secteurs public et privé, francophones et anglophones, de toutes les régions (sauf les écoles amérindiennes).

#### Indicateurs

- Proportion de jeunes fumeurs actuels selon le sexe.
- Proportion de jeunes fumeurs quotidiens selon le sexe.
- Proportion de jeunes fumeurs occasionnels selon le sexe.
- Proportion de jeunes fumeurs débutants selon le sexe.

#### Résultats

L'information sur le tabagisme chez les jeunes est obtenue par l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, menée par Santé Québec à tous les deux ans, à partir de l'automne 1998. Les résultats de l'enquête ont été présentés en novembre 1999.

Au total, 20 % des adolescents québécois fréquentant l'école secondaire sont des fumeurs actuels (quotidiens et occasionnels) et un peu plus de 10 % sont des fumeurs débutants, c'est-à-dire en phase active d'expérimentation de la cigarette (voir le tableau 5.3a).

La proportion de fumeurs actuels est de 22,5 % chez les filles et de 17,3 % chez les garçons. Il y a 13,5 % de fumeuses quotidiennes et 9,1 % de fumeuses occasionnelles. Chez les garçons, il y a 10,6 % de fumeurs quotidiens et 6,7 % de fumeurs occasionnels. Ces résultats peuvent sembler encourageants, mais il faudra tenir compte du fait que les fumeurs débutants ne sont pas inclus dans le taux des fumeurs actuels en 1998 alors qu'ils pouvaient l'être dans la définition du résultat visé. Les fumeurs

débutants se retrouvent dans une proportion de 11,6 % chez les filles et de 9,5 % chez les garçons.

Répondant à l'invitation de faire connaître les données dont elles disposaient, les répondants de cinq régions ont fourni des renseignements sur le tabagisme des jeunes (voir le tableau 5.3 b). Dans deux régions, on a utilisé les définitions que l'on retrouve au début de la présente section, dont une avec une variante pour la notion de « quotidien », qui considérait 21 jours ou plus durant le mois.

Dans l'ensemble, on observe que les résultats obtenus (proportions de fumeurs actuels, occasionnels, réguliers et quotidiens) varient autant selon les définitions et les questions retenues que selon les niveaux scolaires ciblés pour ces enquêtes. On remarque aussi des taux supérieurs à ceux qui ont été établis pour l'objectif de résultat en 1994.

Il est impossible de comparer les taux de tabagisme chez les jeunes entre 1994 et 1998, tant au niveau national qu'au niveau régional, puisque les définitions et les questions ne sont pas les mêmes d'une enquête à l'autre.

## Conclusion

On constate que le total des fumeurs actuels et débutants est encore élevé par rapport à l'objectif visé. Cependant, il est important de rappeler que les différences dans les méthodologies, mentionnées plus haut, limitent la comparabilité des résultats nationaux et régionaux. Les résultats indiquent que la proportion de filles faisant usage de tabac est plus élevée que celle des garçons. L'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire permettra de suivre l'évolution des comportements tabagiques des jeunes.

**Tableau 5.3a : Proportion de fumeurs chez les jeunes au Québec**

Sexe	Enquête ados, familles et milieux de vie 1994*			Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire 1998**				
	Fumeurs			Fumeurs actuels			Total	
	Occasionnels	Réguliers	Total	Occasionnels	Quotidiens	Total actuels	Débutants	Actuels et débutants
Filles	19,1 %	17,0 %	36,1 %	9,1 %	13,5 %	22,5 %	11,6 %	34,1 %
Garçons	10,7 %	11,3 %	22,0 %	6,7 %	10,6 %	17,3 %	9,5 %	26,8 %

\* Les données de l'Enquête ados, familles et milieux de vie (1994) ont été utilisées pour la formulation du résultat attendu à la priorité nationale concernant le tabagisme. La question était la suivante :

« Fumes-tu la cigarette régulièrement, à l'occasion ou jamais ? »

\*\* Les données fournies par l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (1998), de la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec, font référence aux définitions suivantes :

Fumeur actuel quotidien : a fumé au moins une cigarette par jour au cours des 30 jours précédant l'enquête et a fumé au moins 100 cigarettes dans sa vie.

Fumeur actuel occasionnel : a fumé au moins une cigarette au cours des 30 jours précédant l'enquête, mais n'a pas fumé tous les jours, et a fumé au moins 100 cigarettes dans sa vie.

Fumeur débutant : a fumé entre une et 99 cigarettes dans sa vie et a fumé au cours des 30 jours précédant l'enquête.

Note : Bien que l'on puisse être tenté de faire des comparaisons pour mesurer l'évolution du taux de prévalence, cela est impossible car les définitions utilisées ne sont pas les mêmes.

**Tableau 5.3b : Proportion de fumeurs chez les jeunes dans certaines régions du Québec**

Régions*	Année	Proportion de fumeurs (%)	Description
02	1997	33,7 % de garçons 46,9 % de filles	Fumeurs réguliers et occasionnels, élèves du secondaire.
03	1998	38,2 % de fumeurs 38,7 % chez les filles 38 % chez les garçons	Définition : Le fumeur actuel a fumé une cigarette au complet tous les jours pendant au moins une semaine. Population et échantillon : 90 groupes de jeunes rencontrés : 604 garçons et filles ont répondu au sondage, dont 61,4 % dans le milieu scolaire et 35,6 % dans les maisons de jeunes. Méthode de collecte : Questionnaires et analyses univariées et multivariées. Document : <i>Des jeunes se parlent du tabac... mission possible, rapport des activités réalisées dans le cadre de ce projet</i>
05	1997	18 % de fumeurs actuels 11,8 % de fumeurs quotidiens 6,2 % de fumeurs occasionnels 24,5 % de fumeuses actuelles 16,6 % de fumeuses quotidiennes 7,9 % de fumeuses occasionnelles	Définitions : Le fumeur quotidien a fumé 100 cigarettes ou plus dans sa vie et a fumé au moins une cigarette durant 21 jours ou plus durant le mois. Le fumeur occasionnel a fumé 100 cigarettes ou plus durant sa vie et a fumé au moins une cigarette durant 1 à 20 jours. Population : Ensemble des écoles secondaires publiques et privées de l'Estrie : 23 écoles participantes sur 29 écoles possibles. Taille et type de l'échantillon : 15 518 élèves des 23 écoles participantes ; résultats disponibles par écoles, par degré scolaire et par sexe. Méthode de collecte : Questionnaire auto-administré.
	1998	17,3 % de fumeurs actuels 11,7 % de fumeurs quotidiens 5,6 % de fumeurs occasionnels 23 % de fumeuses actuelles 16,4 % de fumeuses quotidiennes 6,6 % de fumeuses occasionnelles	
13	1998	39,5 % de fumeurs 22,1 % de fumeurs réguliers 17,4 % de fumeurs occasionnels 46,5 % de fumeuses 28,9 % de fumeuses régulières 17,6 % de fumeuses occasionnelles	Enquête à l'intérieur d'un projet d'évaluation du programme « Au-delà de la drogue », offert dans un territoire de CLSC de Laval. La majorité des jeunes (garçons et filles) ont commencé à fumer à 12 ou 13 ans. Les fumeurs réguliers (garçons et filles) fument 9,8 cigarettes par jour en moyenne alors que lorsque les fumeurs occasionnels fument, c'est une moyenne de 2 cigarettes par jour. Définitions : Le fumeur régulier est un jeune qui fume la cigarette tous les jours. Le fumeur occasionnel est un jeune qui fume la cigarette à l'occasion mais non tous les jours. Le non-fumeur est un jeune qui n'a jamais fumé la cigarette ou qui a cessé de fumer. Population : Élèves de 4 <sup>e</sup> et 5 <sup>e</sup> secondaire d'une seule école âgés entre 15 et 18 ans et ayant participé à un programme de prévention de l'usage des drogues « Au-delà de la drogue » en 6 <sup>e</sup> année du primaire et en 2 <sup>e</sup> année du secondaire. Taille et type de l'échantillon : 774 questionnaires ont été distribués et 739 ont été adéquatement remplis. L'échantillon était composé de 47,2 % de filles et de 52,8 % de garçons, vivant à 70,1 % dans une famille nucléaire, 13,6 % dans une famille monoparentale et 15,8 % dans une famille recomposée. Les parents étaient d'origine canadienne dans 85,3 % des cas. Méthode de collecte : Un questionnaire auto-administré de 84 questions, dont la majorité présentaient un choix de réponses ; il était subdivisé en 6 sections, dont l'une portait sur le tabagisme. La collecte s'est échelonnée sur 4 semaines et 26 groupes ont été rencontrés à l'école, à l'intérieur des cours de morale ou de français (75 min). La supervision était assurée par une intervenante du réseau de la santé. Une explication précédait la remise du questionnaire et une discussion de groupe suivait. La confidentialité et l'anonymat des jeunes étaient assurés et on leur demandait de répondre le plus honnêtement et le plus rapidement possible.

**PNSP 1997-2002 – 2<sup>e</sup> bilan**

Régions*	Année	Proportion de fumeurs (%)	Description
16	1998	19,1 % de fumeurs actuels 13,5 % de fumeurs actuels quotidiens 5,6 % de fumeurs actuels occasionnels 21,5 % de fumeuses actuelles 13,6 % de fumeuses actuelles quotidiennes 7,9 % de fumeuses actuelles occasionnelles	Enquête « Expérience de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie » Définitions : Le fumeur actuel quotidien a fumé 100 cigarettes ou plus au cours de sa vie et a fumé à tous les jours au cours des 30 derniers jours. Le fumeur actuel occasionnel a fumé 100 cigarettes ou plus au cours de sa vie et a fumé presque à tous les jours ou durant quelques jours au cours des 30 derniers jours. Population : Élèves fréquentant les écoles secondaires de la Montérégie, en classe régulière, élèves des 1 <sup>re</sup> , 3 <sup>e</sup> et 5 <sup>e</sup> années du secondaire. Taille et type de l'échantillon : 2 767 élèves, répartis dans 45 écoles proportionnellement représentatives des écoles anglaises, privées françaises et publiques françaises. Méthode de collecte : Questionnaire auto-administré en classe.

\* Voir la liste des régions à la page 15.

## 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.).

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

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

Le **service de *counselling* individuel** se caractérise par une démarche structurée et séquentielle, étalée dans le temps, et dont la finalité est que l'individu cesse de fumer. Ce service peut être donné au cours d'une rencontre ou au téléphone par des professionnels de la santé, par des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ou des personnes mandatées par ce réseau, et par d'autres intervenants spécialisés travaillant pour un organisme à but lucratif ou à but non lucratif non mandatés par le réseau de la santé et des services sociaux.

Le **service (ou méthode) de groupe** se distingue du *counselling* individuel par le fait qu'il est offert pour aider un groupe de fumeurs à cesser de fumer et à vivre une démarche de groupe en ce sens. Les intervenants appartiennent aux trois catégories énumérées pour le *counselling* individuel.

### Accessibilité

Le concept de l'accessibilité aux services pour cesser de fumer n'est pas défini dans les PNSP ; il en résulte un problème de mesure. Afin de mieux cerner ce concept, cinq critères ont été proposés, par voie de questionnaire, à l'appréciation des régions régionales.

Ces critères se définissent comme suit :

- 1) la **proximité**, soit une distance raisonnable à parcourir ou un temps raisonnable de déplacement pour accéder au service ou à la méthode (selon une appréciation régionale) ;
- 2) les **coûts** relativement abordables en fonction de la population visée par le service (ou la méthode) ;
- 3) l'**horaire**, c'est-à-dire ouvert ou disponible à des heures accommodant la population ;

- 4) un **service** (ou méthode) **adapté**, où l'approche, le contenu, la langue, le langage sont ajustés et appropriés à des groupes précis (personnes défavorisées, jeunes, femmes enceintes, anglophones, allophones, etc.) ;
- 5) un **service** (ou méthode) **connu** des fumeurs, lesquels auront été informés de son existence et de ses caractéristiques par de la publicité ou par un service d'orientation.

### **Promotion**

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

### **Indicateurs**

- Nombre de régions où sont offerts au moins les trois types de services (sans distinction de la catégorie d'intervenant, s'il y a lieu) jugés accessibles dans chaque territoire de CLSC.
- Nombre de régions où la promotion continue des services (ou méthodes) de soutien à l'abandon du tabagisme est assurée par au moins un des moyens énoncés dans la définition.

### **Résultats**

Dans toutes les régions, on a répondu à la plupart des questions et des précisions ont pu être apportées au cours d'un entretien téléphonique.

Parmi les services les plus répandus, on signale les services d'information et d'orientation et les services individuels par un professionnel de la santé. Les services individuels sont offerts dans la plupart des régions. Les services (ou méthodes) de groupe offerts par un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux ou une personne mandatée par ce réseau sont les plus disponibles.

L'évaluation de la proximité varie grandement d'une région à une autre (de un km à 75 km). D'autre part, le temps raisonnable de déplacement est lui aussi très variable, allant de 5 minutes à 60 minutes (voir le tableau 5.4a).

Il n'y a pas de tendance notable relativement aux critères d'appréciation de l'accessibilité. On remarque généralement que les services les plus disponibles sont généralement considérés comme accessibles en fonction de plusieurs critères.

### **La disponibilité des services de soutien à l'abandon du tabagisme et l'accessibilité à ces services**

Pour chaque type de service<sup>26</sup>, les répondants au questionnaire étaient invités, dans un premier temps, à énumérer les services (ou méthodes) offerts dans leur région. Ils

---

<sup>26</sup> Les services d'information et de référence, les services de *counselling* individuel et les services (ou méthodes) de groupe.

devaient ensuite préciser le nombre de territoires de CLSC où chacun de ces services était disponible.

En second lieu, si le service (ou la méthode) était considéré comme accessible, ils devaient indiquer les critères sur lesquels s'appuyait leur appréciation. Ces critères étaient la proximité, les coûts, l'horaire, l'adaptation du service et la publicité.

#### **a) Services d'information et d'orientation**

Dans la plupart des régions (quatorze), on offre au moins un service d'information et de référence (voir le tableau 5.4b) dans chaque territoire de CLSC. Ces services sont jugés accessibles si deux critères sur l'ensemble des cinq proposés sont respectés.

Les services le plus souvent mentionnés sont la ligne téléphonique 1-888-Poumon-9 (six régions) et Info-Santé CLSC (six régions). On mentionne aussi l'information par téléphone ou par la distribution de matériel, donnée soit par les régies régionales, soit par les CLSC ou bien par des partenaires, souvent des organismes de santé.

#### **b) Services de counselling individuel**

Les services de *counselling* individuel offerts par un professionnel de la santé (voir le tableau 5.4c) sont disponibles dans treize régions.

Les services de *counselling* individuel proposés par un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux ou par une personne mandatée par celui-ci (voir le tableau 5.4d) existent dans huit régions. Seulement pour trois de ces régions, les services sont offerts dans tous les territoires de CLSC.

Trois régies régionales de la santé et des services sociaux indiquent la présence, dans un très petit nombre de leurs territoires de CLSC, de services de *counselling* par un intervenant spécialisé travaillant pour un organisme à but lucratif ou à but non lucratif qui n'est pas mandaté par le réseau de la santé et des services sociaux (voir le tableau 5.4e).

#### **c) Services (ou méthodes) de groupe**

Les services (ou méthodes) de groupe offerts par un professionnel de la santé (voir le tableau 5.4f) sont signalés dans sept régions. Dans deux de ces régions, ils sont proposés dans tous les territoires de CLSC.

Les services (ou méthodes) de groupe offerts par un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux ou par une personne mandatée par celui-ci (voir le tableau 5.4g) sont disponibles dans quinze régions. Dans six d'entre elles, on les dispense dans la totalité des territoires de CLSC.

Les services de groupe offerts par un autre intervenant spécialisé, non mandaté, travaillant pour un organisme à but lucratif ou à but non lucratif, existent dans sept régions. Dans deux d'entre elles, ils sont proposés dans tous leurs territoires de CLSC (voir le tableau 5.4h).

Les méthodes et les programmes sont variés ; on mentionne par exemple « Oui, j'arrête ! », « Santé sans fumée », « Centre mieux vivre sans fumer », « Oxygène », « Divorcer de sa cigarette ».

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

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

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

En dernier lieu, les régions régionales de la santé et des services sociaux précisaient si cette promotion se faisait de façon continue.

#### **a) Moyens de promotion utilisés**

Dans toutes les régions, on utilise au moins un des moyens présentés ci-dessus pour faire la promotion. Dans quatorze régions (voir le tableau 5.4i), du matériel promotionnel est distribué et quatorze régions régionales font de la publicité dans les médias. Dans onze régions, un inventaire des services (ou méthodes) existants est distribué sur demande. Dans le même nombre de régions, on diffuse, dans certains points de services ou établissements de santé, un inventaire des services (ou méthodes) existants. Dans sept régions, on mentionne d'autres moyens.

#### **b) Promotion de façon continue**

Les répondants de quatre régions seulement indiquent qu'il ne s'y fait pas de promotion des services (ou méthodes) pour cesser de fumer de façon continue, soit au moins une fois par an, pour l'ensemble des moyens (voir le tableau 5.4i).

## **Conclusion**

L'analyse permet de dégager les constats suivants :

Dans cinq régions, on offre les trois types de services (jugés accessibles) dans chaque territoire de CLSC pour l'ensemble des moyens (voir les tableaux 5.4j et 5.4k). La très grande majorité des régions régionales de la santé et des services sociaux, soit quatorze d'entre elles, indiquent qu'il existe au moins un service d'information et d'orientation dans tous leurs territoires de CLSC;

En ce qui concerne les services de *counselling* individuel et les services de groupe, ils existent dans quatorze régions.

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

On peut donc dire que chacun des trois types de services de soutien à l'abandon du tabagisme existe dans la majorité des régions. En ce qui concerne les services de *counselling* individuel et les services de groupe, la catégorie d'intervenants varie. Les programmes, les méthodes ou les services d'arrêt tabagique sont différents d'une région à une autre.

Tableau 5.4a : Appréciation de la proximité selon les régions

Régions*	Distance en kilomètres	Temps de transport en minutes
01	de 10 à 20	15
02	30	20
03	20	20
04	50	30
05	n.r.	n.r.
06	n.s.p.	30
07	de 50 à 75	de 30 à 60
08	30	30
09	n.r.	15
10	n.r.	10
11	En fonction des groupes socioéconomiques ciblés	En fonction des groupes socioéconomiques ciblés
12	40	20
13	15	30
14	35	30
15	de 15 à 25	20
16	30	20
17	1	10
18	3	5

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 5.4b : Soutien à l'abandon du tabagisme : services d'information et de référence, 1998-1999**

Régions*	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type	Existe dans combien de territoires de CLSC	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	Service ou méthode publicisé	
01	Accès par téléphone	8/8		X	X			Aucun coût, le jour en semaine
02	Aide aux femmes enceintes pour cesser de fumer « Oui, j'arrête ! »	5/6	X	X	X	X	X	
		4/6		X	X	X	X	
	Professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, conseillers en promotion de la santé)	6/6	X	X	X	X	X	
03	DSP	3/7	X	X	X	X	X	Aucun coût, selon l'horaire des bureaux Aucun coût, selon l'horaire des bureaux Accessibilité pour les résidents d'autres territoires, coûts élevés s'il y a consultation, selon l'horaire des bureaux
	CLSC, personne-ressource	7/7	X	X	X	X	X	
	Clinique d'aide aux fumeurs	1/7	+/-		X	X	X	
04	Service d'information téléphonique et distribution de dépliants par les agentes régionales de la Société canadienne du cancer	2/11	X	X	X	X	X	
	Service d'information téléphonique et distribution de dépliants par l'agente régionale de la Fondation des maladies du cœur	1/11	X	X	X	X	X	
05	Info-Santé	7/7	X	X	X	X	X	
06	Ligne téléphonique 1 888 Poumon-9	29/29	n.a.	X	X	X	X	
	Centre de référence du grand Montréal	29/29	n.a.	X	X	?	X	
	« Service d'information sur le cancer », Société canadienne du cancer	29/29	n.a.	X	X	X	X	
07	Concours « Le 1 <sup>er</sup> mars, j'arrête »	8/8		X		X	X	Aucun coût, dure un mois  Aucun coût, pendant 2 mois ; encouragement des participants aux concours et non un service <i>counselling</i> officiel permanent
	Réponse téléphonique durant le concours (ligne 1 800)	8/8		X		X	X	
08	Clinique du cœur (5)	5/6	X	X	X	X		Information donnée par téléphone pour les 6 territoires
	Info-Santé (Zyban)	6/6	X	X	X	X		
	Société canadienne du cancer	6/6		X	X	X	X	
	Direction de la santé publique (par la répondante régionale) Pharmacies	6/6 6/6	X. X	X X	X X	X X		
09	« Oui, j'arrête ! »	6/6	X	X	X	X	X	Aucun coût
10	Clinique pour cesser de fumer	4/5	X	X	X	X	X	Aucun coût
	Ligne téléphonique 1 888 Poumon-9	5/5	X	X	X	X	X	Aucun coût

Régions*	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type		Existe dans combien de territoires de CLSC	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	
11	Distribution de matériel	6/6	X	X	X	X		Dans les locaux des CLSC et les points de services, aucun coût et disponible aux heures d'ouverture des CLSC
12	Service téléphonique d'information du CLSC	11/11	X	X	X			
13	Ligne Info de la méthode « Oxygène »	4/4	X	X	X	X	X	Aucun coût, boîte vocale
	Info-Santé	4/4	X	X	X	X	X	Aucun coût, 24 heures
	Ligne téléphonique 1 888 Poumon-9	4/4	X	X	X	X	X	Aucun coût, boîte vocale
	Ligne téléphonique du Centre de référence du Grand Montréal	4/4	X	X	X	X	X	Aucun coût
	Dépliant <i>Ça vient de s'éteindre</i> ou <i>Butt it out</i>	4/4	X	X		X	X	Aucun coût
14	Ligne téléphonique 1 888 Poumon-9	6/6	X	X	X	X	X	
	Service téléphonique d'orientation par Info-Santé CLSC et dans les cliniques médicales	6/6	X	X	X	n.a.	X	
15	Info-Santé CLSC	4/7	X	X	X	X	X	
	Par l'infirmière animatrice du programme de groupe	1/7	X	X	X	X	X	Boîte vocale
16	Ligne téléphonique 1 888 Poumon-9	19/19	X	X	X		X	
	Par téléphone, DSP Montérégie	19/19	X	X	X			
	Par téléphone, Info-Santé CLSC	19/19	X	X	X			
17	« Quit for life »	7/14	X	X	X		X	
18	-							

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 5.4c : Soutien à l'abandon du tabagisme : services de *counselling* individuel offerts par un professionnel de la santé, 1998-1999**

Régions*	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type	Existe dans combien de territoires de CLSC	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	Service ou méthode publicisé	
01	-	-						
02	Médecins, infirmières et pharmaciens	6/6	X	X	X	X	X	
03	Clinique d'aide aux fumeurs  Programme d'aide pour cesser de fumer : « Aide à la cessation tabagique » et « Clinique d'intervention tabagique »	3/7  (*)/7	+/-  n.s.p.	+/-  X	X  X	X  X	+/-	Coûts de base de 150 \$ et 25 \$ par rencontre individuelle supplémentaire (*) Selon les médecins formés
04								À venir 1999-2000
05	« Ça vient de s'éteindre »	7/7	X	X	X	X	X	Pour jeunes de 12 à 17 ans
06	Centre d'abandon du tabac du CHUM  Clinique du traitement du tabagisme « Le poumon » EPIC  Médecins omnipraticiens (une centaine) formés en <i>counselling</i> relativement à la consommation de tabac	29/29  29/29  n.s.p./29		X  X  X		X  X  X	(*)  (*)	(*) Connus des 2 lignes d'information et d'orientation
07	-	-						
08	Médecins Pharmaciens	6/6 6/6	X	X	X	X		
09	« Oui, j'arrête ! »	1/6	X		X	X		De 8 heures à 16 heures, publicité restreinte
10	Clinique pour cesser de fumer  Médecins  Points de service du CRSSS de la Baie-James	5/5  5/5  5/5	X  X  X	X  X  X	X  X  X	X  X  X	X  X  X	Aucun coût
11	Unité de médecine familiale	1/6	Peu	X	X	X	Peu	Aucun coût
12								
13	<i>Counselling</i> médical antitabagique  Centre cardiovasculaire de Laval	4/4  1/4	X  +/-	X  X	X  X	X  X	X  X	Sur rendez-vous  Sur rendez-vous

Régions*	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type	Existe dans combien de territoires de CLSC	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	Service ou méthode publicisé	
14	<i>Counselling</i> individuel sur rendez-vous avec un médecin	2/6	X	X	X	X		
15	Par l'animatrice du programme de groupe, au téléphone	1/7		X				Aucun coût
16	-	-						
17	<i>Counselling</i> individuel (face à face) avec un professionnel	3/14	X	X	X			
18	Médecins	9/9	X	X		+/-	+/-	

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 5.4d : Soutien à l'abandon du tabagisme : services de counselling individuel offerts par un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux ou une personne mandatée par ce réseau, 1998-1999**

Régions*	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type	Existe dans combien de territoires de CLSC	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	Service ou méthode publicisé	
01	Programme régional d'abandon du tabac en milieu hospitalier	6 CHCD		X		X	X	Aucun coût, pour patients hospitalisés, publicité à l'interne Femmes enceintes fumeuses
	Formation des intervenantes en périnatalité	8/8				X		
02	Infirmières en périnatalité	3/6	X	X	X	X		
03	Clinique d'aide aux fumeurs	3/7	+/-	+/-	X	X	+/-	Coûts de base de 150 \$ et 25 \$ par rencontre individuelle supplémentaire
04	-	-						
05	« Ça vient de s'éteindre »	7/7	X	X	X	X	X	Pour jeunes de 12 à 17 ans
06	« Programme pour cesser de fumer », Centre hospitalier Mont-Sinaï	29/29				X	(*)	(*) Connus des 2 lignes d'information et de référence
	« Devenir non-fumeur pour la vie », Centre anti-tabac de l'Institut thoracique de Montréal	29/29			X	X	(+)	
	« Programme de cessation du tabac », Montreal General Hospital	29/29						
07	« Santé sans fumée » (CHVO Hull)	1/8	X	X	X		+/-	50 \$
	« Santé sans fumée » (CLSC-CHSLD Gatineau)	1/8	X	X	X		X	50 \$
08	-	-						
09	-	-						
10	-	-						
11	-	-						
12								Service existant mais non connu
13	-	-						
14	-	-						
15	Par l'animatrice du programme de groupe	1/7	X	X				Aucun coût Par téléphone
16	« Mieux respirer... pour mieux vivre » (CH de Granby)	1/19	X		X		X	
17	-	-						
18	Éducatrices sanitaires dans les points de services	Quelques villages (9)		X		X	+/-	

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 5.4e : Soutien à l'abandon du tabagisme : services de counselling individuel offerts par un autre intervenant spécialisé travaillant pour organisme à but lucratif ou à but non lucratif (non mandaté), 1998-1999**

Régions *	Services ou méthodes	Disponibilité Existe dans combien de territoires de CLSC	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type		Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	Service ou méthode publicisé	
01	-	-						
02	Acupuncture	4/6	X	X	X	X	X	
	Hypnose	2/6	X	X	X	X	X	
	Démarche progressive	1/6	X	X	X	X	X	
03	« Cesser de fumer et rester non-fumeuse/non-fumeur »	n.r./7					Peu	6 rencontres (50 \$ chacune), horaire variable
	« Programme d'intervention tabagique » (PIT)	1/7					X	Horaire variable
	« Programme Santé sans fumée »	n.r./7					X	6 séances pour 350 \$, horaire variable
04	-	-						
05	-	-						
06	« Respirer à pleins poumons », Fédération des Églises adventistes du 7 <sup>e</sup> jour du Québec Centre « Vivre mieux sans fumer »	-		X		X		
07	-	-						
08	-	-						
09	-	-						
10	-	-						
11	-	-						
12	Centres de prévention des maladies cardiaques (Lévis, Montmagny et Saint-Georges)	3/11		X	X	X	X	
13	-	-						
14	-	-						
15	-	-						
16	Centre anti-tabagisme Francine B. Marsan	1/19	X		X		X	
	Centre de naturothérapie	1/19	X		X		X	
17	-	-						
18	-	-						

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 5.4f : Soutien à l'abandon du tabagisme : services (ou méthodes) de groupe offerts par un professionnel de la santé, 1998-1999**

Régions*	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type		Existe dans combien de territoires de CLSC	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	
01	-	-						
02	« Oui, j'arrête ! »	1/6	X	X	X	X	X	
	Pharmaciens	2/6	X	X	X	X	X	
03	Clinique d'aide aux fumeurs	3/7	+/-	+/-	X	X	+/-	Coût de base de 150 \$ et 25 \$ par rencontre individuelle supplémentaire
04	-	-						
05	-	-						
06	-	-						
07	-	-						
08	Ateliers ou sessions « Respirer pour mieux vivre », adaptation de « Devenir non-fumeur » (Amos)	2/6	X		X	X	X	
	Ateliers « Devenir non-fumeur » (La Sarre)		X	X	X	X		
09	« Oui, j'arrête ! »	6/6	X	X	X	X	X	Aucun coût
10	« Devenir non-fumeur » de l'Institut thoracique de Montréal	3/5	X	X	X	X	X	Aucun coût
	« Santé sans fumée »	1/5	X	X	X	X	X	Aucun coût
11	« Oui, j'arrête ! »	1/6	n.s. p	X	X	X	X	25 \$, le soir
12	-	-						
13	Méthode « Oxygène » des CLSC	4/4	X	X	X	X	X	45 \$, le jour ou le soir
	« J'arrête pour la vie » du Centre cardio-vasculaire de Laval	1/4	+/-	+/-	+/-		X	185 \$, le soir, clientèle particulière
	Programme de cessation de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Hors territoire	X	X	+/-	X	X	95 \$, le soir
14	-	-						
15	-	-						
16	-	-						
17	-	-						
18	-	-						

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 5.4g : Soutien à l'abandon du tabagisme : services (ou méthodes) de groupe offerts par un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux ou une personne mandatée par ce réseau, 1998-1999**

Régions*	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type	Existe dans combien de territoires de CLSC	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	Service ou méthode publicisé	
01	« Oui, j'arrête ! » par l'Association du cancer de l'Est du Québec (OSBL) et Domrémy KRTB	8/8		X	X		X	25 \$ à 40 \$, en soirée, et publicisé 1 à 3 fois l'an
02	« Oui, j'arrête ! »	3/6	X	X	X	X	X	
03	Clinique d'aide aux fumeurs	3/7	+/-	+/-	X	X	+/-	Coût de base de 150 \$ et 25 \$ par rencontre individuelle supplémentaire
04	« Oui, j'arrête »	9/11	X	X	X	X	X	
	« Le plan de 5 jours »	1/9	X	X	X	X	X	
05	« Divorcer de sa cigarette » pour femmes enceintes ou à faibles revenus	7/7		X	X	X	X	
06	« Oui, j'arrête »	n.s.p./29		X	X	X	(*)	(*) Connu des 2 lignes téléphoniques d'information et d'orientation
	« Programme pour cesser de fumer », Centre hospitalier Mont-Sinaï	29/29			X	X	X	
	« Devenir non-fumeur », Institut thoracique de Montréal	29/29			X		(*)	
07	« Santé sans fumée » (CHVO Hull)	1/8	X	X	X		+/-	50 \$
	« Santé sans fumée » (CLSC-CHSLD Gatineau)	1/8	X	X	X		X	50 \$
	Programme maison (CLSC-CHSLD Petite-Nation)	1/8	X	X	X	X		Aucun coût
	« Jeunes sans fumée » (écoles secondaires)	3/8	X	X	X	X	X	Aucun coût, publicité au sein des écoles
08	Atelier pour cesser de fumer « Respirer pour mieux vivre »	-						Formation d'animateurs pour des ateliers, donnée en février 1999
09	-	-						
10	-	-						
11	« Oui, j'arrête ! »	4/6	Peu	X	X	X	X	25 \$
12	« Oui, j'arrête ! »	11/11	X	X	X	X	X	
13	Groupe de maintien de la méthode « Oxygène », (animé par des bénévoles formés à cet effet)	1/4 mais pour toute la région	+/-	X	X	X	X	Aucun coût, 1 soir par semaine, publicité pour la clientèle de « Oxygène »
14	« Santé sans fumée »	6/6	X	X	X	X	X	30 \$ par participant
15	« Devenir non-fumeur », Centre thoracique de Montréal	7/7	X	X	X	X	X	30 \$, 50 \$ et 75 \$, le soir, peut être en anglais, publicité de bouche à oreille, hebdomadaires, médecins et CLSC
16	« Cig-Arrêtons » (CLSC des Maskoutains)	1/19	X	X			X	
	Clinique Anti-tabac (CLSC du Havre)	1/19	X	X			X	
	« Mieux respirer... pour mieux vivre » (CH de Granby)	1/19	X		X		X	
17	Comité de santé, à la radio locale	1/14	X	X	X	X	X	
18	-	-						

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 5.4h : Soutien à l'abandon du tabagisme : services (ou méthodes) de groupe offerts par un autre intervenant spécialisé travaillant pour un OBL ou un OSBL (non mandaté), 1998-1999**

Régions*	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type	Existe dans combien de territoires	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	Service ou méthode publicisé	
01	-	-						
02	Consultants « Olympe »	6/6			X	X		
	Groupe de recherche et d'aide psychosociale (GRAP)	6/6			X	X		
03	Méthode « Cesser de fumer et rester non-fumeuse/non-fumeur »	n.r./7		+/-				De 150 \$ à 250 \$ par personne
	Programme « Santé sans fumée »	n.r./7		+/-				6 séances, 225 \$ par personne
	« Abandon du tabac YMCA »	n.r./7						10 semaines, 175 \$
	« Respirer à pleins poumons », Fédération des Églises adventistes du 7 <sup>e</sup> jour du Québec	n.r./7		X				De 25 \$ à 45 \$, horaire variable
	« Programme d'intervention tabagique » (PIT)	1/7						Horaire variable
	« Centre Mieux vivre sans fumer »	n.r./7		X				
04	« Oui, j'arrête ! »	7/11	X	X	X	X	X	
05	-	-						
06	« Vivre mieux sans fumer »	29/29			X		(*)	(*) Connu des 2 lignes téléphoniques d'information et de référence
	« Respirer à pleins poumons », Fédération des Églises adventistes du 7 <sup>e</sup> jour du Québec	29/29			X		(*)	
	« Santé sans fumée », Clinique médicale Brunswick							
07	« Les poumons roses » (OBL)	1/8	X	X	X		X	75 \$
08	-	-						
09	-	-						
10	-	-						
11	« Oui, j'arrête ! » (OSBL)	1/6	Peu	X	X	X	X	25 \$
12	-	-						
13								Ne sait pas, existence de groupes dans les années antérieures
14	-	-						
15	-	-						
16	Association des non-fumeurs du Sud-ouest	1/19	X		X		X	
	Centre La délivrance	1/19	X		X		X	
	Centre Vivre mieux sans fumer	1/19	X	X	X		X	
	« Respirer à pleins poumons »	1/19	X	X	X		X	
17	-	-						
18	-	-						

\* Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 5.4i : Promotion des services (ou méthodes) de cessation, 1998-1999

Régions*	Moyens de promotion utilisés					Promotion de façon continue
	Inventaire sur demande	Inventaire dans des points de services	Matériel promotionnel	Publicité dans les médias	Autres	
01	Oui	Oui Santé au travail	Non	Oui Pour les ateliers « Oui, j'arrête ! »	-	Non (la régie)
02	Oui	Oui	Oui	Non	Auprès des organismes qui adoptent une politique sur l'usage du tabac	Oui Information dans les hebdomadaires par communiqué à l'occasion de la semaine des non-fumeurs et la Journée mondiale sans tabac
03	Oui	Oui	Oui	Oui	-	Oui Durant la Semaine québécoise sans fumer au mois de janvier, au moyen d'autres programmes de santé du cœur et des poumons sur 6 territoires de la région
04	Non	Non	Non	Oui	-	Non
05	Oui	Non	Oui	-	Par des affiches, stands et spectacles « In Vivo » (tabac) dans les écoles	Oui
06	Oui	Oui	Oui	Non	-	Oui Inventaire distribué à tous les médecins omnipraticiens de Montréal en décembre 1998 et à tous les médecins du Québec en janvier 1999 ; au préalable, distribution massive à tous les professionnels de la santé en septembre 1996
07	Oui	Oui	Non	Oui Publicité durant le concours « Le 1 <sup>er</sup> mars, j'arrête »	-	Oui (durant le concours)
08	Non	Oui	Oui	Non	-	Non
09	Non	Non	Non	Oui	-	Oui Information par les médias locaux et régionaux sur les services disponibles pour la prévention du tabagisme
10	Non	Oui	Oui	Oui	Radio, télé communautaire, conférences	Oui Plusieurs fois par année, environ 4 fois dans toute la région. Planifiée en fonction du recrutement de la clientèle, lorsque la demande des services pour cesser de fumer diminue
11	Non	Non	Oui	Oui	La publicité est faite pour les séances de groupe seulement et elle ne s'étend pas sur toute l'année ; elle commence un mois avant le début des séances de groupe	Oui En collaboration avec l'ACEQ, les CLSC font la publicité dans leur territoire respectif lorsqu'ils offrent les séances de groupe
12	Oui	Oui	Oui	Oui	-	Oui

Régions*	Moyens de promotion utilisés					Promotion de façon continue
	Inventaire sur demande	Inventaire dans des points de services	Matériel promotionnel	Publicité dans les médias	Autres	
13	Oui	Oui	Oui Envoi dans différents milieux, dont les milieux de travail et les écoles	Oui	Publicité sur les panneaux électroniques de Laval, concours médiatisé « Défi cessation », ligne d'attente d'Info-Santé dans les 4 CLSC	Oui Au début de l'automne, de l'hiver et du printemps
14	Oui	Oui	Oui	Oui	-	Oui Durant la Semaine québécoise sans fumer du mois de janvier
15	Oui (dans 4 territoires )	Oui (dans 4 territoires )	Oui (dans 5 territoires )	Oui (dans 5 territoires )	Bulletin « <i>Les maux qui courent</i> », distribué aux médecins de la région des Laurentides, par le biais du programme de prévention du tabagisme en milieu scolaire (exposés, dépliants), information dans les institutions financières	Oui Toutes les occasions sont bonnes pour promouvoir ce service dans les CLSC ; ex. : stands dans des CH ou à l'occasion d'une fête populaire de village, rencontres dans les industries pour promouvoir le programme de groupe, distribution d'outils publicitaires dans certains lieux publics, information et activités diverses durant la Semaine québécoise sans fumer, chronique dans les journaux locaux pour annoncer le cours (tous les CLSC)
16	Oui	Oui	Oui	Oui	-	Non
17	-	-	Oui	Oui	Par de l'information fournie sur demande directement par la DSP, Info-Santé CLSC, les CLSC ou autres	Oui Au cours de la Semaine québécoise sans fumer, des activités sont réalisées
18	Non	Non	Oui	Oui	-	Oui Semaine des non-fumeurs
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>14</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 5.4j : Accessibilité d’au moins un service de cessation dans tous les territoires de CLSC de la région et promotion de ces services par au moins un moyen, 1998-1999**

Régions*	Service d’information et de référence	Service individuel			Service (ou méthode) de groupe			Promotion	
		Professionnel de la santé	Intervenant du réseau de la santé	Intervenant autre	Professionnel de la santé	Intervenant du réseau de la santé	Intervenant autre	Au moins un moyen	Façon continue
01 <sup>1</sup>	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non
02 <sup>1</sup>	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui
03	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
04	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
05 <sup>1</sup>	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui
06 <sup>1</sup>	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
07	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
08	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
09	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui
10	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
11	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
12	Oui	n.s.p.	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui
13 <sup>1</sup>	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui
14	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui
15	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui
16	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non
17	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
18	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>14</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

1. Région qui offre les trois types de services de cessation dans tous ses territoires de CLSC.

Tableau 5.4k : Accessibilité – synthèse

Régions*	Service d'information et de références	Service individuel	Service (ou méthode) de groupe	3 services présents sur tous les territoires
01	Oui	Oui	Oui	Oui
02	Oui	Oui	Oui	Oui
03	Oui	Non	Non	Non
04	Non	Non	Non	Non
05	Oui	Oui	Oui	Oui
06	Oui	Oui	Oui	Oui
07	Oui	Non	Non	Non
08	Oui	Oui	Oui	Non
09	Oui	Non	Oui	Non
10	Oui	Oui	Non	Non
11	Oui	Non	Non	Non
12	Oui	Non	Oui	Non
13	Oui	Oui	Oui	Oui
14	Oui	Non	Oui	Non
15	Partiel	Partiel	Oui	Non
16	Oui	Non	Oui	Non
17	Non	Non	Non	Non
18	Non	Oui	Non	Non
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>7<sup>1</sup></b>	<b>9<sup>1</sup></b>	<b>5</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

1. Pour les services individuels et de groupe, on considère un service pour cesser de fumer comme accessible lorsque le service est offert par au moins une des trois catégories d'intervenants.

priorité 6

*LES TRAUMATISMES  
NON INTENTIONNELS*



## Faits saillants

---

Quatre résultats sont attendus quant aux traumatismes non intentionnels. Le premier porte sur la prévention des blessures à domicile, le deuxième, sur la prévention des chutes dans les établissements, le troisième, sur la diminution des cas en ce qui concerne 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. L'analyse des données de cette année a permis de mieux cerner les projets-pilotes des régions et de préciser les caractéristiques ainsi que le potentiel des projets pour lesquels une documentation adéquate a été déposée.

En ce qui concerne la prévention des chutes dans les établissements, le *Guide de prévention des chutes en établissement*, mis au point dans la région de Québec, n'a toujours pas fait l'objet d'une évaluation en 1999, comme le voulait l'énoncé de la priorité. Cette évaluation est projetée dans la région de Québec pour l'année en cours.

Dans dix-sept régions du Québec, des programmes d'application sélective (PAS) visant la conduite sans alcool ont été mis en œuvre. Deux interventions ont eu lieu en 1998 : l'une au printemps et l'autre à l'automne. Le taux de conduite avec facultés affaiblies était conforme à celui qui était attendu, soit moins de 1 %, au moment de l'application de ces programmes. Dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, aucune intervention n'a été réalisée.

Comme on le mentionnait dans le premier bilan, 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 préparation. 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.

Dans deux régions Montréal-Centre et Nord-du-Québec, on mentionne avoir fait des interventions particulières auprès des municipalités pour soutenir l'adoption ou la modification d'une loi ; ces interventions visaient les morsures de chiens.

## 6.1 Prévention des blessures à domicile

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

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

### Définition

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

### Indicateur

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

### Résultats – Projets réalisés

La deuxième année d'évaluation permet de préciser les projets d'intervention réalisés dans l'ensemble des régions du Québec, projets visant à éviter les blessures qui surviennent à domicile. Il ne s'agit pas du bilan de l'ensemble des activités accomplies par les DSP, mais bien de l'évaluation de projets conformes à la définition énoncée plus haut.

Au 31 mars 1999, douze des dix-huit régions totalisent dix-sept projets ou interventions, réalisés ou en cours. Ces projets se regroupent sous deux grandes catégories de blessures à domicile, soit les chutes chez les personnes âgées, et les blessures et intoxications chez les enfants (voir le tableau 6.1 a).

Parmi les dix-sept projets recensés, sept ont fait l'objet d'une évaluation, six sont en voie de réalisation (trois pour les aînés, deux pour les enfants et un pour une autre population cible) et quatre ont été réalisés (un ne vise que les aînés, un autre, que les enfants et les deux autres ciblent plusieurs groupes), sans qu'on indique si une évaluation a été faite ou est en cours. Pour tous les projets, les objectifs de l'intervention sont définis.

Pour cinq des projets réalisés et évalués, un rapport d'évaluation est disponible. De plus, dans le cadre du projet réalisé en Estrie, un rapport d'implantation a été déposé.

### Discussion

Idéalement, le groupe responsable de l'analyse aurait souhaité ; 1) bien saisir l'évaluation qui a été faite ; 2) avoir une idée de la valeur scientifique de cette évaluation ; et 3) contribuer à l'objectif rattaché à cette priorité en portant un jugement sur l'efficacité

des mesures présentées et sur la pertinence d'étendre l'intervention dans d'autres régions du Québec.

Au moment de la première collecte d'information, il était difficile de vérifier si les projets respectaient les composantes de la définition d'un projet-pilote, notamment l'aspect novateur et le potentiel de généralisation. De plus, les réponses aux questions portant sur la réalisation des projets ne fournissaient aucune information sur des aspects tels que l'efficacité, l'acceptabilité et la faisabilité de l'intervention. À l'occasion de la deuxième collecte, des documents ont été demandés et une analyse de chacun des projets a été réalisée. L'analyse a porté sur dix projets pour lesquels une information suffisante a été déposée (voir le tableau 6.1b).

L'analyse à l'aide la grille de Haddon a permis de voir que, dans presque tous les projets, l'intervention choisie vise à prévenir l'événement. Peu de projets ciblent plusieurs déterminants, et les approches préconisées ne sont pas multiples, ce qui limite beaucoup la portée des interventions. Les projets sont surtout axés sur des méthodes d'éducation au regard de la santé et sur des modes de changement (voir les tableaux 6.1c et 6.1d)<sup>27</sup>

## Mesures d'efficacité

En conclusion, le constat est qu'aucun projet, jusqu'à ce jour, n'a présenté des résultats probants sur la diminution des blessures qu'il devait prévenir. Parmi les sept<sup>28</sup> projets pour lesquels on déclare avoir réalisé une évaluation, un seul avait un protocole avec groupe contrôle qui semble adéquat, aucun n'a mesuré le résultat ultime, soit la diminution des blessures, et trois autres ont mesuré les effets sur les facteurs de risques. Par ailleurs, toutes les évaluations sur la faisabilité ont conduit à des recommandations.

En général, la portée du programme préconisé et ses répercussions financières pour l'ensemble du Québec sont rarement précisées. La durée des effets attendus et le suivi requis pour que ces effets se maintiennent mériteraient plus d'attention pour qu'une généralisation soit proposée. Enfin, un projet-pilote doit être présenté comme un projet de démonstration, un projet d'implantation ou encore véritablement un pilote, c'est-à-dire une expérimentation contrôlée. Rappelons qu'un projet accompagné d'une évaluation devra analyser l'effet du programme proposé sur les blessures, d'où la nécessité de le suivre plus longtemps avant de le généraliser.

En considérant le fait que les répondants ont respecté la définition d'un 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 sept 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, ni de mesurer le rapport coûts-bénéfices, donc l'efficacité de ces interventions. Il sera alors difficile de recommander la généralisation de l'un ou l'autre de ces projets.

---

<sup>27</sup> La grille de Haddon utilise l'approche du contrôle des traumatismes. L'axe horizontal se compose des facteurs liés aux traumatismes : l'humain, l'agent agresseur et l'environnement (physique et socioéconomique). L'axe vertical présente les phases liées à l'événement : avant, pendant et après (Beaulne et coll., *Les traumatismes au Québec. Comprendre pour prévenir*, MSSS, 1991, p. 9-17).

<sup>28</sup> La région 7 n'a déposé aucun document (voir le tableau 6.1a).

L'efficacité des mesures de prévention des blessures ne peut être déterminée pour aucun des six projets qui ont fait l'objet d'un rapport d'évaluation. Le comité d'analyse souligne que la durée des projets semble trop restreinte, que le financement est insuffisant et que l'on doit améliorer l'évaluation des résultats sur la réduction des blessures.

Il serait souhaitable qu'une rencontre, réunissant les responsables de dossiers qui travaillent sur des projets-pilotes, soit organisée afin de préciser les étapes subséquentes devant mener à une évaluation de l'efficacité de ces projets en matière de prévention des blessures à domicile. Un document a été préparé par le comité d'analyse des projets-pilotes pour l'aider à faire le présent bilan (document préparatoire sur l'évaluation des projets-pilotes relatifs aux traumatismes non intentionnels).

Tableau 6.1a : Projets-pilotes en prévention des blessures à domicile, 1998-1999

Régions*	Nombre de projets-pilotes	Catégories					Population		État de réalisation <sup>1</sup>	Information telle qu'elle est rapportée par les répondants				
		Intoxi-cation	Brûlu-res	Chutes	Noya-des	Suffo-cation	Enfants	Aînés		Obj.	Rap. d'imp.	Obj. d'éval.	Devis d'éval.	Rap. d'éval.
01	1	x	x	x		x	x		R, E					x
02	1			x				x	R, E					x
03	1	x	x	x	x	x	x		V	x				
04	2			x				x	R, E	x	x	x		x
		x					x		R, E	x	x	x		x
05	1			x				x	R	x	x	x	x	
06	2			x				x	R, E	x	x	x	x	x
		x	x	x		x	x		V	x				
07	2	x	x	x		x	x		R, E	x	x	x		
		x	x	x			x		R, E	x				
08														
09														
10														
11	1			x				x	V	x	x	x		
12	1	x	x	x		x	autre		V	x				autre
13	1			x				x	V	x		x	x	
14	1			x				x	A	x			x	préli-minaire
15														
16														
17	3	x	x	x	x	x	x		R	x				
		x	x	x	x	x	autre		R					
			x				x	x	R					
18														

\* Voir la liste des régions à la page 15.

1. A = abandonné  
V = en voie de réalisation  
R = réalisé  
E = évalué

**Tableau 6.1b : Documentation reçue sur les projets-pilotes visant la prévention des blessures à domicile, 1998-1999**

Régions*	Projets	Évaluation						
		Implantation			Efficacité Facteurs de risque			Réduction des blessures
		Objectif	Devis	Rapport	Objectif	Devis	Rapport	
<b>Projet en voie de réalisation</b>								
11 (aînés, chutes)	Sécurité dans la salle de bain : aménagement, entretien et comportements sécuritaires	x	x	à venir	aucune précision			--
12 (jeunes enfants)	Programme de prévention des blessures à domicile et sur la route auprès des enfants	x	non	n.s.p.	aucune précision			--
13 (aînés, chutes)	Projet régional de prévention des chutes à domicile pour les aînés (Laval)	x	x	à venir	x	x	à venir	--
14 (aînés, chutes)	Programme de prévention des chutes à domicile pour les aînés	x	non	résultats prélim.	aucune précision			--
<b>Projet réalisé</b>								
01 (jeunes enfants)	Évaluation d'une trousse de prévention des traumatismes à domicile pour les jeunes enfants	x	x	x	x	x	x	--
02 (aînés, médicaments)	Centre d'information et de référence sur les médicaments chez les aînés (CIRMA)	x	x	x	x	x	x	--
04 (aînés, chutes)	Étude de l'implantation d'un projet de service de prévention des chutes et d'adaptation mineure du domicile	x	x	x	non			--
04 (jeunes enfants)	Rapport d'évaluation de la trousse RAPPID	x	x	x	x	x	x	--
05 (aînés, chutes)	Programme de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes aînées	x	x	x	x	x	à venir	--
06 (aînés, chutes)	Évaluation du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) pour la prévention des chutes chez les aînés	x	x	x	x	x	x	--

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 6.1c : Classement des projets menés à terme pour les personnes âgées selon la matrice de Haddon – Déterminants ciblés, stratégies d’intervention et méthodes utilisées**

	Humain	Agent agresseur	Environnement physique	Environnement socioéconomique
<b>Avant</b>	D* : Habitudes de vie et comportements : – médicaments : 02, 04 (aînés), 05, 06 – équilibre par activité physique : 04 (aînés), 05, 06 – nutrition : 05 S : Potentiel des personnes : 02, 04 (aînés), 06		D : Environnement physique domiciliaire : 04 (aînés), 05, 06 S : Environnements sains et sécuritaires : 04 (aînés), 06	D : Systèmes de services : – actes médicaux : 02, 05 S : Orientation dans le système de santé et de services sociaux : 02
<b>Pendant</b>				
<b>Après</b>				

\* La liste des déterminants (D) et des stratégies d’intervention (S) provient de la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). La liste des méthodes provient de Ancil *et al.* (MSSS, 1988). Les chiffres correspondent au numéro de la région administrative.

Méthodes :

- Éducation à la santé.
- *Counselling* : 02, 04 (aînés), 05.
- Approche de groupe (incluant les pairs) : 02, 04, 05, 06.
- Organisation communautaire : 04 (il s’agit davantage d’une méthode liée à l’éducation à la santé par les pairs).
- Pratiques médicales : 02 (il s’agit davantage d’une action sur le déterminant lié au système de services), 05.
- Marketing social : 04 (aînés – le projet semble considérer partiellement deux des quatre étapes liées à cette méthode).

**Tableau 6.1d Classement des projets menés à terme pour les jeunes selon la matrice de Haddon – Déterminants ciblés, stratégies d’intervention et méthodes utilisées**

	Humain	Agent agresseur	Environnement physique	Environnement socioéconomique
<b>Avant</b>	D* : Habitudes de vie et comportements : – intoxications : 01, 04 (jeunes) – chutes : 01 – brûlures/électrocution : 01 S : Potentiel des personnes : 01, 04 (jeunes)		D : Environnement physique : – domicile : 01 S : Environnements sains et sécuritaires : – domicile : 01	
<b>Pendant</b>	S : Potentiel des personnes : – désintoxication : 01, 04 (jeunes)			
<b>Après</b>	S : Potentiel des personnes : – Référence au CAP : 01, 04 (jeunes)			

\* La liste des déterminants (D) et des stratégies d’intervention (S) provient de la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). La liste des méthodes provient de Ancil *et al.* (MSSS, 1988). Les chiffres correspondent au numéro de la région administrative.

Méthodes :

- Éducation à la santé.
- *Counselling* : 01, 04 (jeunes).

## 6.2 Prévention des blessures dans les établissements

**Que d'ici 1999, soit évaluée la contribution du *Guide de prévention des chutes en établissement* à la diminution des chutes chez les personnes âgées.**

**Que d'ici 2002, l'utilisation de ce guide se soit généralisée si son efficacité est démontrée.**

Le *Guide de prévention des chutes en établissement*, mis au point dans la région de Québec, a fait l'objet d'un protocole d'évaluation et de demandes de subventions auprès de différents organismes. Le financement du Comité provincial de prévention des traumatismes du réseau de santé publique permettra de préciser la définition opérationnelle des chutes, de déterminer les conditions d'implantation d'un système de surveillance des chutes et de le mettre en place. Des demandes de subvention seront déposées auprès du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et du (PNRDS) à l'automne 1999.

### 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<sup>29</sup>.**

**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 ainsi que la diffusion publique des objectifs de cette action et d'un slogan ;
- la diffusion de messages de sensibilisation portant sur le thème choisi, avant et pendant l'action ;
- la réalisation des activités prévues ;
- la transmission des résultats par les médias.

#### Indicateur

Nombre de PAS réalisés selon la thématique et la région. Taux de conduite avec alcool lorsqu'un PAS sur l'alcool est réalisé.

#### Résultats

En mai-juin et en novembre-décembre 1998, des PAS sur l'alcool au volant ont été réalisés dans dix-sept régions du Québec (voir le tableau 6.3).

Depuis mars 1998, parmi les régions où a été réalisé un PAS alcool au volant, il y a eu intervention au printemps 1998 et à l'automne 1998 dans seize régions, une seule à Laval et aucune dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Un plus grand nombre de PAS que l'année précédente a été réalisé.

Au printemps, deux régions, soit le Nord-du-Québec et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, présentaient des proportions de conducteurs avec facultés affaiblies (1,1 % et 1,3 % respectivement) qui étaient supérieures à l'objectif fixé, soit 1 %. Lorsque des mesures ont été faites à l'automne, aucune région ne dépassait le seuil maximum attendu.

<sup>29</sup> La loi sur le port du casque à vélo n'ayant pas été adoptée, aucun PAS ne peut être réalisé à l'égard de cet objet.

De plus, on a réalisé, dans trois régions, des activités de contrôle sélectif visant à modifier des comportements pour ce qui est de l'ajustement des sièges d'enfants, de la vitesse des motoneiges, du port de la ceinture de sécurité et de la vitesse au volant. Il s'agit des régions de la Côte-Nord pour les deux premières activités, du Nord-du-Québec et de la Chaudière-Appalaches pour les autres.

En conclusion, à l'égard du résultat attendu énonçant que des PAS sur l'alcool au volant doivent être réalisés dans toutes les régions du Québec d'ici 2002, l'objectif est atteint et l'action doit être maintenue.



## 6.4 Législation et réglementation

**Que d'ici 2002, des gains importants aient été accomplis en matière de législation et de réglementation visant la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes.**

### Législation et réglementation provinciale

Au moment de faire le premier bilan des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, en mars 1998, la majorité des lois et règlements mentionnés dans ces priorités avaient été adoptés ou étaient en voie de l'être.

Le présent bilan traite donc des lois et des règlements adoptés depuis le mois de mars 1998, de l'entrée en vigueur des dispositions adoptées depuis ce temps et des autres ajouts législatifs qui vont dans le sens des objectifs déjà fixés dans les priorités nationales.

#### Maintien d'une réglementation

La réglementation actuelle sur les équipements protecteurs requis pour la pratique du hockey sur glace est maintenue telle quelle à la demande, notamment, du réseau de la santé publique.

#### Nouvelles lois et réglementations

Seule la réglementation visant les conducteurs de motomarines de moins de 16 ans a été adopté.

#### Entrée en vigueur de lois et de règlements

Il faut mentionner l'entrée en vigueur de l'article 289 du Code de la sécurité routière, qui porte sur les signaux lumineux – dont le décompte visuel –, pour les piétons et celle de la Loi concernant les armes à feu et certaines autres armes.

Parmi les modifications aux lois provinciales ou fédérales déjà mentionnées dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, seule la modification à la Loi sur les aliments et drogues, modification qui visait à élargir la gamme des produits et des médicaments devant être vendus dans un contenant protège-enfants, n'a pas été l'objet de développement significatif. Les moyens d'action et les stratégies devront être revus au cours de la période 1999-2000.

#### Ajouts législatifs en préparation

Le ministre des Transports a annoncé une consultation sur des modifications au Code de la sécurité routière afin de prévoir :

- de nouvelles dispositions pour l'alcool ;
- des dispositions pour le patin à roues alignées ;

- l'obligation du port du casque à vélo ;
- une modification sur le virage à droite au feu rouge ;
- une disposition pour le contrôle de la vitesse par photo-radar.

Les actions du réseau de la santé publique (ministère de la Santé et des Services sociaux et directions de la santé publique des régions régionales), au regard des lois et règlements adoptés ou en préparation, ont surtout porté sur le maintien à jour des banques de données et des connaissances, sur la réalisation d'études particulières et sur la sensibilisation des responsables de la législation et de la réglementation.

### **Réglementation municipale**

Les règlements municipaux qui concernent nos préoccupations portent sur la sécurité des piscines, les morsures de chien, les aires de jeu, la circulation en motoneige, les véhicules tout terrain et l'aménagement de corridors récréotouristiques.

Entre le 31 mars 1998 et le 1<sup>er</sup> avril 1999, il n'y a eu aucune intervention régionale particulière visant les piscines privées. Toutefois, des représentants de la santé publique ont participé à une démarche de concertation visant à établir une réglementation uniforme sur la sécurité des piscines privées pour l'ensemble des municipalités du Québec.

Dans deux régions, la Direction de la santé publique indique une collaboration au regard de la réglementation municipale. Il s'agit des régions de Montréal-Centre et du Nord-du-Québec, qui se sont penchées sur la réglementation qui a trait au problème des morsures de chien. L'action des équipes régionales de santé publique a consisté à diffuser l'avis du Conseil des directeurs de la santé publique à réviser la réglementation en vigueur.

Finalement, l'action des équipes régionales<sup>30</sup> en matière de réglementation municipale a été relativement peu importante et ce sujet ne semble pas constituer un axe d'intervention majeur.

---

<sup>30</sup> Les activités commentées dans ce rapport ne se rapportent qu'à la réglementation municipale, ce qui exclut une politique municipale ou une autre activité de promotion de la sécurité.

priorité 6A

# *LES TRAUMATISMES INTENTIONNELS*



## Faits saillants

---

Les résultats attendus quant à la priorité relative aux traumatismes intentionnels sont :

- la réalisation d'une campagne nationale 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 ;
- la conception et la mise en application dans toutes les régions de protocoles de référence interorganismes.

La première campagne nationale de sensibilisation à la violence faite aux femmes s'est déroulée entre octobre 1998 et avril 1999. Seize régions y ont participé entre mars 1998 et avril 1999. Dans onze régions, on poursuivait ainsi le travail entrepris au cours de la première année d'implantation des priorités nationales. Le matériel de promotion national a été distribué dans treize régions et le matériel régional, dans huit régions.

Dans onze régions, on a mis sur pied vingt-six nouveaux projets-pilotes ou initiatives. Il y a seulement deux régions où l'on ne signale ni projet-pilote ni initiative depuis le début du suivi de l'implantation des PNSP. Plus de la moitié des projets-pilotes ciblent les jeunes.

Dix régions ont mis en application un ou plusieurs protocoles de référence interorganisme. Dans quatre régions, ces protocoles couvrent l'ensemble du territoire. Au Québec, 52 protocoles sont en application. Cependant, seulement le quart de ces ententes prévoient des mécanismes d'évaluation et de formation.

## 6a.1 Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes

**Que d'ici 1999 une campagne de sensibilisation comprenant plusieurs stratégies relatives au phénomène de la violence faite aux femmes ait été réalisée au niveau national et dans toutes les régions du Québec.**

### Définition

La campagne de sensibilisation nationale comprend :

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

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

### Indicateurs

Nombre de régions ayant réalisé une ou des activités en lien avec la campagne de sensibilisation.

Nombre de régions ayant un responsable du dossier de la violence envers les personnes dans ses aspects promotion prévention.

Nombre de régions ayant utilisé les résultats du sondage SOM 1997 : *Étude de perception à l'endroit de la violence faite aux femmes*.

Nombre de régions ayant produit du matériel en lien avec la campagne de sensibilisation.

### Résultats

#### Au niveau national

Les activités de la première campagne nationale de sensibilisation à la violence faite aux femmes ont débuté le 7 octobre 1998 et se sont terminées en avril 1999. Ces activités devraient se poursuivre jusqu'en 2001. Au niveau national, la campagne coordonnée par le MSSS comprend plusieurs volets.

Outre le lancement officiel de cette campagne, un message publicitaire de trente secondes a été diffusé sur les ondes de quatre chaînes de télévision. Ce message a remporté un prix du Publicité Club de Montréal, soit le Coq d'argent, dans la catégorie « Campagne promotionnelle et service ».

Des émissions commanditées, auxquelles ont pris part des porte-parole, et une émission spéciale sur le thème retenu au cours de la nuit de la Saint-Valentin ont été diffusées.

Une chanson et un clip du groupe « La Gamic » ont été conçus pour atteindre particulièrement les jeunes de 13 et de 14 ans. Ces produits ont été diffusés par Musique Plus. Cette station de télévision a aussi invité les jeunes à proposer des solutions à la violence et à formuler des façons de promouvoir des rapports égaux à l'occasion d'un concours. Le CD du groupe a été distribué dans des écoles.

Un tabloïde et une affiche ont été réalisés (2 400 000 tabloïdes et 55 000 affiches) et largement distribués. Dans treize régions, on a diffusé ce matériel, soit par encart dans les journaux, par distribution porte-à-porte, à l'interne par le réseau sociosanitaire et les partenaires communautaires, ou dans les écoles et les organismes relevant de la justice.

Un ensemble d'activités à caractère pédagogique centrées sur la prévention de la violence ont été conçues par le ministère de l'Éducation, des organismes à but non lucratif et des CLSC, et sont à la disposition du personnel du réseau de l'éducation et des autres réseaux intéressés depuis septembre 1999.

Malgré le succès de la première année de la campagne au niveau national, les efforts de recherche de commandites privées n'ont pas donné les résultats escomptés. La bonne marche de la seconde année de la campagne repose sur le financement public. La première phase visait à sensibiliser la population et les jeunes de 13 et de 14 ans aux différentes formes de violence. La seconde phase fera la promotion de rapports égaux pour prévenir la violence en ciblant particulièrement les jeunes.

## Au niveau régional

### **Réalisation d'activités**

En 1997-1998, des activités liées à la campagne de sensibilisation ont été réalisées dans douze régions. Dans la moitié des cas, il s'agissait d'études, de colloques et d'activités de concertation et, dans plus de la moitié des cas, d'activités de diffusion et de sensibilisation.

Pour la période 1998-1999, les répondants de seize régions déclarent des réalisations (voir le tableau 6a.1). Dans onze de ces régions, le travail commencé l'an dernier s'est poursuivi et dans les cinq autres, les activités commençaient. Dans douze régions, on a tenu au moins une conférence de presse. On a aussi préparé des pièces de théâtre, des spectacles, des entrevues télévisées, des émissions radiophoniques ou encore des communiqués destinés aux enseignants pour qu'ils incitent les jeunes à participer à un concours. Enfin, on a signalé des représentations auprès de journalistes et de chercheurs pour qu'ils produisent des articles sur la question. Dans une région, on ne poursuit pas le travail entrepris l'an dernier. Seulement une région n'est pas engagée dans la campagne.

### **Responsable régional**

On dénombre seize régions où un responsable du dossier de la violence est chargé des aspects de la prévention et de la promotion tandis que, dans deux régions, on déclare ne pas en avoir. Dans une région, on n'a pas répondu.

### **Utilisation du sondage SOM**

Les résultats du sondage SOM 1997 ont été utilisés dans onze régions. Les répondants de quatre régions déclarent explicitement ne pas les avoir utilisés. Pour le Nunavik, la question est hors de propos parce qu'un tel sondage n'est pas représentatif de la réalité socioculturelle du territoire. Les résultats de ce sondage ont été utilisés de trois façons : comme élément de contenu pour certains événements, comme information de base diffusée auprès des partenaires et, enfin, comme information stratégique pour décider du plan des campagnes régionales.

### **Production de matériel régional**

Du matériel régional, souvent des listes ou des bottins de ressources, a été produit dans douze régions. Dans quatre autres régions, on déclare ne pas avoir produit de matériel régional lié avec la campagne.

### **Intersectorialité et partenariat**

Dans toutes les régions, les activités ont été réalisées en partenariat. Le questionnaire soumis aux répondants ne permet pas de rendre compte de l'intersectorialité de l'action. Néanmoins, l'aspect intersectoriel de l'action est démontré par la contribution des services policiers, du ministère de l'Éducation, du ministère des Transports, des commissions scolaires ou des organismes religieux. On peut supposer que l'aspect intersectoriel était aussi sous-jacent aux activités des régions ; cependant, le détail des réponses ne permet pas de l'affirmer.

Le message de la campagne a été adapté et traduit de façon à atteindre des communautés ethniques immigrantes particulières en milieu urbain. Le matériel national a été traduit en inuktituk à l'intention des communautés inuit.

### **Discussion**

L'analyse qui précède ne rend pas justice à l'ampleur des réalisations régionales. On peut, par exemple, répertorier le nombre de conférences de presse tenues en région. Mais qu'en est-il de la couverture médiatique des événements ? En fait, il est difficile de rendre compte d'une campagne régionale par un ou plusieurs indicateurs.

### **Résumé**

En 1997-1998, dans douze régions on a réalisé au moins une activité. Dans la moitié des cas, il s'agissait d'études ou de la mise en place de stratégies et de plans d'action. Somme toute, ce sont souvent des activités d'organisation de la campagne. En 1998-1999, la campagne est enclenchée avec les actions des seize régions participantes. Le résultat attendu stipule que toutes les régions devraient participer à une campagne comprenant plusieurs stratégies. Il n'y a qu'une région, en date du 31 mars 1999, où l'on ne mentionne pas d'activité relative à la campagne ; les résultats seront donc bientôt atteints.

D'autres sondages sur la perception à l'endroit de la violence faite aux femmes ont été prévus pour mesurer les changements dans cette perception et les taux de pénétration du message diffusé au cours de la campagne.

**Tableau 6a.1 : Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes, 1997-1998, 1998-1999**

Portrait des activités régionales 1998-1999								
Régions*	Réalisation d'activités		Types d'activités					
	1997-1998	1998-1999	Conférences	Distribution de matériel national	Distribution de matériel régional	Autres activités et produit régional	Utilisation du sondage SOM	Responsable prévention / promotion (depuis)
1	Oui	Oui	3	Oui	Oui	Bottin des ressources	Oui	1984
2	n.r.	Oui	1	Oui		Non	Oui	1998
3	Non	Oui	1	Oui		Participation du groupe « La Gamic », forum, interventions médiatiques	Oui	1994
4	Non	Non				Non	Non	1997
5	Non	Oui	2	Oui	Oui	Semaine multisectorielle de conscientisation à la violence faite aux femmes, participation de « La Gamic », feuillet et autocollant symbole d'engagement	Oui	1994
6	Oui	Oui	1	Oui	Oui	Section du site Internet consacrée à la question, adaptation pour trois communautés ethnoculturelles	Oui	1995
7	Oui	Oui	1	Oui		Clip publicitaire télévisé	Oui	1996
8	Oui	Oui	1			Quizz pour les jeunes	Oui	1999
9	Non	Oui	2	Oui	Oui	Panneaux routiers, passeport santé, sondage régional, bottin des ressources	Non	1979
10	Oui	Oui	1			Conception d'un guide et d'une carte des ressources, outils promotionnels	Oui	1993
11	n.r.	Oui				Diffusion des résultats de la recherche sur la santé mentale de femmes recevant les services de maisons d'hébergement	Oui	1994
12	Oui	Oui		Oui	Oui	Bottin des ressources	Non	Il n'y en a pas
13	Oui	Oui		Oui		Non	n.s.p.	Responsable à la DP**
14	Oui	Oui	2	Oui		Formation du personnel (écoles, CLSC et organismes communautaires) sur le programme VIRAJ	Non	1996
15	Oui	Oui	5	Oui	Oui	Carte des ressources d'aide	Non	Responsabilité partagée, DSP et DP
16	Oui	Oui	2	Oui	Oui	Bottin des ressources	Oui	1997
17	Oui	Oui		Oui	Oui	Bottin des ressources, outils de promotion, traduction du matériel national	n.a.	1998
18	Oui	Non				Non	n.r.	Il n'y en a pas
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>16</b>					<b>11</b>	<b>16</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

\*\* Pour cette région, le responsable fait partie de la Direction des programmes et participe, au besoin, aux projets de la Direction de la santé publique.

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

### Indicateur

Nombre de régions ayant mis sur pied des projets-pilotes de prévention de la violence et de promotion du pacifisme.

### Résultat

En 1997-1998, des projets-pilotes ont été mis sur pied dans onze régions (29 projets au total), tandis que, dans cinq autres, on ne déclare pas de projet (voir le tableau 6a.2).

En 1998-1999, 26 nouveaux projets-pilotes ou initiatives ont été mis sur pied dans onze régions. Dans sept régions, on déclare ne pas avoir mis sur pied de projet et dans une autre, on ne le sait pas. Il y a seulement deux régions où l'on n'a pas mis sur pied de projets-pilotes et où l'on ne déclare pas d'initiatives depuis le début du suivi de l'implantation des PNSP. Les jeunes constituent la population majoritairement privilégiée pour les deux périodes d'observation. Près des deux tiers de tous les projets leur sont consacrés.

### Population cible et état d'avancement des projets, 1998-1999

Une forte proportion des projets – plus de la moitié en 1998-1999 – cible les jeunes, la plupart du temps en milieu scolaire ; 23 % des projets s'adressent aux enseignants, 18 % aux intervenants et 14 % aux parents. Les autres projets ciblent les personnes âgées, les décideurs du réseau de la santé et des municipalités et, enfin, les communautés isolées. Ces catégories ne s'excluent pas mutuellement car des projets s'adressent parfois à plus d'une population.

Parmi l'ensemble des 26 projets-pilotes répertoriés pour le second bilan, 11 sont en cours ou en voie de réalisation ; six ont été réalisés. Les autres projets sont en préparation ou en attente de financement, en voie d'évaluation ou évalués. Nous ne disposons pas d'information pouvant décrire l'état d'avancement pour quatre projets.

## Discussion

Il se dégage sept thèmes en matière de prévention de la violence et de promotion du pacifisme parmi l'ensemble des projets-pilotes répertoriés à ce jour dans notre exercice de collecte de données. Le thème des projets ne reflète pas nécessairement la population cible, ni le lieu de l'intervention ou l'agent du changement<sup>31</sup>. Il permet cependant d'entrevoir une spécialisation régionale (voir le tableau 6a.2.1).

Dans onze régions, on a mis sur pied des projets sur la violence chez les jeunes en milieu scolaire (un tiers des projets). Près d'un projet-pilote sur cinq concerne la violence conjugale ou la violence territoriale (visant à rendre des lieux physiques précis sécuritaires). Les projets sur la violence conjugale sont déployés dans six régions et ceux sur la violence territoriale, dans trois régions. Des projets sur la violence dans les relations amoureuses ont vu le jour dans sept régions et d'autres, sur la violence familiale, sont proposés dans deux régions. Enfin, des projets portant sur la violence au travail et sur la violence chez les aînés sont mis en place dans une région.

L'exercice du suivi ne permet pas de rendre compte des lendemains des projets. Un projet-pilote doit être innovateur et expérimental. Les projets portant sur la prévention de la violence et la promotion du pacifisme devraient mener à un dépassement de l'expérimentation. Il s'agit maintenant d'amorcer la généralisation de ceux qui ont fait la preuve de leur efficacité, après une évaluation.

Les conditions de succès<sup>32</sup> des projets en prévention de la violence sont : la concertation intersectorielle, la participation de plusieurs partenaires, la diversité des moyens d'action, la prise en considération de la dynamique des rapports homme-femme dans le choix des moyens d'action, l'assurance que le projet bénéficie d'un soutien financier adéquat pendant plusieurs années et son insertion dans un plan d'action plus large. En outre, il importe que la sélection des projets s'effectue à partir des facteurs de réussite reconnus. L'analyse des données ne permet pas de juger si les projets-pilotes ont bénéficié de ces conditions.

## Résumé

En date du 31 mars 1999, selon une interprétation large des réponses que nous avons reçues, il y avait seulement deux régions où l'on n'avait pas mis sur pied un projet ou une initiative. Le résultat attendu fixe 2002 comme échéance pour entreprendre des projets. Nous ne sommes donc pas très loin d'atteindre le résultat. Plusieurs projets s'adressent aux jeunes, ce qui constitue une bonne avenue de prévention. Cependant nous ne disposons pas d'information pour juger de l'efficacité ni du potentiel de généralisation de ces projets.

<sup>31</sup> Cette classification provient d'une analyse qualitative des réponses obtenues pour le suivi des PNSP.

<sup>32</sup> Service de la condition féminine. *Promotion et prévention en matière de violence conjugale. Une démarche d'évaluation*, MSSS, Direction des communications, 1999.

**Tableau 6a.2 : Portrait des projets-pilotes et initiatives en promotion des comportements pacifiques et en prévention de la violence envers les personnes, 1997-1998, 1998-1999**

Régions *	Nombre de projets		Portrait des projets-pilotes réalisés en 1998-1999		
	1997-1998	1998-1999	Description/commentaires	Population cible	État d'avancement
01	1	1	Projet de prévention des agressions chez les jeunes de 14 ans		En voie de réalisation
02	n.r.	3	1- Prévention de la violence à l'école primaire 2- « Femme en santé » 3- « Vi-Sa-Vi »	1. Enseignants et parents 2. Femmes 3. Jeunes du secondaire	1- En voie de réalisation 2- n.d. 3- En voie de réalisation
03	6	4	1- Groupe de travail régional sur les enfants exposés à la violence conjugale 2- Mobilisation de la population et des organismes pour la prévention de la violence envers les personnes âgées 3- Projet de recherche, étude de la perception du problème auprès des aînés et des services qui leur sont offerts 4- Document d'accompagnement d'une présentation sur la violence en milieu de travail	1. Intervenants 2. Personnes âgées, intervenants 3. Gestionnaires 4. Enseignants	1- Réalisé 2- En préparation 3- Demande de subvention en voie de réalisation 4- Réalisé
04	0	0			
05	1	1	Prévention des agressions sexuelles, révision des interventions à l'intérieur et l'extérieur du programme d'études – jeunes		En cours
06	6	2	1- Prévention auprès des jeunes du territoire Petite-Patrie 2- Prévention auprès des jeunes du territoire Montréal-Nord	1- Jeunes et intervenants 2- Jeunes et intervenants	1- n.d. 2- n.d.
07	1	0			
08	1	n.s.p.	Un inventaire doit être fait en 1999-2000		
09	1	3	1- « VIRAJ » 2- Projets (2) pour les petites communautés en matière de violence conjugale	1- Jeunes du secondaire 2- Général	1- En voie de réalisation 2- Réalisé
10	0	0			
11	n.r.	1	Expérimentation et évaluation d'un programme de sensibilisation	Jeunes de 3 <sup>e</sup> secondaire et personnel scolaire	En cours
12	1	0			
13	1	0	Un projet déclaré correspondant à la période de l'an 1 – « Brindami », prévention des comportements agressifs chez les enfants de 2 à 3 ans (aurait dû être déclaré l'an dernier)		2 <sup>e</sup> année d'implantation du projet de l'an dernier
14	0	2	1- Approche jeunes en santé 2- « VIRAJ »	2- Jeunes du secondaire	1- Réalisé 2- Réalisé
15	0	6	1- Atelier « Délima », négligence envers les nourrissons 2- « PEDAP », formation pour parent d'enfants défiant l'autorité parentale 3- 9 projets de type « école en santé » 4- « Ombrelle », jeunes du primaire 5- « Fluppy », développement d'habiletés personnelles et sociales, pacifisme et prévention de la violence en milieu scolaire – jeunes	1- Parents de nourrissons 2- Parents 3- Jeunes et enseignants 6- Jeunes du secondaire	1- En cours d'évaluation 2- En cours 3- En cours 4- n.d. 5- En cours 6- En cours
16	8	2	1- Comité sur la violence, équipe intersectorielle Programme de prévention de la violence et promotion des relations amoureuses égalitaires en dehors du milieu scolaire 2- Politique de prévention de la violence et des agressions sexuelles dans les loisirs et les sports des jeunes, milieux municipal, associatif et scolaire		1- En cours d'évaluation 2- En cours
17	0	1	Publicité sociale sur les services disponibles	Campagne multimédia – public en général	Évalué
18	2	0			
Total	29	26			

\* Voir la liste des régions à la page 15.

Tableau 6a.2.1 : Projets-pilotes selon le type de violence, 1997-1998, 1998-1999

Régions*	Jeunes en milieu scolaire	Relations amoureuses	Conjugale	Territoriale	Familiale	Travail	Aînés
01	1	1					
02	3						
03	1		3	4		1	1
04							
05	1		1				
06	2	2		4			
07	1						
08		1					
09	2		2				
10							
11		1					
12		1					
13		1					
14	2						
15	4				2		
16	2	1	3	2	2		
17			1				
18	1		1				
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

### 6a.3 Protocole de référence interorganismes

**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 entre des organismes (gouvernementaux, institutionnels et communautaires) visant la coordination et la concertation des actions pour venir en aide aux personnes victimes de violence. Il existe trois types de protocoles :

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

#### Indicateurs

- Nombre de régions disposant d'un protocole de référence interorganisme qui est en application, selon le type de protocole et la couverture de l'entente.
- Nombre de régions où le protocole mis en application prévoit un mécanisme d'évaluation et une formation.
- Nombre de régions où il existe un projet de protocole de référence interorganisme, selon le type de protocole.

#### Résultats

##### Les protocoles en application

En 1997-1998, huit régions ont des protocoles interorganismes qui sont en application ; dans trois de ces régions, l'ensemble du territoire est couvert. Pour la période 1998-1999, dix régions ont un ou plusieurs protocoles en application. Pour quatre de ces régions, les ententes couvrent tous les territoires de CLSC (voir le tableau 6a.3).

Au Québec, on recense 52 protocoles en application et 36 projets de protocole dont l'état d'avancement est variable ; 22 de ces projets sont en voie d'approbation dans 10 régions, dont 7 ont déjà des ententes en application.

La mesure des territoires couverts par des protocoles s'avère relativement complexe. Certaines régions ont une entente à laquelle tous les organismes concernés souscrivent. Dans d'autres, des ententes de différents types sont en vigueur dans plusieurs territoires de CLSC. On observe parfois un découpage au niveau local, qui subdivise l'échelle de

juridiction des protocoles. Cette hétérogénéité rend la mesure difficile, l'outil d'enquête n'ayant pas été prévu pour suivre et détailler les ententes une à une.

### **Les types de protocoles**

Les protocoles en application concernent le suivi psychosocial dans 48 % des cas, répartis dans 3 régions (voir le tableau 6a.3.1). Le suivi psychosocial et sociojudiciaire constitue 30 % des protocoles en application dans 6 régions. Et, enfin, le dernier quart est d'un autre type pour 5 régions. Les projets de protocole sont de type psychosocial et sociojudiciaire dans 50 % des cas.

### **Évaluation et formation**

Dans plus d'un tiers des cas, des mécanismes d'évaluation des ententes ont été prévus. La formation accompagne l'implantation des protocoles environ une fois sur deux (voir le tableau 6a.3.3). Enfin, un peu plus du quart des protocoles en application prévoient à la fois des mécanismes d'évaluation et des activités de formation.

### **Violence envers les aînés**

Une région innove avec la mise au point d'ententes ayant pour population cible les aînés victimes d'abus et de violence. Deux de ces protocoles sont déjà en application. Voilà sans doute l'indication d'une nouvelle tendance en matière de prévention de la violence envers la personne dans un contexte de vieillissement de la population.

### **Discussion**

Comme il était mentionné dans le premier bilan, l'absence d'ententes formelles (protocoles) ne signifie pas que rien n'est fait pour venir en aide aux victimes de façon concertée et efficace. Les moyens dont nous disposons actuellement ne nous permettent malheureusement pas de circonscrire les activités informelles.

On constate qu'il n'y a probablement pas unanimité sur la signification des types de protocoles. Une étude plus approfondie permettrait sans doute d'obtenir un profil plus exact du contenu des ententes, des tâches et responsabilités des signataires et, par conséquent, des types de protocoles en vigueur. Il y aurait lieu de connaître le nombre de personnes qui bénéficient des services d'orientation pour les victimes et qui ont recours aux services offerts par les organismes mobilisés par les protocoles. Nous avons peu d'information sur l'efficacité des protocoles pour les femmes victimes ainsi que sur la pratique des intervenants des organismes signataires.

Enfin, pour parvenir à estimer la couverture de l'ensemble des territoires par les protocoles, la collecte d'information devrait prévoir des modifications à l'outil d'enquête.

Quoique ces aspects ne soient pas explicitement formulés dans le résultat attendu, la faible proportion des protocoles prévoyant des évaluations et une formation devrait sensibiliser les intervenants à développer ces éléments.

Enfin, les protocoles ont des périodes d'application, c'est-à-dire que des signataires s'engagent, dans certains cas, jusqu'à une date précise. Donc, l'atteinte du résultat n'est pas irréversible. Il faudrait envisager des procédures qui prévoiraient le renouvellement des ententes avant l'échéance et la relève des acteurs qui se retirent.

## Résumé

En 1997-1998, huit régions disposaient de protocoles en application et, dans trois de ces régions, l'ensemble du territoire était couvert. En 1998-1999, dix régions ont des protocoles en application et, dans quatre de ces régions, l'ensemble du territoire est couvert. Il y a un certain progrès, mais il faudra continuer d'agir en ce domaine si l'on désire atteindre l'objectif visé, et cela, sur l'ensemble des territoires.

**Tableau 6a.3 : Protocoles de référence interorganisme selon l'état d'avancement, 1997-1998,1998-1999**

1997-1998			1998-1999							
Régions*	Protocole	Couverture	Application	Couverture	En voie d'approbation	Rédaction	Discussion	n.d.	n.r.	Total des protocoles
01	Application	Totale	2	Totale	1		1			4
02	n.r.						1			1
03	Application	Partielle	5	Totale	3	1	2			11
04	n.r.		9	Partielle	2		1			12
05	Application	Partielle	7	Partielle						7
06	Application	Partielle	16	Totale	1					17
07	Application	Totale	2	Partielle						2
08	Approuvé	Partielle			1					1
09	Application	Totale	3	Totale	2			1		6
10	Discussion	n.r.					1			1
11	n.r.		n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	
12	Application	Partielle	2	Partielle	3	4	1			10
13	Discussion	n.r.					0			0
14	Discussion	n.r.			1					1
15	Application	n.r.	1	Partielle						1
16	Approbation	n.r.	5	Partielle	7					12
17	Rédaction	n.r.			1		1			2
18	Discussion	n.s.p.					0			0
<b>Total</b>			<b>52</b>		<b>22</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>1</b>		<b>88</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 6a.3.1 : Protocoles de référence interorganisme en application et en projet selon le type d'entente, 1998-1999**

Régions*	Autre type	Protocole d'intervention intersectoriel	Entente sociojudiciaire	Intervention psychosociale	Intervention sociojudiciaire	Service d'orientation	Suivi psychosocial	Suivi psychosocial et sociojudiciaire	Suivi psychosocial et sociojudiciaire pour aimés	Total
1 Application					1		1			2
	Projet						2			2
2 Application										0
	Projet							1		1
3 Application								3	2	5
	Projet						1	2	3	6
4 Application							9			9
	Projet						3			3
5 Application								7		7
	Projet									0
6 Application				1			15			16
	Projet						1			1
7 Application							1	1		2
	Projet									0
8 Application										0
	Projet							1		1
9 Application			3							3
	Projet		3							3
10 Application										0
	Projet							1		1
11 Application										n.r.
	Projet									n.r.
12 Application								2		2
	Projet	1			2			5		8
13 Application										0
	Projet									0
14 Application										0
	Projet		1							1
15 Application								1		1
	Projet									0
16 Application						3		2		5
	Projet							7		7
17 Application										0
	Projet				1			1		2
18 Application										0
	Projet									0
<b>Tota</b>	Application		<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>52</b>
	Projet	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>		<b>3</b>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>36</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

**Tableau 6a.3.2 Protocoles d'entente en application prévoyant une évaluation et une formation, selon la région, 1998-1999**

Régions*	Protocoles prévoyant une évaluation	Protocoles prévoyant une formation	Protocoles en application
1	1	1	2
3	4	4	5
4	0	9	9
5	0	5	7
6	14	8	16
7	0	0	2
9	0	0	3
12	0	0	2
15	n.r.	n.d.	1
16	2	2	5
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>29</b>	<b>52</b>

\* Voir la liste des régions à la page 15.

## Conclusion

Le deuxième bilan des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* n'a pas la prétention de refléter l'ensemble des activités de santé publique réalisées dans les régions. Il présente cependant un portrait assez fidèle du niveau d'atteinte des résultats visés par les priorités d'action que nous nous sommes données collectivement en matière de santé publique.

Rappelons que sept priorités d'action ont été fixées : le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, les maladies évitables par l'immunisation, le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement, le dépistage du cancer du sein, le tabagisme, les traumatismes non intentionnels et les traumatismes intentionnels (la violence envers les personnes et le suicide) ainsi que l'alcoolisme et les toxicomanies. De ces priorités découlent 49 résultats attendus, généralement assez précis. Les priorités s'appuient également sur quatre principes directeurs qui sont les suivants : agir et comprendre ; s'engager davantage auprès des communautés ; s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être et intervenir de façon concertée et coordonnée.

## La démarche d'évaluation

Compte tenu de la multitude et de la diversité des actions proposées et des résultats visés, 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. Délibérément, nous avons aussi choisi de ne pas élargir la collecte d'information à d'autres aspects que le niveau d'atteinte des résultats attendus.

## Les résultats

Le travail de l'équipe d'évaluation au cours de la première année s'est concentré en grande partie sur la mise au point d'instruments de mesure permettant de rendre compte des résultats visés par les PNSP. Aucune évaluation des principes directeurs, des conditions d'implantation, de l'efficacité, de la pertinence ou des effets n'a été conduite dans le cadre des présents travaux.

Le deuxième bilan permet de prendre conscience du chemin parcouru depuis la première année. On note la réalisation d'activités au regard des sept priorités dans chacune des régions. De plus, une progression appréciable est constatée dans différents domaines. En matière de développement et d'adaptation sociale des enfants et des jeunes, le nombre de femmes rejointes par un programme de type NEGS a augmenté. Toutefois, des efforts devront se poursuivre pour atteindre l'objectif fixé (50 % des femmes pauvres et sous-scolarisées) puisqu'on évalue à 11,5 % le taux d'atteinte actuel. En ce qui concerne l'allaitement, la difficulté réside dans l'absence de données comparables d'une région à une autre. D'autre part, le concept de valorisation du rôle du père devra être mieux défini.

Concernant les maladies évitables par l'immunisation, des résultats sont déjà atteints relativement à certaines de ces maladies. Cependant, l'atteinte des résultats ayant trait à la couverture vaccinale reste difficile à mesurer, faute de système d'information adéquat dans toutes les régions du Québec.

Pour ce qui est de la priorité touchant le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement, des gains ont également été faits. Les mesures préventives à l'intention des groupes vulnérables progressent. De plus, l'accès aux seringues et à la méthadone sont améliorés. Par ailleurs, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein était implanté dans neuf régions au 31 mars 1999. Le déploiement de ce programme accuse un certain retard, mais on prévoyait qu'il serait achevé au cours de l'année 1999.

Le tabagisme est un problème majeur de santé publique. Le bilan de la deuxième année indique une très légère baisse des fumeurs québécois. Cependant, la Loi sur le tabac récemment adoptée devrait permettre de faire des gains. Cette loi vise à régir l'usage du tabac ainsi que la vente, la publicité et la promotion du produit afin de protéger la santé de la population et de prévenir le tabagisme chez les jeunes. On note également que des services de soutien à l'abandon de la consommation de tabac sont accessibles dans les différentes régions.

En ce qui a trait aux traumatismes intentionnels, le bilan souligne la nécessité de bien cerner la notion de projet-pilote avant de décider d'appliquer, à la grandeur du Québec, des mesures de prévention des blessures à domicile. Enfin, plusieurs régions ont participé activement à la campagne nationale de sensibilisation à la violence faite aux femmes et ont organisé des activités à cette occasion.

## Enjeux d'évaluation

Jusqu'à maintenant, l'évaluation des PNSP est demeurée une opération strictement descriptive dont l'objectif a été de rendre compte du niveau d'avancement quant aux résultats visés. Au cours des deux premières années d'implantation, il est apparu essentiel d'informer rapidement les acteurs du domaine de la santé publique sur cette progression en vue d'appuyer la nécessaire mobilisation du réseau à l'égard des résultats visés. C'était, de plus, la toute première fois que la santé publique québécoise était conviée à rendre des comptes aussi précis sur ses priorités d'action.

Maintenant, l'opération est rodée et sa nécessaire reconduction annuelle ne doit plus faire de doute. Notre évaluation peut désormais porter son regard un peu plus loin. Tout au long du bilan, certaines questions d'évaluation précises ont été abordées. On ne les reprendra pas ici. Cependant, il importera, pour la troisième année, d'aller plus loin et de mieux comprendre.

Certaines questions devraient être abordées. Les principes directeurs n'ont fait l'objet d'aucune investigation. Pourtant, dans nos communications avec les régions, l'importance de ces principes est fréquemment réaffirmée. Devrions-nous y faire une incursion avec un regard évaluatif ? Si oui, sous quel angle et comment ?

La mesure du niveau d'avancement au regard des résultats visés est certes une information fort intéressante, mais n'y a-t-il pas lieu de mieux comprendre les contingences de l'application des actions en contexte régional ? Les difficultés à changer les pratiques des intervenants et les efforts nécessaires pour atteindre certains groupes prioritaires ne devraient-ils pas être investigués ?

L'efficacité, la pertinence et l'applicabilité de certains résultats visés devraient aussi être l'objet d'une réflexion. Dans le cas des programmes du type NEGS, par exemple, on ne dispose toujours pas de balises permettant de juger du niveau d'implantation, compte tenu d'un seuil minimal à respecter pour assurer l'efficacité de ces programmes. Plusieurs résultats mentionnent des objectifs d'accessibilité sans que nous disposions

d'une norme ou d'un standard minimal pour juger un service accessible. Ce sont là des problèmes d'évaluation, certes, mais aussi d'implantation puisque, s'il n'y a pas de consensus national sur le niveau de service requis, les acteurs régionaux ne peuvent assurer une offre de services uniforme.

Ce ne sont là que quelques aspects pouvant faire l'objet d'une évaluation au cours des prochaines années. Le suivi de l'implantation doit se maintenir, mais il apparaît de plus en plus essentiel de passer de la description à l'analyse et de la transcription des résultats qui nous sont transmis par les régions à une interprétation de ceux-ci.

## Continuer le travail

Les objectifs fixés dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* doivent être atteints en 2002. Il reste donc trois ans pour compléter le travail amorcé et arriver aux résultats attendus. Cependant, pour certaines priorités, les résultats actuels sont loin des objectifs visés. Ces priorités devront donc faire l'objet d'efforts particuliers de la part des régions régionales et du Ministère. Le Ministère devra soutenir les régions en définissant certains concepts qui demeurent encore flous et en appuyant l'implantation de sources de données (SIV vaccination, etc.) nécessaires à la mesure des résultats.

