



Principales activités québécoises de **prévention et de promotion** en santé et services sociaux



Santé
et Services sociaux

Québec 

NUMÉROTATION DES FICHES

- 1.** LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
- 2.** PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2003-2012
- 3.** LE PLAN COMMUN DE SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE : UNE DÉMARCHE FRUCTUEUSE DE CONCERTATION ENTRE LE NATIONAL ET LES RÉGIONS.
- 4.** L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE : UN CENTRE DE RÉFÉRENCE ET D'EXPERTISE
- 5.** PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PODCS)
- 6.** PLAN QUÉBÉCOIS D'ABANDON DU TABAGISME (POAT)
- 7.** PROGRAMME D'INTERVENTION SUR L'INFECTION PAR LE VIH ET LA GROSSESSE
- 8.** PROGRAMME D'IMMUNISATION AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
- 9.** SANTÉ AU TRAVAIL
- 10.** SANTÉ ENVIRONNEMENTALE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
- 11.** SANTÉ BUCCODENTAIRE
- 12.** LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL : COMMENT PRÉVENIR ET SE PROTÉGER
- 13.** DÉPLOIEMENT DE L'APPROCHE « ÉCOLE EN SANTÉ » DANS LES ÉCOLES DU QUÉBEC (NIVEAUX D'ENSEIGNEMENT PRÉSCOLAIRE, PRIMAIRE ET SECONDAIRE)
- 14.** SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE À L'INTENTION DES FAMILLES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ
- 15.** STRATÉGIE D'ACTION POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE
- 16.** PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE
- 17.** ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES SUR LES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE
- 18.** DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
- 19.** DÉFICIENCE PHYSIQUE
- 20.** TOXICOMANIE : PRÉVENTION ET DÉTECTION

- 21.** TOXICOMANIE : RÉDUCTION DES MÉFAITS LIÉS À L'USAGE DE DROGUES PAR INJECTION
- 22.** PROJET DE PRÉPARATION À LA VIE AUTONOME DES JEUNES
- 23.** TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT
- 24.** L'ALLAITEMENT MATERNEL
- 25.** INFO-SANTÉ CLSC , VOLET PRÉVENTION / PROMOTION EN LIEN AVEC LE PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE
- 26.** LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF) AU QUÉBEC
- 27.** PRÉVENTION DU SUICIDE
- 28.** LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE NÉONATAL
- 29.** TROUBLE DE DÉFICIT DE L'ATTENTION / HYPERACTIVITÉ
- 30.** PRÉVENTION DES MALADIES CARDIAQUES
- 31.** L'UTILISATION OPTIMALE DES MÉDICAMENTS AU QUÉBEC
- 32.** POLITIQUE D'ÉVALUATION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
- 33.** LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE : UNE ÉVALUATION DE SA MISE EN ŒUVRE ET DE SES RETOMBÉES SUR L'ACTION DU SYSTÈME SOCIO-SANITAIRE QUÉBÉCOIS DE 1992 À 2002

LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

La Loi sur la santé publique, adoptée en décembre 2001, constitue une initiative structurante de l'activité de santé publique. La loi englobe l'ensemble des fonctions essentielles de santé publique : la surveillance de l'état de santé de la population, la promotion de la santé et la prévention ainsi que la protection de la santé. Elle est dite habilitante parce qu'elle donne aux intervenants de santé publique des moyens de réaliser ces fonctions et, en contrepartie, leur apporte des obligations dans l'exercice de ces fonctions. Ces diverses mesures législatives veulent répondre à différents enjeux de santé publique : un mandat explicite de surveillance de l'état de santé de la population et l'accès aux données nécessaires à cette fin; favoriser le développement de politiques favorables à la santé par la capacité de juger de l'impact sur la santé de la population des projets législatifs ou réglementaires; la légitimité d'interpeller des responsables de différents secteurs quand il y a un risque élevé à la santé de la population; des pouvoirs accrus pour contrôler les menaces à la santé de la population; la capacité d'instituer des registres à des fins préventives ou de protection; une offre de services de santé publique à travers un Programme national de santé publique et des plans d'action régionaux et locaux qui touchent l'ensemble des fonctions. Enfin, la loi crée un Comité d'éthique de santé publique.

Les mesures législatives établissent les principaux paramètres autour desquels doit être élaboré le Programme national de santé publique et les programmes régionaux et locaux de santé publique, par exemple : des orientations, objectifs et priorités relatives à chacune des grandes fonctions de santé publique couvertes par la loi; la préoccupation, en matière de promotion de la santé et de prévention, d'influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population et de contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population; des responsabilités propres à chacun des paliers d'intervention; la nécessité de consulter et celle d'établir des mécanismes de reddition de comptes et d'évaluation.

Dans l'esprit de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, la loi identifie les stratégies de promotion de la santé et de prévention que le ministre, les directeurs de santé publique ou les centres de santé et de services sociaux peuvent adopter, chacun à leur niveau d'intervention. La loi innove en affirmant que le ministre doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et les règlements qui pourraient avoir un effet significatif sur la santé de la population; elle affirme aussi expressément que le ministre est conseillé du gouvernement sur toute question de santé publique. Lorsque les moyens usuels de concertation ont échoué, elle accorde au ministre de la Santé et des Services sociaux et aux directeurs de santé publique le pouvoir d'initier une concertation entre divers intervenants aptes à agir sur les situations pouvant présenter un risque élevé de problèmes évitables de mortalité, de morbidité et d'incapacité.

Documentation disponible

Mieux comprendre la Loi sur la santé publique, Une synthèse des principales questions soulevées lors de sa présentation, de janvier à juin 2002. Ministère de la santé et des services sociaux. Novembre 2002. WEB**

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca rubrique Documentation, section Publications.

PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2003-2012

Le Programme national de santé publique définit les activités à mettre en œuvre au cours des dix prochaines années afin d'agir sur les déterminants qui influencent la santé dans ses dimensions physique et psychosociale. L'objectif ultime visé par le programme est d'assurer la cohérence des activités de santé publique sur l'ensemble du territoire québécois et de déterminer une offre de services préventifs commune à toutes les régions et à tous les territoires locaux. Les activités du programme sont fondées sur les fonctions de santé publique : ce sont la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes ainsi que la protection de la santé. À ces quatre fonctions essentielles s'ajoutent des fonctions de soutien : ce sont la réglementation, la législation et les politiques publiques ayant des effets sur la santé, la recherche et l'innovation ainsi que le développement et le maintien des compétences des personnes travaillant en santé publique. De plus, les activités s'inscrivent à l'intérieur de différentes stratégies axées sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et couvrent tout le champ d'action de la santé publique. Ces activités sont réparties dans six domaines d'intervention qui regroupent des problématiques ayant des caractéristiques communes. Ce sont :

Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale. Ce domaine regroupe des problèmes liés au développement et à la santé physique des jeunes enfants ainsi que les principaux problèmes touchant l'adaptation sociale des enfants et des adolescents. Il inclut aussi les problèmes d'abus, de négligence et de violence, les problèmes liés à la consommation de drogues, d'alcool et de médicaments ainsi que les problèmes de santé mentale qui sont susceptibles d'affecter tous les groupes d'âge de la population.

Les habitudes de vie et les maladies chroniques. Ce domaine comprend les maladies chroniques les plus répandues – maladies cardiovasculaires, cancers, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, asthme, ostéoporose – associées à des déterminants communs, soit certaines habitudes de vie : tabagisme, alimentation déséquilibrée, sédentarité. Il comprend aussi les maladies buccodentaires et leur déterminant, l'hygiène buccodentaire.

Les traumatismes non intentionnels. Ce domaine regroupe les blessures et les empoisonnements d'origine involontaire qui, en général, sont évitables. Ces traumatismes sont de trois types : les traumatismes routiers, les chutes et les blessures à domicile et les traumatismes récréatifs ou sportifs.

Les maladies infectieuses. Le domaine des maladies infectieuses comprend les maladies causées par des agents biologiques transmis selon différents modes. Outre les maladies évitables par l'immunisation, ce domaine englobe le VIH/sida, le VHC et les infections transmissibles sexuellement et d'autres infections comme les infections nosocomiales, les maladies entériques contractées à la suite de l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés, les infections virales transmises par les produits sanguins, la tuberculose et les zoonoses.

La santé environnementale. On retrouve dans le domaine de la santé environnementale les problèmes de santé causés ou aggravés par la contamination biologique, chimique ou physique de l'air, de l'eau ou du sol. Ces problèmes sont principalement les maladies cardiorespiratoires liées à la qualité de l'air, les problèmes liés à la qualité de l'eau, les cancers et les intoxications d'origine environnementale.

La santé en milieu de travail. Ce domaine comprend les problèmes attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques en milieu de travail ainsi que les problèmes associés aux caractéristiques organisationnelles des milieux de travail. Il s'agit des problèmes prioritaires identifiés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

L'implantation du programme repose d'abord sur la création d'une dynamique qui favorise son appropriation et sa mise en œuvre à chacun des niveaux de la santé publique et entre les niveaux ; le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, et particulièrement leur direction de santé publique, ainsi que les centres de santé et de services sociaux sont les premiers visés. L'élaboration des plans d'action régionaux et locaux, lesquels déterminent les services de santé publique à offrir dans chacune des régions et sur chacun des territoires des centres de santé et de services sociaux, constitue l'une des premières démarches de collaboration pour assurer l'implantation du programme.

Documentation disponible

Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p. (disponible également en version anglaise) WEB**

Programme national de santé publique 2003-2012 – version abrégée, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 44 p. WEB**

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

LE PLAN COMMUN DE SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE : UNE DÉMARCHE FRUCTUEUSE DE CONCERTATION ENTRE LE NATIONAL ET LES RÉGIONS.

Dans la foulée de l'adoption de la Loi sur la santé publique en 2001 qui reconnaît la surveillance comme étant l'une des quatre fonctions essentielles de santé publique, les directeurs de santé publique de 18 régions sociosanitaires du Québec et le directeur national de santé publique ont convenu de se doter d'un Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Ce dernier est le fruit du consensus des 5 tables de concertation nationale en santé publique (surveillance, promotion-prévention, maladies infectieuses, santé environnementale, santé au travail) formées de représentants des régions sociosanitaires, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Institut national de santé publique du Québec. Le plan commun permet de systématiser et de structurer l'exercice de la fonction de surveillance en ciblant les problèmes de santé et les déterminants à surveiller à l'échelle nationale et régionale dans le champ de la surveillance générale et des six domaines d'intervention du *Programme national de santé publique 2003-2012*.

L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE : UN CENTRE DE RÉFÉRENCE ET D'EXPERTISE

Créé en 1998, l'Institut soutient le ministère de la Santé et des Services sociaux et les autorités régionales dans le développement et la mise en œuvre du Programme national de santé publique et fournit des services de référence aux établissements du réseau de la santé. L'Institut développe des connaissances, des approches et de nouvelles méthodes pour faire face aux problèmes psychosociaux et de santé tout en anticipant ceux qui sont en émergence et pourraient constituer un risque ou une menace pour la santé de la population. Il s'investit, que ce soit dans la publication de documents, dans l'organisation d'événements de formation ou scientifiques, dans l'offre de services de dépistage, de laboratoires spécialisés dans six domaines que sont le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels, les maladies infectieuses, la santé environnementale et la santé en milieu de travail.

Documentation disponible

Bulletin Développement social, Volume 4, numéro 3 - Mars 2004. WEB**

Institut national de santé publique du Québec, 2004. Tous les numéros précédents sont disponibles sur le site Web de l'Institut.

*Centre collaborateur de l'OMS pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes - Rapport d'activités 2002-2003 / Québec WHO Collaborating Centre for Safety Promotion and Injury Prevention - Activity Report 2002-2003. Centre collaborateur OMS du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes, 2003, 28 pages + annexes. WEB***

*Développement d'un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles de CLSC. Robert Pampalon - Mathieu Philibert - Denis Hamel, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 38 pages. WEB***

*Does Living in Rural Communities Rather Than Cities Really Make a Difference in People's Health and Wellness? Jérôme Martinez - Robert Pampalon - Denis Hamel - Guy Raymond, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 74 pages + annexes. WEB***

*Éco-Santé Québec 2003. Gilles Pelletier - Denis Raymond - Michel Pageau - Lisette Dupuis, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2003. WEB***

*Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998. Robert Pampalon, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 11 pages. WEB***

Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999. Denis Hamel, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 pages. WEB

Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec - Mise à jour 2001. Robert Pampalon - Denis Hamel - Guy Raymond, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 12 pages. WEB**

Inégalités sociales et santé des tout-petits : l'identification de facteurs de protection. Ginette Paquet - Denis Hamel, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 16 pages. WEB**

La mortalité au Québec : une comparaison internationale. Robert Choinière, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 88 pages. WEB**

La salud de las comunidades : perspectivas para la contribución de la salud pública al desarrollo social y de las comunidades. Collectif, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 46 pages. WEB**

La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés - Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations : points de vue d'acteurs de directions de santé publique. Julie Lévesque, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 40 pages. WEB**

La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés - Revue de littérature. Richard Leroux - William A. Ninacs, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 46 pages. WEB**

La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés - Document résumé. Institut national de santé publique du Québec, 2002, 4 pages. WEB**

La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Collectif, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 50 pages. WEB**

Perspectives de recherche en santé des populations au moyen de données complexes. Paul Bernard - Michael Lemay - Michel Vézina, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 37 pages + annexes.

Portrait de santé - Le Québec et ses régions. Édition 2001. Michel Pageau - Robert Choinière - Marc Ferland - Yves Sauvageau, Institut national de santé publique, Les publications du Québec, 2001, 432 pages. (Web)

Safety in Life Settings - A Guide for Québec Municipalities. Renée Levaque, ministère de la Sécurité publique et Institut national de santé publique du Québec, 2003, 67 pages. WEB**

Sécurité dans les milieux de vie - Guide à l'intention des municipalités du Québec. Renée Levaque, ministère de la Sécurité publique et Institut national de santé publique du Québec, 2001, 69 pages. WEB**

Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être? Jérôme Martinez - Robert Pampalon - Denis Hamel - Guy Raymond, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 80 pages + annexes. WEB**

Information supplémentaire : info@inspq.qc.ca

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.inspq.qc.ca/publications

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)

Pour lutter efficacement contre le cancer du sein, le Québec instaurait, en 1998, un programme de dépistage systématique s'adressant aux femmes de 50 à 69 ans. Selon les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* le Programme québécois de dépistage du cancer du sein devait atteindre quatre objectifs quant au dépistage du cancer du sein. Ces objectifs touchent l'implantation du programme dans toutes les régions du Québec, le taux de participation de la population cible, les taux de cancers détectés et la diminution du taux de mortalité due au cancer du sein chez les femmes de 55 à 74 ans. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* donnait suite en favorisant la mise en place du programme dans toutes les régions et la consolidation du volet portant sur l'assurance qualité au niveau régional. Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein est implanté dans les 18 régions sociosanitaires du Québec et les services y sont dispensés soit dans des centres désignés, soit par le biais de services itinérants de mammographie.

Documentation disponible

Bilan 1998-2003 - Programme québécois de dépistage du cancer du sein. WEB**

MSSS, *Rapport d'activité 2000-2001.* WEB**

MSSS, *Rapport d'activité des années 1998-1999.* WEB**

MSSS, *Mieux vaut agir que réagir* (dépliant) WEB**

MSSS, *Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation : Programme québécois de dépistage du cancer du sein.* WEB**

MSSS, *Manuel de contrôle de la qualité — Volume 2 : Physicien biomédical, Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 1999 (en voie de révision).* MSSS, *Manuel de c* WEB**

ontrôle de la qualité en mammographie — Volume 1 : Technologue en radiologie, MSSS, MSSS, *Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 2001.* WEB**

MSSS, *Cadre de référence : Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 1996.* WEB**

MSSS, *Document de référence s'adressant aux médecins de première ligne.* WEB**

MSSS, *Document de référence s'adressant aux médecins spécialistes.* WEB**

Documentation disponible éditée par l'Institut national de santé publique du Québec

Déterminants du taux de référence lors d'une première mammographie de dépistage : Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) 1999 (<http://www.inspq.qc.ca>)

Facteurs associés aux variations du taux de détection — Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) 1998-1999 (<http://www.inspq.qc.ca>)

Stratégie d'invitation et taux de participation à la mammographie de dépistage, Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 1998-2000 (<http://www.inspq.qc.ca>)

Validation de stratégies pour obtenir le taux de détection du cancer, la valeur prédictive positive, la proportion des cancers in situ, la proportion des cancers infiltrants de petite taille et la proportion des cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire dans le cadre des données fournies par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 2003 (<http://www.inspq.qc.ca>)

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

Évaluation de la concordance entre les archivistes médicales et les médecins spécialistes experts pour la codification de données devant être entrées au système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 2001 (<http://www.inspq.qc.ca>)

Étude du processus d'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 2000 (<http://www.inspq.qc.ca>)

PLAN QUÉBÉCOIS D'ABANDON DU TABAGISME (PQAT)

Le MSSS s'est doté en 2002 du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT), spécifiquement dédié à la cessation tabagique. Il s'agit d'un modèle organisationnel global et intégré. La stratégie du PQAT repose sur la consolidation des services de cessation de façon à les intégrer et de les harmoniser, c'est-à-dire à offrir des services qui possèdent des caractéristiques communes à toutes les régions. Le plan s'inscrit dans un environnement de services et d'interventions en prévention et promotion de la santé dont l'efficacité a été reconnue par la communauté scientifique nationale et internationale.

L'ensemble des interventions du plan regroupe deux grands volets.

Le volet promotion a pour but de sensibiliser le fumeur aux méfaits du tabagisme et de l'inciter à cesser de fumer. Il comprend des interventions proactives, comme les campagnes médiatiques, le *Défi J'arrête j'y gagne* et la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac*.

Le volet services est composé d'un ensemble de services en cessation auxquels le fumeur peut recourir lorsqu'il veut cesser de fumer. L'intervenant doit évaluer les besoins du fumeur afin de le soutenir adéquatement. Les services de soutien à l'abandon du tabagisme sont groupés dans quatre grandes voies d'accès soit :

La ligne téléphonique nationale sans frais j'ARRETE (1-888-853-6666)

Le site Internet j'ARRETE (www.jarrete.qc.ca)

Les 153 centres d'abandon du tabagisme situé principalement dans les CLSC

L'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux.

Différents partenaires collaborent avec le MSSS dans l'offre de services aux fumeurs désirant cesser. Les principaux sont : les directions de santé publique (DSP) de toutes les régions, le Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS) et la Société canadienne du cancer (SCC) (ces deux derniers organismes gèrent conjointement la ligne téléphonique et le site Internet), ACTI-MENU, les ordres professionnels concernés par le tabagisme.

Documentation disponible

Affiche nationale

Carte d'identification

Affiche régionale

Carton d'information

LA LOI SUR LE TABAC DU QUÉBEC (L.R.Q., CHAPITRE T-0.01)

Adoptée dans le cadre d'une stratégie de lutte contre le tabagisme, la Loi sur le tabac restreint l'usage, la vente et la promotion du tabac.

Eu égard à l'usage du tabac, la loi impose, à la base, une interdiction de fumer dans un lieu fermé autre que privé et personnel, notamment un lieu qui accueille le public ou un milieu de travail. Des permissions sont par la suite précisées. L'installation de fumoir répondant à certaines normes est permise partout sauf dans les lieux dédiés à des activités destinées aux mineurs. Des aires « fumeurs » (maximum de 40 % de l'espace) peuvent cependant être aménagées dans certains lieux qui sont spacieux (ex. : aires communes des centres commerciaux), qui n'ont pas à être fréquentés régulièrement (ex. : lieux de spectacle) ou qui sont des milieux de vie pour les personnes qui les occupent (ex. : milieux de soins prolongés). Les commerces de 35 places et plus offrant des repas pour consommation sur place devront, et ce à compter du 17 décembre 2009, fermer et ventiler les aires « fumeurs » qu'ils voudront mettre à la disponibilité de leur clientèle. Cependant, la mesure s'applique maintenant dans les cas de commerces occupant une construction neuve ou des locaux ayant subi des rénovations majeures. Finalement, la loi accorde aux exploitants concernés le pouvoir de permettre de fumer dans certains lieux comme une salle de bingo, un bar, certains lieux de détention et, quand tous les passagers y consentent, les taxis et les véhicules de travail.

Les mesures suivantes figurent principalement au chapitre ayant trait à la vente : l'interdiction de la vente aux mineurs (moins de 18 ans), l'obligation de l'intervention d'un préposé à la vente, limitation de l'utilisation des appareils distributeurs aux bars, tavernes, brasseries et, si contrôle à distance, aux restaurants avec permis d'alcool, l'interdiction de vente dans les pharmacies, sur les terrains et dans les installations des garderies, des écoles (primaires et secondaires) et des établissements de santé et des services sociaux, l'interdiction de vente à distance, l'interdiction de vente de cigarettes autrement qu'en paquet d'au moins 20 unités.

La promotion du tabac est interdite autrement que par de la publicité, celle-ci devenant interdite si elle est destinée aux mineurs, est fautive ou trompeuse, associe le tabac à un style de vie, utilise des attestations et témoignages, utilise un slogan, réfère à des personnes, personnages ou animaux, réels ou fictifs, comporte autre chose que du texte sauf l'illustration de l'emballage d'un produit du tabac (10 % max. de la surface du matériel publicitaire), ne comporte pas de mises en garde portant sur les effets nocifs du tabac sur la santé et, finalement, est diffusée autrement que a) par de l'affichage qui ne peut être vu que de l'intérieur du point de vente de tabac ou b) dans des journaux ou magazines écrits dont au moins 85 % des lecteurs sont majeurs. Le gouvernement peut réglementer l'étalage des produits du tabac et des publications concernant le tabac.

Documentation Disponible

Toutes les informations relatives à la Loi sur le tabac sont sur le site. WEB**

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

Le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005 (PQLT)

Depuis 1994, le gouvernement du Québec a intensifié continuellement son intervention dans le but de lutter contre le tabagisme. Cette intervention, assumée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, est actuellement guidée par le PQLT, lequel regroupe un ensemble de mesures qui visent, dans une approche globale, multidimensionnelle et intégrée, à réduire le tabagisme et ses effets sur la santé. Trois objectifs sous-tendent cette finalité : prévenir l'adoption du tabagisme, inciter à l'abandon du tabagisme et protéger la population contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement. Les politiques et la législation (taxation, Loi sur le tabac / usage, vente et promotion du tabac) sont les mesures de premier plan pour la modification du comportement et de l'environnement social ainsi que pour le contrôle de l'industrie du tabac, le vecteur du problème. Elles sont complétées par les mesures d'éducation (ex. : communications, documentation, activités thématiques,...) et de soutien (ex. : services de cessation centraux et locaux / ligne téléphonique, site Internet services d'aide, financement des aides pharmacologiques à la cessation, ...) qui, tout en visant l'individu, contribuent également à la création d'un climat social antitabac. Les directions régionales de santé publique sont mises à contribution et des organismes non gouvernementaux collaborent étroitement à la mise en œuvre du Plan tout en complétant ce dernier par des interventions originales. Par des activités de connaissance/surveillance, de recherche et d'évaluation, notamment en collaboration avec l'Institut national de santé publique, on se préoccupe tant de la mise à jour de la pertinence des mesures et activités retenues que du développement de ces dernières dans le sens souhaité.

Pour l'année 2004-2005, une somme de 20 M\$ est consacrée à l'actualisation du PQLT. Le financement des aides pharmacologiques à la cessation implique une somme supplémentaire d'environ 13 M\$. Regroupant 75 personnes, dont 45 inspecteurs, le Service de lutte contre le tabagisme, sous la direction générale de la santé publique du Ministère, assure la mise en œuvre du Plan.

Documentation disponible

*Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005. WEB***

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

PROGRAMME D'INTERVENTION SUR L'INFECTION PAR LE VIH ET LA GROSSESSE

Il est maintenant possible de réduire de façon considérable la transmission du VIH de la mère à l'enfant par des interventions médicamenteuses tels les agents antirétroviraux et par une intervention chirurgicale soit la césarienne électorale. Cependant, pour réduire la transmission mère-enfant, encore faut-il rejoindre les femmes enceintes. Ainsi, un programme de dépistage du VIH auprès des femmes enceintes a été mis sur place en 1997 et révisé en 2003. Le test de dépistage du VIH fait partie d'un bilan prénatal complet (comme le test pour l'hépatite B). Le Centre Maternel et Infantile sur le SIDA de l'hôpital Sainte-Justine est le centre de référence pour ce programme.

Documentation disponible

Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, juin 2003

Que dire à une femme enceinte à propos du test de dépistage du VIH ?

Enceinte ou vous pensez le devenir... et le sida ?

PROGRAMME D'IMMUNISATION AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le programme national de santé publique prévoit, conformément au Programme d'immunisation du Québec, la vaccination de base des jeunes contre un ensemble de maladies infectieuses (diphtérie, poliomyélite, tétanos, rougeole, rubéole, oreillons, etc.) ainsi que la vaccination de groupes vulnérables contre un certain nombre de maladies (hépatite A, hépatite B, influenza, etc.). La Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux assure la coordination du programme d'immunisation du Québec. Ce programme est mis en œuvre par les agences régionales de services de santé et de services sociaux.

Documentation disponible

Programme national de santé publique (domaine des maladies infectieuses). WEB**

Protocole d'immunisation. WEB**

La vaccination une bonne protection – Fiches d'information pour les parents. WEB**

Divers outils d'information (santé publique - section vaccination du site Internet). WEB**

Projets régionaux

Plusieurs projets régionaux relatifs à la promotion de programmes de vaccination ou à l'implantation de ceux-ci sont réalisés par les directions de santé publique, en collaboration avec les divers établissements de leur territoire.

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

SANTÉ AU TRAVAIL

La santé au travail, au sein de la Direction de la protection de la santé publique du Ministère, occupe un champ de responsabilité qui consiste à assurer la coordination du Programme de santé au travail assumé par les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Le Programme de santé au travail est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), maître d'œuvre de la santé et de la sécurité du travail au Québec et est encadré par la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) : il a pour objet la prévention des lésions professionnelles dans les établissements industriels désignés par la CSST.

La mission ministérielle dans le domaine de la santé au travail peut se faire grâce à la collaboration soutenue de plusieurs partenaires, notamment l'ensemble des directions de santé publique des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, l'Institut national de santé publique (INSPQ), la CSST, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST).

Les interventions en santé au travail sont basées sur les principes de la LSST qui vise l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs.

Les grands dossiers actuels inscrits dans le Programme national de santé publique et réalisés en concertation avec la CSST comprennent, entre autres :

Les lésions musculo-squelettiques, principale cause d'incapacité.

La béryllose, la silicose, les maladies reliées à l'amiante.

L'asthme d'origine professionnelle.

Diverses intoxications en milieu de travail (causées, par exemple, par le monoxyde de carbone, l'hydrogène)

Des maladies infectieuses d'origine professionnelle.

Le bruit et ses conséquences.

La protection personnelle pour les travailleurs de la santé pouvant être exposés au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et autres maladies respiratoires sévères a été et demeure un dossier important. Des recommandations ont été formulées et des outils de formation élaborés pour aider à la préparation des établissements de santé.

Documentation disponible

Programme national de santé publique : « le domaine de la santé en milieu de travail ». WEB**

Se protéger contre le SRAS (bande-vidéo), Orientations sur les mesures collectives et recommandations sur les mesures individuelles de prévention du SRAS pour les travailleuses et travailleurs du Québec. WEB**

De nombreux documents sur un nombre considérable de sujets en santé au travail sont disponibles sur le Portail de santé au travail du réseau public québécois en santé au travail à l'adresse : santeautravail.qc.ca

De nombreuses réalisations concrètes en prévention des maladies professionnelles se retrouvent aussi sur le site : santeautravail.com

Projets régionaux

De très nombreux projets régionaux sont réalisés par les directions de santé publique en concertation avec les directions régionales de la CSST et peuvent être accessibles auprès des directions de santé publique régionales via le site WEB santeautravail.qc.ca

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La santé environnementale, au sein de la direction de la Protection de la santé publique du Ministère, occupe un champ de responsabilités à caractères multidisciplinaire et intersectoriel, consistant à assurer la prévention et la gestion des problèmes de santé reliés à la pollution ou à la détérioration de l'environnement.

Notre mission en santé environnementale s'accomplit en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), avec le réseau des directions de santé publique (DSP) des Agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, couvrant toutes les régions du Québec, ainsi qu'avec d'autres ministères, dont le ministère de l'Environnement, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, le ministère fédéral de la Santé, et divers organismes, sociétés ou groupes de citoyens. Par exemple, le Ministère a conclu un protocole d'entente avec le ministère de l'Environnement relatif aux interactions entre la santé et l'environnement (signé en 1987 et révisée en 1997).

Fondamentalement, nos interventions en santé environnementale s'inspirent des principes du développement durable et, à cet égard, nous participons activement à l'élaboration d'une stratégie de développement durable s'inscrivant dans le Plan vert du gouvernement du Québec.

Les grands dossiers de l'heure en santé environnementale ont trait à la prévention des risques pour la santé publique associés, entre autres :

À la pollution de l'air et aux changements climatiques globaux, incluant les épisodes de smog, les vagues de chaleur et leurs effets sur les populations vulnérables comme les personnes âgées;

À la contamination de l'eau potable entraînée notamment par la production animale intensive en agriculture;
à l'exposition humaine aux rayons ultraviolets naturels et artificiels;
au radon domiciliaire;

À des substances toxiques comme les pesticides, les composés organiques persistants, les métaux lourds tels le mercure, le plomb, contaminant les sols, l'air, les aliments, etc.

Documentation disponible

Programme national de santé publique : « Le domaine de la santé environnementale ». WEB**

Principes et méthodes d'évaluation du risque toxicologique d'origine environnementale pour la santé humaine. WEB**

Mémoire national de santé publique présenté à la Commission sur le développement durable de l'industrie porcine au Québec. Dr Alain Poirier, Directeur national de santé publique. Avril 2003. WEB**

Quand il fait chaud pour mourir (dépliant). WEB**

Connaissez-vous les oméga-3? Moi, oui, et je suis bon pour la santé... (dépliant) WEB**

Danger! Le bronzage pourrait avoir votre peau! (dépliant) WEB**

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

Projets régionaux

Institut national de santé publique du Québec : Volet santé du projet « Qualité de l'eau potable dans les sept bassins versants en surplus de fumier et impacts potentiels sur la santé » qui s'est déroulé sur le territoire de sept bassins versants de rivières dont la qualité des eaux de surface est détériorée, en particulier par les concentrations excessives de phosphore, en regard des activités de production animale. L'étude faite auprès de plus de 900 familles résidant dans les territoires en surplus de fumier pendant le mois de mai 2002 n'a observé aucune augmentation de la fréquence de la diarrhée ou de la gastro-entérite chez la population consommant de l'eau de puits privés. Ce résultat est rassurant mais ne peut être extrapolé à d'autres périodes de temps où la contamination de l'eau des puits pourrait être différente.

Direction de santé publique de Montréal : Prévention des impacts des changements climatiques et de la pollution de l'air à Montréal : collaboration de la DSP de Montréal avec Environnement Canada pour mettre en place les systèmes d'avertissement de la population en cas d'épisodes de smog ou de chaleur accablante : Info-Chaleur et Info-Smog. La DSP a mené des études épidémiologiques pour documenter l'impact sanitaire de la canicule et pour caractériser les secteurs les plus exposés de la ville. Le dépliant « Quand il fait chaud pour mourir... » publié par la DSP informe le public sur les moyens de prévention à prendre en cas de canicule; il a été diffusé dans toutes les régions par le MSSS.

Direction de santé publique de la Capitale nationale : Niveaux de champs magnétiques en milieu scolaire résultant de l'utilisation d'un plancher électrique chauffant. Denis Gauvin et coll. Mai 2003. L'étude a conclu que les niveaux observés dépassent les recommandations de santé publique généralement émises pour une exposition chronique aux champs électromagnétiques (CEM), en tenant compte toutefois des incertitudes entourant les effets des CEM sur la santé. Certaines mesures de précaution peuvent être proposées en vue de limiter l'exposition des enfants aux champs électromagnétiques.

Direction de santé publique Abitibi-Témiscamingue : « L'imprégnation par l'arsenic d'une population de l'Abitibi-Témiscamingue par ingestion d'eau de leurs puits ». 1995. Les résultats montrent que l'intervention de la DSP d'aviser la population exposée de diminuer sa consommation d'eau contaminée a été couronnée de succès. L'arsenic urinaire est passé d'une moyenne géométrique de 0,54 umole/litre à 0,19 umole/litre, alors que la normale pour une population non exposée à l'arsenic par l'eau potable se situe à moins de 0,25 umole/litre.

SANTÉ BUCCODENTAIRE

La carie dentaire est une maladie infectieuse chronique, localisée et progressive qui affecte la grande majorité de la population. Elle atteint les enfants à bas âge et sa prévalence augmente avec l'âge. En effet, selon les résultats d'études réalisées au Québec, entre 1996 et 1999, la carie dentaire touche 42 % des enfants de la maternelle et 56 % des élèves en deuxième année du primaire. Par ailleurs, la carie dentaire affecte 59 % des enfants de la sixième année du primaire et 73 % des enfants de la deuxième année du secondaire.

Depuis le début des années 1980, on observe une diminution importante de la carie dentaire chez les enfants de la plupart des pays industrialisés. Le Québec ne se démarque pas de cette tendance générale. Par exemple, l'indice caod (dents cariées, absentes et obturées en denture temporaire) chez les enfants de la 2^e année du primaire est passé de 4,41 en 1983-1984 à 2,65 en 1997-1998. Cela représente une réduction de près de 40 % en 15 ans. Ce même phénomène est aussi observé chez les enfants de la 6^e année du primaire chez qui l'indice CAOD (dents cariées, absentes et obturées en denture permanente) est passé, entre 1983-84 et 1996-1997, de 3,80 à 1,85, soit une réduction de plus de 50 %.

Par contre, malgré cette diminution significative de la carie dentaire, il subsiste encore des inégalités sociales liées à la prévalence de cette maladie. En effet, la carie dentaire demeure concentrée chez les enfants à risque issus le plus souvent de milieux défavorisés sur le plan socioéconomique.

Afin de contribuer à l'amélioration de la santé buccodentaire de la population, le *Programme national de santé publique 2003-2012* propose différents objectifs sur le plan provincial. Ces objectifs visent à réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes, ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans, à réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivites et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans ou plus et enfin, à améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire chez les personnes de tous les groupes d'âge.

Afin d'atteindre ces objectifs, les activités proposées sont :

La promotion des mesures optimales de fluoruration ;

Le counselling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires et l'utilisation de fluorures, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés ;

Le suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 3^e année répondant aux critères concernant le risque de carie dentaire puissent bénéficier de deux applications topiques de fluorure par année et participer à des activités d'éducation à la santé dentaire ;

L'application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans répondant aux critères concernant le risque de carie dentaire reçoivent des agents de scellement sur les faces des molaires permanentes présentant des fosses et des sillons.

Ces activités sont réalisées principalement en milieu scolaire par plus de 230 hygiénistes dentaires œuvrant dans les « Centres de santé et de services sociaux ». Ces activités sont coordonnées au niveau régional par 32 dentistes-conseils à temps complet ou partiel et au niveau provincial par un dentiste-conseil rattaché à la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le budget annuel est d'environ 16 M \$.

Afin d'identifier et de sélectionner les enfants visés par le suivi préventif individualisé en milieu scolaire, un critère provincial de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire a été élaboré. Selon ce critère, les enfants retenus présentent au moins une face buccale ou proximale cariée sur les dents antérieures (excluant la surface distale des canines) ou deux faces cariées et plus au niveau proximal des dents postérieures (incluant la surface distale des canines). Ce critère appliqué par les hygiénistes en milieu scolaire permet d'admettre au programme environ 20 % des enfants examinés en maternelle.

Ces enfants évalués à risque élevé de carie dentaire recevront un suivi préventif individualisé de la maternelle à la troisième année. Des activités de groupe sont aussi organisées.

Certains services dentaires curatifs sont assurés par le gouvernement du Québec, dans le cadre de son régime d'assurance maladie du Québec, pour les prestataires de l'assistance-emploi et les enfants de moins de 10 ans. Sont aussi couverts les services de chirurgie buccale rendus en milieu hospitalier à toute personne admissible au régime d'assurance maladie du Québec. Les services assurés dans le cadre de ces programmes sont, en général, l'examen dentaire (incluant les radiographies) et certains services de prévention, de restauration, d'endodontie, de chirurgie buccale et de prothèse amovible.

En 2002, le coût de ces différents programmes de services dentaires administrés par la *Régie de l'assurance maladie du Québec* était de 99 M \$. Les coûts associés au programme de chirurgie buccale étaient de 5 M \$, au programme pour les enfants de moins de dix ans de 37 M \$ et enfin, de 32 M \$ pour les prestataires de l'assistance-emploi.

Enfin, en ce qui concerne la fluoruration de l'eau potable, soulignons que dans le cadre de la *Loi sur la santé publique*, le ministre de la Santé et des Services sociaux peut verser à tout propriétaire d'une station de traitement de l'eau potable une subvention afin de soutenir la mise en place d'un système de fluoruration. Cette subvention peut servir à couvrir, selon le cas, les coûts d'achat, d'aménagement, d'installation, de réparation d'un appareil de fluoruration ou encore le coût du fluorure utilisé.

Documentation disponible

*Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 et de 7-8 ans. WEB***

*Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans. WEB***

*Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans. WEB***

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL : COMMENT PRÉVENIR ET SE PROTÉGER

La campagne d'information et de sensibilisation sur le virus du Nil occidental (VNO) en est à sa cinquième année d'existence au Québec. Elle a été créée à la suite d'une éclosion d'encéphalites engendrées par ce virus à l'été 1999, dans l'État de New York. L'objectif principal est de responsabiliser la population à l'égard de sa santé afin qu'elle adopte les mesures individuelles et collectives pour se protéger et freiner la transmission du VNO. Elle vise aussi à stimuler le signalement des oiseaux morts ou malades afin de détecter précocement la présence du VNO au Québec. La population est également informée lors de l'application préventive de larvicides ou, le cas échéant, d'adulticides, dans certaines zones plus à risque du Québec. Bien que l'ensemble de la population soit visé par cette campagne d'information, certaines mesures de protection s'adressent particulièrement aux personnes âgées ou souffrant de maladies chroniques. Les messages clés sont regroupés sous les thèmes : je me protège, je nettoie, je signale et je m'informe. Différents moyens de communication sont utilisés pour véhiculer ces messages : des dépliants et affiches, des messages radiophoniques, des capsules à la télévision de 30 secondes et des panneaux publicitaires sur les autobus des grandes villes du Québec. Une ligne téléphonique sans frais est la porte d'entrée pour les citoyens dont les demandes d'information sont transférées aux partenaires responsables d'un domaine d'intervention spécifique. Un site web permet également aux citoyens d'avoir accès à une information mise à jour régulièrement. Enfin, les relations de presse occupent une place importante dans la campagne d'information. Une évaluation de la campagne permet de mesurer l'atteinte des objectifs poursuivis.

Documentation disponible

MSSS, *Viruzzzzz du Nil* (dépliant français) (www.virusdunil.info)

MSSS, *West Nile Viruzzzzz* (dépliant anglais) (www.wnvirus.info)

MSSS' *Plan d'intervention gouvernemental de protection de la santé publique contre le virus du Nil occidental – 2004* (www.virusdunil.info)

Documentation disponible par l'Institut national de santé publique du Québec:

Pertinence et faisabilité, en 2004, d'un programme préventif de réduction du risque de transmission du virus du Nil occidental avec des larvicides (www.inspq.qc.ca)

Virus du Nil occidental : Évaluation des attitudes, comportements et connaissances populaires. (www.inspq.qc.ca)

Le virus du Nil occidental et la travailleuse enceinte. (www.inspq.qc.ca)

Évaluation des risques pour la santé humaine associés aux moyens de prévention et de contrôle de la transmission du virus du Nil occidental. (www.inspq.qc.ca)

Efficacité et risques des moyens de protection personnelle contre la transmission du virus du Nil occidental. (www.inspq.qc.ca)

Projets régionaux ou locaux

Opération de sensibilisation au VNO, intitulée Nettoyage à sec. Lors d'une journée dans une municipalité d'une région touchée par le VNO, des spécialistes, entre autres un médecin et un entomologiste, y tiendront un stand d'information et répondront aux questions des citoyens sur le VNO. Également, une escouade de prévention du VNO sillonnera les rues du quartier avoisinant en vue d'informer les résidents sur les moyens qu'ils peuvent prendre afin d'éliminer les gîtes de reproduction des maringouins sur leur terrain. Une station local entend interviewer les spécialistes qui seront sur place.

Bulletin VNO Montérégie.

Ce bulletin est destiné aux municipalités afin de les informer sur toute ce qui se passe sur le territoire concernant la problématique du VNO. Nous y retrouvons les données concernant la surveillance entomologique, aviaire et humaine, les mesures de protection tant individuelle que communautaire.

DÉPLOIEMENT DE L'APPROCHE « ÉCOLE EN SANTÉ » DANS LES ÉCOLES DU QUÉBEC (NIVEAUX D'ENSEIGNEMENT PRÉSCOLAIRE, PRIMAIRE ET SECONDAIRE)

Au printemps 2003, les ministres québécois de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation signaient une nouvelle entente de complémentarité des services entre leurs réseaux autour d'un objectif commun : le développement des jeunes. Cette entente comporte des axes d'intervention dont l'un porte sur la promotion de la santé et du bien-être et sur la prévention. Pour actualiser cet axe d'intervention, l'entente mise sur le développement et le déploiement d'une intervention globale et concertée en promotion et en prévention à partir de l'école. Cette intervention, que l'on désignera dorénavant approche « École en santé » est également une des mesures retenues dans le Programme national de santé publique 2003-2012.

Elle est destinée à l'ensemble des jeunes d'âge scolaire incluant les jeunes à risque. Elle suggère d'agir simultanément sur l'ensemble des facteurs clés du développement des jeunes qui touchent plusieurs problématiques et qui sont communs à la réussite éducative, à la santé et au bien-être des jeunes. Elle propose également d'intervenir à tous les niveaux (jeunes, famille, école, communauté) afin d'obtenir le renforcement et la complémentarité des actions nécessaires à l'atteinte de gains substantiels.

Une démarche nationale d'accompagnement est en élaboration pour outiller les intervenants des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation afin de les amener à développer une vision et une compréhension communes de cette approche et de faciliter la mobilisation et la concertation de même que le changement de pratique qui s'impose. Ces travaux sont menés par le comité national d'orientation « école en santé » coordonné par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation; l'Institut national de santé publique du Québec, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (ACCQ) et la Table de coordination nationale de santé publique en promotion et en prévention (TCNPP) y sont associés.

Publication disponible

Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Gouvernement du Québec : ministère de l'Éducation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003
Consulter site internet : www.meq.gouv.qc.ca

À paraître à l'automne 2004 : *École en santé pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes.* Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Gouvernement du Québec : Institut national de santé publique du Québec, ministère de l'Éducation, ministère de la Santé et des Services sociaux; Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Projets régionaux ou locaux

Pour en savoir plus sur des expériences de type école et milieux en santé réalisées dans diverses régions du Québec, voici quelques références :

Direction de la santé publique de Laval et Institut national de santé publique du Québec

Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation de l'Agence de santé et des services sociaux des Laurentides

Direction de la santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE À L'INTENTION DES FAMILLES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance ont été élaborés pour soutenir les familles vivant en contexte de vulnérabilité dont les enfants sont âgés de 0 à 5 ans. Ces services comportent deux volets : le soutien aux jeunes parents et le soutien aux familles vivant dans l'extrême pauvreté.

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance visent à diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères, à favoriser le développement optimal des enfants ainsi qu'à améliorer les conditions de vie des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ils visent également à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des problèmes sociaux dont l'abus, la négligence et la violence envers les enfants.

Ces services comprennent deux composantes : l'accompagnement des familles qui se concrétise principalement par des visites à domicile réalisées par une intervenante qui développe une relation privilégiée avec la famille ainsi que le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être de ces familles. Cette dernière composante se réalise principalement par l'action intersectorielle locale, régionale et nationale. Ainsi, des projets concrets peuvent être proposés aux trois niveaux en vue d'améliorer tant les conditions de vie que l'environnement physique des familles ainsi que l'accès aux soins et aux services – par exemple, offre de logements sociaux aux familles à très faibles revenus, projet de taxibus, construction d'un parc municipal pour toute une communauté.

Les centres de santé et de services sociaux sont responsables de fournir sur leur territoire les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à la population visée, et ce, en collaboration avec les partenaires intersectoriels.

Documentation disponible

Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Cadre de référence, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 79 p. WEB**
Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Résumé du cadre de référence, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 28 p. WEB**

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca rubrique Documentation, section Publications.

STRATÉGIE D'ACTION POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE

En 2002, le MSSS présentait la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*. Le premier des trois axes d'intervention de la *Stratégie* regroupe les mesures visant à prévenir les difficultés d'adaptation et de développement chez les enfants, les jeunes et leurs parents qui vivent dans un contexte de vulnérabilité.

Les études démontrent que 10 % à 15 % des enfants et des jeunes vont rencontrer des difficultés d'adaptation au cours de leur vie. Dans un grand nombre de cas, ces difficultés seront transitoires et pourront se résorber à court terme si les enfants, les jeunes et leurs parents bénéficient d'interventions précoces et selon l'intensité requise, dans le cadre de services de base de qualité et accessibles dans toutes les régions du Québec. Ces services de base ont pour objectifs d'éviter l'aggravation des problèmes et de diminuer le recours aux signalements en protection de la jeunesse et aux services spécialisés.

Les services de base sont offerts, pour la majeure partie, par les centres de santé et de services sociaux (CSSS), pour aider les parents dans leur rôle et soutenir les enfants et les jeunes dans leur développement.

Les mesures retenues pour prévenir les difficultés d'adaptation et de développement chez les enfants, les jeunes et leurs parents sont :

- Consolider le panier de services communs à tous les CSSS;
- Donner priorité aux services susceptibles d'avoir un plus grand impact;
- Offrir un programme de soutien aux jeunes parents.

Documentation disponible

MSSS, *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*. Québec, 2002. WEB**

MSSS, *État de situation et recommandations au regard des services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CSSS*. Rapport du Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse. Québec, 2000. WEB**

MSSS, *Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes : agissons en complices*. Rapport du Comité jeunesse. Québec, 1998.

MSSS, *Un Québec fou de ses enfants*. Rapport du Groupe de travail pour les jeunes. Québec, 1991. WEB**

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL SUR LE JEU PATHOLOGIQUE

En 2002, le gouvernement du Québec a adopté un plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique dont l'objectif était de mettre en place des moyens d'action concertés afin de prévenir et de traiter le jeu pathologique. Les axes d'intervention sont les suivants :

Une prévention accrue et bien ciblée; le dépistage et l'orientation;
Des services spécialisés accessibles aux joueurs et à leur famille;
Des actions concertées;
Le développement et la mise à profit de la recherche.

Les cibles et les milieux d'intervention sont la population en général, les joueurs en difficulté et leur famille, les parents, le milieu scolaire, le monde du travail, la communauté et l'industrie du jeu. Les dispensateurs de services sont les centres de santé et de services sociaux, les centres de réadaptation en toxicomanie et les organismes communautaires.

Documentation disponible

MSSS, *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*, 2002. WEB**

MSSS, *Trousse de prévention en jeu pathologique pour les milieux de travail*, comprenant :

Répertoire des ressources sur le jeu pathologique au Québec;

Cartes d'affaires des ressources sur le jeu pathologique par région;

Vidéo et brochure « Bien jouer son jeu » : outils destinés aux gestionnaires et intervenants des milieux de travail;

Vidéo « Savez-vous jouer sans perdre la tête ? » : outil destiné aux employés.

MSSS, *Programme de recherche thématique portant sur les impacts socioéconomiques des jeux de hasard et d'argent 2002-2003*, 2003. WEB**

MSSS, *Jeu pathologique « Connaître, comprendre et agir », rapport du Forum des 8 et 9 novembre 2001*, 2001. WEB**

MSSS, *La prévention du jeu pathologique*, 2001. WEB**

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

Projets régionaux ou locaux

Région de Montréal : Diffusion d'une stratégie régionale de prévention intitulée « *Plan stratégique montréalais - Pour jouer gagnant - Prévention dans les jeux de hasard et d'argent* ». L'objectif de la stratégie est d'offrir un guide d'orientations bien ciblées, concertées et basées sur les évidences scientifiques pour le volet prévention.

Régions de Québec, de Montréal et de l'Outaouais : Protocole d'intervention de crise dans les casinos qui permet à des intervenants psychosociaux d'être disponibles en permanence pour soutenir les joueurs en détresse afin de prévenir l'aggravation du problème.

ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES SUR LES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Les Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, adoptées en 2001, sont la toile de fond qui guide l'organisation des services pour cette partie importante de la population québécoise.

Les réseaux de services intégrés proposés dans les orientations sont conçus à la lumière de plusieurs expériences menées au cours des dernières années et constituent la pierre angulaire du réaménagement envisagé. Ces réseaux de services sont porteurs d'améliorations extrêmement significatives et permettront de s'assurer que les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches obtiendront, sans difficultés et sans interruption, les services médicaux ou sociaux dont elles ont besoin, qu'elles vivent à domicile ou en milieu d'hébergement. Une intégration des services au plan local favorisera une meilleure promotion et prévention de la santé des personnes âgées. La mise en place des centres de santé et de services sociaux accentuera cette intégration de services.

Par ailleurs, le ministère a aussi adopté d'autres orientations, notamment au regard du soutien à domicile et de l'hébergement, afin de mettre en place de meilleures conditions pour assurer la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie.

Documentation disponible

MSSS, *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, 2001. WEB**

MSSS, *Chez soi : Le premier choix - La Politique de soutien à domicile*, 2003. WEB**

MSSS, *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD - Orientations ministérielles*, 2003. WEB**

MSSS, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôles : Contention, isolement et substances chimiques*, 2002. WEB**

MSSS (Secrétariat aux aînés), *Toujours chez-soi, vivre en résidence privée avec services*, 2003.

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

La Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et à leurs proches intitulée *De l'intégration sociale à la participation sociale*, rendue publique en 2001, contient trois objectifs de résultats liés à la prévention de la déficience intellectuelle :

Déterminer quelles sont les causes des maladies, traumatismes ou troubles du développement qui peuvent occasionner une déficience intellectuelle et définir les moyens de les contrer.

Diffuser l'information obtenue auprès des instances concernées et de la population en général.

Intégrer l'information obtenue à la formation des intervenants concernés.

Par ailleurs, le ministère a soutenu la diffusion de documents portant sur la prévention du retard mental. Ainsi, le volume *Prévention du retard mental - Causes et conduites préventives à adopter* est en vente depuis mai 2004. Il a été présenté dans le cadre de différents congrès et colloques depuis sa publication. Le ministère profitera de la publication du second livre *Prévention du retard mental, Enjeux cliniques, éthiques et sociaux* qui paraîtra au début de l'année 2005. Un dépliant portant sur la prévention du retard mental à l'intention de la population en général sera également diffusé en 2005.

Documentation disponible

MSSS, *De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, 2001. WEB**

MM. Yvon L'Abbé, Robert Labine, James Lesponasse et M^{me} Nicole Lemieux en collaboration avec M^{me} Fléchère Fortin. *Prévention du retard mental - Causes et conduites préventives à adopter*, Éditions Science et Culture (Montréal), 2004.

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca rubrique Documentation, section Publications.

DÉFICIENCE PHYSIQUE

Le plan d'action en déficience physique, rendu public le 6 novembre 2003, contient 3 objectifs spécifiques en lien avec la prévention et la promotion. Ces objectifs ont été établis en étroite collaboration avec la Direction générale de la santé publique du MSSS afin de s'assurer de leur cohérence avec le Plan national de santé publique 2003-2012.

Ces objectifs de prévention et de promotion sont :

Favoriser la détection précoce des problèmes spécifiques des personnes ayant une déficience physique de même qu'un accès plus rapide et plus approprié aux services qui leur sont offerts (objectif 1 du plan d'action);

Dans une perspective de développement personnel, d'adaptation et de participation sociales, rendre accessibles aux personnes ayant une déficience physique les programmes de prévention en santé publique (objectif 6);

Promouvoir et soutenir auprès des acteurs de première ligne les pratiques préventives efficaces en matière de services prévues au Programme national de santé publique (objectif 13).

La mise en oeuvre des mesures rattachées à ces objectifs relève au premier chef des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et devrait se trouver dans les plans régionaux de santé publique.

Documentation disponible

MSSS, *Pour une véritable participation à la vie de la communauté, Orientations ministérielles en déficience physique : Objectifs 2004-2009, 2004. WEB***

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

TOXICOMANIE : PRÉVENTION ET DÉTECTION

Les orientations ministérielles en prévention de la toxicomanie s'articulent autour de trois grandes orientations complémentaires : agir en amont des problèmes d'adaptation sociale, prévenir les risques de conséquences liées à la consommation de psychotropes et promouvoir l'adoption de politiques publiques cohérentes en matière de substances psychotropes.

La clientèle visée est la population en général et les groupes à risque suivants : les jeunes de 15 à 24 ans, les femmes enceintes, les jeunes en difficulté des centres jeunesse du Québec, les personnes incarcérées, les consommateurs de drogues illicites et la population autochtone.

Les dispensateurs de services sont les centres de santé et de services sociaux, les centres de réadaptation en toxicomanie et les organismes communautaires.

Documentation disponible

MSSS, *Orientations ministérielles : Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie*, 2001. WEB**

MSSS et Comité permanent de lutte à la toxicomanie, *Drogues, savoir plus risquer moins*¹, 2003.

MSSS, *La drogue, si on s'en parlait*, 2004.

MSSS et Collège des médecins du Québec, *Éduc'alcool, La grossesse et l'alcool en question*², 2000.

MSSS, *Les jeunes et le cannabis*, 2002. WEB**

MSSS, *Les jeunes et l'alcool*, 2001. WEB**

MSSS, *Semaine de prévention de la toxicomanie*, 2004³.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Maison Jean Lapointe, MSSS, *Trucs et conseils pour une meilleure harmonie familiale*¹, 2002.

Pour obtenir le document « Drogues, savoir plus risquer moins » ou « Trucs et conseils pour une meilleure harmonie familiale », veuillez contacter le Comité permanent de lutte à la toxicomanie par téléphone au (514) 389-6336, par télécopieur au (514) 389-1830 ou sur leur site Internet : www.cplt.com

Pour obtenir le document « La grossesse et l'alcool en question », veuillez contacter Éduc'alcool par téléphone au 1 888 ALCOOL1, par télécopieur au (514) 875-5990 ou sur leur site Internet : www.educalcool.qc.ca

Pour obtenir de l'information ou la documentation relative à la Semaine de prévention de la toxicomanie, veuillez contacter la personne-ressource ci-dessous.

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

Projets régionaux ou locaux :

Dans la région de la Mauricie-Centre-du-Québec : Projet « Agents 00=Tox ». L'objectif du projet visait l'aide par les pairs en milieu scolaire (information, renforcer la capacité de faire des choix appropriés).

Dans la région du Bas-Saint-Laurent : Projet « Vendre de l'alcool de façon responsable ». L'objectif du projet est de limiter l'accès à l'alcool et vise les propriétaires et employés de commerces.

Personne-ressource : René Dumont, rene_dumont@ssss.gouv.qc.ca

Pour tout le Québec : Dep-Ado est un outil de détection de la consommation problématique d'alcool ou de drogues chez les adolescents.

TOXICOMANIE : RÉDUCTION DES MÉFAITS LIÉS À L'USAGE DE DROGUES PAR INJECTION

Programme d'échange de seringues

Depuis 1989, le MSSS met à la disposition des personnes qui font usage de drogues par injection (UDI) du matériel d'injection stérile en vue de prévenir la transmission du VIH et des hépatites B et C. Les centres d'accès aux seringues sont des centres locaux de services communautaires, des urgences de centres hospitaliers, des pharmacies, des cliniques médicales, des organismes communautaires à clientèle et vocations multiples ou des centres spécialisés de prévention du VIH et des hépatites. Ce réseau de centres d'accès aux seringues s'étend à la majorité des régions du Québec et est soutenu par les directions régionales de santé publique dans le cadre du Programme national de santé publique du Québec et de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement.

Depuis 1996, le ministère, en collaboration avec les directions régionales de santé publique, effectue une collecte des données sur les services relatifs aux programmes d'échange de seringues afin de dresser un portrait des interventions et de connaître l'évolution de la situation.

Programme de substitution aux opiacés par la méthadone

De plus, depuis 1999, le ministère a soutenu les efforts destinés à augmenter l'accessibilité à des services de maintien à la méthadone pour la clientèle héroïnomane à travers le Québec et a favorisé la formation des intervenants des milieux médical (médecins, pharmaciens, soins infirmiers) et social (intervenants sociaux). Dix régions du Québec ont développé, au cours des dernières années, un programme de substitution aux opiacés par la méthadone en obtenant un financement récurrent du MSSS. Également, en 2001, le MSSS a soutenu financièrement la mise en place d'un service suprarégional d'appui aux médecins et intervenants afin de faciliter le traitement et le transfert des patients.

Documentation disponible

MSSS, Dépliant *Chacun son kit, une idée fixe*, 2003. WEB**

MSSS, Dépliant *One kit One hit*, 2003, WEB**

MSSS, Document d'accompagnement à l'utilisation de *Chacun son kit, une idée fixe sur l'injection à risques réduits*, 2003. WEB**

MSSS, Dépliant *Si tu prends de la dope, évite le bad trip des hépatites*, 2002. WEB**

MSSS, Dépliant *Tatouage et « piercing »... tout en se protégeant du sida des hépatites B et C*, 2004. WEB**

MSSS, *Programme d'échange de seringues au Québec, statistiques sur les services offerts de 1996 à 2003*, 2004.

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca rubrique Documentation, section Publications.

Projets régionaux ou locaux

Programme régional de prévention du VIH et des hépatites chez les usagers de drogues par injection de Montréal.

Point de Repères, organisme communautaire faisant la prévention du VIH et des hépatites auprès des usagers de drogues par injection de Québec.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
Étude de faisabilité au sujet de la création de lieux d'insertion et de sites d'injection pour les utilisateurs de drogues par injection (UDI).

PROJET DE PRÉPARATION À LA VIE AUTONOME DES JEUNES

Ce projet est une expérience pilote qui vise, par une intervention intensive, à préparer le passage à la vie autonome et à assurer la qualification des jeunes en centre jeunesse. La durée de ce projet est de quatre ans.

Le projet *Qualification des jeunes* comporte deux volets, soit les interventions visant la préparation à la vie autonome et celles visant la qualification. L'équipe du projet se compose d'une coordonnatrice et de huit éducateurs, à savoir deux par région participante, chacun assumant la prise en charge de dix jeunes.

La clientèle visée par le projet correspond aux jeunes de seize ans qui ont vécu un placement en centre jeunesse, qui n'ont pas de projet de vie défini pour leur avenir et qui présentent un pronostic plutôt sombre par rapport à leur majorité. Ces jeunes sont recrutés parmi la clientèle des centres jeunesse.

Ce projet pilote est inscrit dans la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille* afin de répondre à l'objectif d'offrir, sur l'ensemble du territoire, une gamme appropriée de services spécialisés. Il s'agit également de l'une des mesures du *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*.

Le projet a débuté en novembre 2001 et a d'abord été implanté dans trois régions du Québec, soit l'Abitibi-Témiscamingue, Laval et l'Outaouais. Depuis le printemps 2002, le projet s'est élargi à une nouvelle région, soit celle de Montréal (Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw). Actuellement, environ 80 jeunes participent au projet.

Documentation disponible

MSSS, *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, 2002. WEB**

Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, 2004.

Secrétariat à la jeunesse, *Politique québécoise de la jeunesse : La jeunesse au cœur du Québec*, 2001.

Association des centres jeunesse du Québec, *Projet d'intervention intensive en vue de préparer le passage à la vie autonome et d'assurer la qualification des jeunes des centres jeunesse du Québec : Bilan de l'an 2*, 2004.

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca rubrique Documentation, section Publications.

TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Les orientations ministérielles et le plan d'action en matière de troubles envahissants du développement (TED) *Un geste porteur d'avenir* ont été rendus publics en 2003.

Parmi les mesures préconisées dans ce plan d'action, deux mesures concernent la détection :

Faciliter la reconnaissance précoce des TED par les intervenants auprès des enfants : faire connaître les signes des TED et rendre les intervenants aptes à les déceler.

Faciliter la reconnaissance des TED par les intervenants auprès des adolescents et des adultes : faire connaître les signes des TED et rendre les intervenants aptes à les déceler.

Des travaux seront entrepris prochainement pour déterminer les moyens permettant la détection des troubles envahissants du développement et des problèmes de santé chez les jeunes enfants afin d'établir un diagnostic et de les orienter le plus rapidement possible vers les services appropriés.

Documentation disponible

MSSS, *Un geste porteur d'avenir. Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches*, 2003. WEB**

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca rubrique Documentation, section Publications.

L'ALLAITEMENT MATERNEL

Le 3 octobre 2001, le MSSS rendait public un document intitulé « Lignes directrices en matière d'allaitement maternel » dans le cadre de la Semaine mondiale de l'allaitement. L'objectif général est que, d'ici 2007, l'allaitement maternel à la sortie des services de maternité augmente à 85 % et qu'il soit de 70 %, 60 % et 50 % respectivement aux deuxième, quatrième et sixième mois de la vie de l'enfant et de 20 % à 1 an. Cela représente un défi important pour l'ensemble des partenaires impliqués, soit le ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, les établissements du réseau, les professionnels de la santé et les groupes d'entraide en allaitement.

Quatre stratégies sont proposées pour soutenir et promouvoir l'allaitement maternel, dont la principale est de favoriser l'Initiative des amis des bébés (IAB), développée par l'OMS/UNICEF et reconnue à l'échelle mondiale. Cette stratégie vise les établissements du réseau (centres hospitaliers et CLSC) en s'assurant que les services qui entourent la grossesse et la naissance facilitent l'allaitement et favorisent pour les femmes une décision éclairée. Les autres stratégies concernent l'organisation du soutien à l'allaitement, le suivi des taux d'allaitement et le pouvoir d'influence que le Ministère et le réseau doivent exercer pour amener d'autres secteurs à s'intéresser à l'allaitement.

Documentation disponible

MSSS, *L'allaitement maternel au Québec : lignes directrices*, 2001. WEB**

MSSS, *Allaiter votre bébé : guide pour les mères qui allaitent*, 2003

Institut national de santé publique, *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères*, 2004.

Cette édition d'un guide, qui est remis gratuitement à tous les parents québécois lors de la naissance ou de l'adoption de leur enfant, a été revue et améliorée en introduisant un chapitre complet sur l'allaitement maternel. Produit par l'Institut national de santé publique du Québec, en collaboration avec de nombreux experts du réseau, cet outil vise la promotion de la santé et du bien-être du nourrisson en répondant aux nombreuses questions que les parents se posent lors de la venue d'un enfant.

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

Autres documents disponibles

L'allaitement maternel : Guide pratique à l'intention des intervenants et intervenantes, 2002.

Cet outil s'adresse à tout le personnel des soins de santé en contact avec les femmes enceintes et leur conjoint et avec les parents de jeunes enfants. L'objectif consiste à fournir une information juste et à jour sur l'allaitement maternel, favorisant ainsi l'uniformité des conseils donnés aux parents.

Devenir parents et allaiter bébé (vidéocassette et son guide d'animation), 2004.

Cette vidéocassette est un outil pour les intervenants afin de soutenir les parents face à leur nouveau rôle. Plusieurs thèmes sont abordés; signalons, entre autres, les changements et les difficultés reliés à l'arrivée d'un nouveau-né et les réalités de l'allaitement.

INFO-SANTÉ CLSC

VOLET PRÉVENTION / PROMOTION EN LIEN AVEC LE PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

Info-Santé CLSC est un service téléphonique infirmier disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine dans l'ensemble du Québec. Il offre une réponse ponctuelle à toute demande relative à la santé et au bien-être. Ce service vise à renforcer l'autonomie des personnes dans la prise en charge de leur santé et à orienter les citoyens vers les ressources sociosanitaires appropriées lorsque requis. Au Québec, 2,5 millions d'appels y sont traités annuellement.

Dès la mise en place du service Info-Santé en 1994, un des objectifs était :

Assurer une surveillance pré alerte en santé publique et une prise en charge rapide des situations problématiques (intoxications, épidémies, etc.). Ainsi Info-Santé CLSC joue un rôle de soutien dans le cadre de la vigie sanitaire. L'an dernier plus de 1 600 appels de cet ordre ont été enregistrés dans la province.

La réponse cohérente à la clientèle qui appelle Info-Santé CLSC est basée sur des « protocoles infirmiers pour l'intervention téléphonique ». Plusieurs d'entre eux traitent de problèmes de Santé publique. Chaque protocole est validé scientifiquement par un Forum d'experts et structuré pour soutenir le client dans son savoir, savoir faire et savoir être.

Les sujets de protocoles liés à la santé publique sont diversifiés, par exemple :

- Allaitement maternel
- Dépistage du cancer du sein
- Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)
- Qualité de l'air intérieur
- Tabagisme
- Virus du Nil occidental, Etc...

Info-Santé CLSC soutien aussi les activités de santé publique en informant la clientèle lors de situations spécifiques comme par exemple lors du SRAS et de la guerre États-Unis/ Irak. Certains événements peuvent aussi être d'envergure plus limitée. Ainsi, dans une région ou un territoire, les actions sont à portée plus restreinte entre les partenaires régionaux ou locaux (ex. : pour un avis d'eau contaminée, une poussée de cas d'hépatite, etc.).

À cette fin, la santé publique émet des communiqués d'information vers les Info-Santé CLSC concernés et reçoit, dans certaines circonstances, les données d'achalandage recueillies sur des sujets particuliers. Actuellement, dans le cadre de la révision du rôle et de l'organisation des services Info-Santé, les ajustements requis pour faciliter ces communications sont à l'étude.

LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF) AU QUÉBEC

Le ministère de la Santé et des Services sociaux crée les groupes de médecine de famille afin de favoriser l'accès à un médecin de famille, d'améliorer la qualité des soins médicaux généraux offerts à la population et de reconnaître le rôle important du médecin de famille. De façon plus précise, le Ministère vise à améliorer :

Le suivi médical et la prise en charge globale des patients inscrits à un médecin de famille membre d'un GMF;

La continuité des services en renforçant le lien avec les autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, notamment des centres de santé et de services sociaux. De plus, les groupes de médecine de famille deviendront des partenaires des futurs réseaux locaux de services (RLS) ;

L'accessibilité à un médecin de famille grâce au travail en groupe et au partage des activités avec les infirmières au sein du GMF.

Les groupes de médecine de famille jouent un rôle essentiel dans l'organisation des services médicaux. Un groupe de médecine de famille est un regroupement de médecins qui travaillent dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille en groupe auprès de personnes inscrites et en collaboration étroite avec des infirmières et d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. Les GMF détiennent également un potentiel considérable pour améliorer la santé de la population en proposant une approche interprofessionnelle et en intégrant les volets prévention et promotion de la santé. Les groupes de médecine de famille s'intègrent aux cliniques privées, aux centres de santé et de services sociaux, aux unités d'enseignement de médecine familiale des hôpitaux pour offrir à la population québécoise des services médicaux généraux.

L'inscription auprès d'un médecin membre d'un groupe de médecine de famille est volontaire et gratuite. Elle constitue une occasion unique pour chaque patient inscrit d'établir une relation durable et privilégiée avec la personne qui sera alors son médecin de famille. Au moment de l'inscription, la personne signe un formulaire par lequel elle consent à la transmission de renseignements personnels. Ainsi, son médecin pourra plus facilement établir un diagnostic et répondre à ses besoins, étant mieux informé des résultats d'examen ainsi que de l'ensemble des soins et des traitements reçus par la personne. Le GMF pourra aussi mieux coordonner l'ensemble des services et des traitements médicaux ou psychosociaux dont la personne a besoin. En cas d'absence du médecin de famille, le travail en groupe et le consentement à la transmission de renseignements personnels permettent à un autre médecin membre d'assurer le suivi de la condition de santé de la personne.

En septembre 2004, le Québec comptait 87 groupes de médecine de famille accrédités. Le Ministère prévoit implanter progressivement des groupes de médecine de famille sur tout le territoire québécois de façon à ce que, d'ici quelques années, l'ensemble de la population puisse soit s'inscrire à un médecin membre d'un GMF ou obtenir un suivi équivalent de la part de l'un des autres types d'organisation de services médicaux du réseau (cliniques privées, centre de santé et de services sociaux, etc) . Pour plus d'information, veuillez consulter le site Internet du ministère : www.msss.gouv.qc.ca/ , section Organisation des services, sous-section Groupes de médecine de famille.

Documentation disponible

Dépliant *Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin.*

Dépliant *The family medicine group can assist for the patient and for the patient's doctor.*

PRÉVENTION DU SUICIDE

La Stratégie québécoise d'action face au suicide *S'entraider pour la vie*

En 1998, le MSSS a mis en œuvre la Stratégie québécoise d'action face au suicide *S'entraider pour la vie*, axée sur deux objectifs généraux :

Stabiliser puis réduire les taux de suicide.

Assurer des services de qualité à toutes les personnes concernées par ce problème : personnes suicidaires, proches et personnes endeuillées.

La Stratégie québécoise propose sept objectifs spécifiques qui couvrent l'ensemble des niveaux d'action : prévention, gamme de services(intervention de crise, suivi, postvention, intervention auprès des groupes à risque...), formation, recherche. Les centres hospitaliers (urgence, psychiatrie), les CLSC, les Centres jeunesse et les organismes communautaires (Centres de prévention du suicide) sont les principaux partenaires impliqués.

L'évaluation d'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide

L'objectif premier de cette évaluation était de déterminer les adaptations requises à la Stratégie québécoise d'action face au suicide, en tenant compte de l'expérience de son implantation en région. Les résultats des consultations menées auprès du réseau et ses partenaires et des instances nationales montrent qu'en dépit de disparités interrégionales et intrarégionales dans l'implantation de la Stratégie, des résultats positifs ont été observés en ce qui concerne la mise en place d'interventions de postvention, de formation et d'intervention de crise et d'intervention auprès des hommes. Par contre il reste beaucoup à faire en ce qui concerne la prévention et les jeunes. Des recommandations découlant de l'évaluation sont présentées.

Documentation disponible

Stratégie québécoise d'action face au suicide, MSSS, 1998. WEB**

Évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, MSSS, 2004. WEB**

Dépliant « *S'entraider pour la vie* » (ce dépliant contient de l'information de base et fait la promotion de la ligne d'intervention de crise 24/7 mise en place par le MSSS en 2000-2001 partout au Québec. WEB**)

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca rubrique Documentation, section Publications.

Projets régionaux ou locaux

Réduire le nombre de décès par suicide en Mauricie et au Centre du Québec, 2003

L'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie a élaboré et implanté à compter de 2003 un plan d'action centré sur la mise en réseau des services et la définition claire des rôles et responsabilités des partenaires. Ce plan vise tout spécialement les clientèles à haut risque.

Projet de formation de sentinelles en prévention du suicide, Chaudière-Appalaches

Dans un vaste territoire majoritairement rural et à faible densité de population, la Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches, en collaboration avec les CLSC locaux et les organismes d'écoute et de prévention du suicide, a déployé un vaste programme de formation de sentinelles dans les communautés afin de favoriser le repérage et l'orientation vers les ressources appropriées des personnes en crise ou suicidaires.

Equipe régionale de formation et de postvention

Une équipe de 8 formateurs spécialisés, rattachés à des centres de prévention du suicide ou des centres de crise dans tous les secteurs de la Montérégie, et financés de façon stable, offrent à tous les intervenants des formations sur l'intervention auprès des personnes suicidaires adaptées aux besoins de chaque groupe et ajustées annuellement à l'évolution des pratiques cliniques.

LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE NÉONATAL

Le programme québécois de dépistage néonatal se divise en deux volets, le dépistage sanguin et le dépistage urinaire.

Le dépistage sanguin

Le programme de dépistage sanguin a débuté en 1969 avec la phénylcétonurie. Par la suite, on y a ajouté la tyrosinémie en 1970 et l'hypothyroïdie congénitale en 1974. Dans le cadre de ce programme, un échantillon sanguin est prélevé de façon systématique au talon des nouveau-nés, entre le troisième et le cinquième jour de vie. Le sang est séché sur papier buvard et transmis au centre hospitalier de l'Université Laval (CHUQ) où il est analysé. Le traitement précoce de ces pathologies permet un développement physique et mental normal et, dans le cas de la tyrosinémie héréditaire, il augmente significativement l'espérance de vie.

Le dépistage urinaire

Le programme de dépistage urinaire de maladies métaboliques héréditaires a été instauré en 1971. L'urine des nouveau-nés est prélevée par ses parents sur un papier buvard au 21^e jour de vie. Le matériel et la documentation sont remis à la mère avant sa sortie de l'hôpital. La participation des parents se fait sur une base volontaire et le taux de participation est de 89 %. Plus de quinze maladies ou anomalies différentes peuvent ainsi être dépistées. Ces maladies ou anomalies se répartissent en deux groupes : celles nécessitant une intervention thérapeutique immédiate et celles nécessitant une intervention et un suivi à long terme.

Le syndrome de Down

Au Québec, depuis 1976, les femmes enceintes âgées de 35 ans et plus ont accès à une amniocentèse au 2^e trimestre de la grossesse, suivie d'un caryotype pour diagnostiquer le syndrome de Down ou d'autres anomalies chromosomiques. La probabilité de donner naissance à un enfant atteint du syndrome de Down augmente avec l'âge de la mère; à 20 ans, elle s'établit à 1 cas sur 1 500 et à 35 ans à 1 sur 385.

TROUBLE DE DÉFICIT DE L'ATTENTION / HYPERACTIVITÉ

Le ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec le ministère de l'Éducation a élaboré un plan d'action qui vise à sensibiliser les parents à la problématique du trouble de déficit de l'attention /hyperactivité et à former les intervenants oeuvrant auprès des enfants et des jeunes. Ce plan d'action rejoint les grandes préoccupations actuelles dans les domaines de l'éducation et de la santé : la concertation et la prévention. En effet, il importe d'intervenir conjointement le plus tôt possible pour prévenir les difficultés et en réduire les incidences.

Documentation disponible

MSSS, Dépliant *L'hyperactivité et les problèmes d'attention chez les jeunes- Soyons vigilants!* WEB**

MSSS, Dépliant *Attention deficit and hyperactivity- be aware!* WEB**

Trouble de déficit de l'attention /hyperactivité Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Plan d'action. WEB**

Trouble de déficit de l'attention /hyperactivité Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Document de soutien à la formation : connaissances et interventions . WEB**

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

PRÉVENTION DES MALADIES CARDIAQUES

Plusieurs centres de cardiologie tertiaire offrent des activités de prévention et de réadaptation liées spécifiquement aux maladies cardiaques. Les services de prévention primaire s'adressent aux personnes sans maladie ou incident cardiaque qui désirent maintenir ou améliorer leur condition cardio-vasculaire. Les services de prévention secondaire visent la prévention des complications et la réadaptation chez les personnes ayant subi une maladie ou un incident cardiaque ainsi que des programmes d'exercice aux personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ou ayant eu un infarctus, un pontage ou une dilatation coronarienne.

Ressources

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

Centre de médecine préventive et d'activité physique de l'Institut de cardiologie de Montréal (ÉPIC)

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE L'HÔPITAL LAVAL

Pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC)

CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

Programme d'amélioration de la santé cardiovasculaire (CHIP)

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE.

Programme de réadaptation cardiopulmonaire

L'UTILISATION OPTIMALE DES MÉDICAMENTS AU QUÉBEC

Le conseil du médicament

Le Conseil du médicament est un organisme qui relève directement du ministre de la Santé et des Services sociaux. Le Conseil a pour fonction d'assister le ministre dans la mise à jour de la liste de médicaments du Régime général d'assurance médicaments et de la liste de médicaments-établissements ainsi que de favoriser leur utilisation optimale. Sur ce dernier point, le Conseil peut notamment : réaliser ou soutenir des activités de revue de l'utilisation des médicaments, proposer le développement et la mise en œuvre de stratégies de formation, d'information et de sensibilisation auprès des professionnels de la santé et de la population ou y contribuer, et voir à l'évaluation des problèmes liés à l'utilisation des médicaments et à la mise en place des mesures pour les prévenir et les corriger.

La campagne de sensibilisation sur le bon usage du médicament

Une vaste campagne de sensibilisation sur le bon usage des médicaments a été lancée à la mi-septembre 2004. Cette campagne, d'une durée de trois ans, a comme message principal « Les médicaments : s'il le faut... comme il le faut ! ». Elle prendra forme notamment par la diffusion de messages télévisés. Le premier message de la campagne sera la promotion du ménage des armoires à pharmacie personnelles.

Les ententes de partenariat avec l'industrie pharmaceutique

À l'été 2002, trois ententes de partenariat ont été conclues par le ministre de la Santé et des Services sociaux avec des fabricants pharmaceutiques. Elles visent à favoriser le bon usage des médicaments par la mise en place de différentes mesures d'information et de formation destinées aux médecins, pharmaciens et patients.

Le Symposium sur l'utilisation optimale du médicament

Les 20 et 21 mai 2004, à l'initiative du ministre de la Santé et des Services sociaux, s'est tenu à Québec un important symposium sur l'utilisation optimale du médicament. Regroupant les principaux intervenants en matière de médicaments au Québec, ce symposium a été l'occasion de partager diverses connaissances et expériences.

La politique du médicament

Une politique du médicament est actuellement en élaboration au Québec. Elle sera constituée de quatre axes, soit l'accessibilité, le prix raisonnable des médicaments, l'utilisation optimale des médicaments et le maintien au Québec d'une industrie pharmaceutique dynamique. Le dépôt d'un projet de politique est prévu pour la fin de 2004 et fera, par la suite, l'objet d'une consultation publique.

Documentation disponible

Brochure *Les médicaments : s'il le faut comme il le faut!*
Brochure *Using Notification : If and as required!*

Pour de plus amples renseignements, vous pouvez consulter le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux (www.msss.gouv.qc.ca) ainsi que celui du Conseil du médicament (www.cdm.gouv.qc.ca).

POLITIQUE D'ÉVALUATION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'évaluation de programme est étroitement liée à la modernisation de la gestion publique. Il incombe au Ministère de s'assurer de l'évaluation de ses politiques et de ses programmes, orientations, interventions et stratégies. Quatre domaines d'intervention peuvent faire l'objet d'une évaluation au sein du Ministère : les orientations, politiques et stratégies ; les plans d'action du Ministère ; certains programmes et l'évaluation en santé publique. Plusieurs directions ministérielles sont mises à contribution pour réaliser les projets d'évaluation dans ces quatre domaines. La Politique explicite l'encadrement de la fonction au Ministère, décrit les grands paramètres de la pratique évaluative et les conditions nécessaires au positionnement durable de cette fonction.

Documentation disponible

*Politique d'évaluation du ministère de la santé et des services sociaux, WEB***

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca
rubrique Documentation, section Publications.

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE : UNE ÉVALUATION DE SA MISE EN ŒUVRE ET DE SES RETOMBÉES SUR L'ACTION DU SYSTÈME SOCIOSANITAIRE QUÉBÉCOIS DE 1992 À 2002

Ce document présente une évaluation de la Politique de la santé et du bien-être adoptée par le ministère de la Santé et des Services sociaux en juin 1992 qui définissait les problèmes prioritaires vers lesquels le système sociosanitaire devait orienter son action, proposait des stratégies pour rendre cette action plus efficace et fixait les objectifs de résultats à atteindre en 2002. L'évaluation porte sur le processus de mise en œuvre de la Politique dès son adoption, sur les réalisations se rattachant aux engagements ministériels inscrits dans la Politique et sur les effets que cette politique a eus sur l'action, tels qu'ils sont perçus par les acteurs du réseau sociosanitaire. Le portrait brossé met en évidence un défi majeur auquel doit faire face notre système sociosanitaire : celui de se donner les instruments pour assurer une continuité à moyen et à long terme dans les orientations et les priorités signifiées aux acteurs du réseau.

Documentation disponible

La politique de la santé et du bien-être : Une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002 WEB**

** Indique que le document est disponible sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca rubrique Documentation, section Publications.