

PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002

VERS L'ATTEINTE DES
RÉSULTATS ATTENDUS :
3^E BILAN

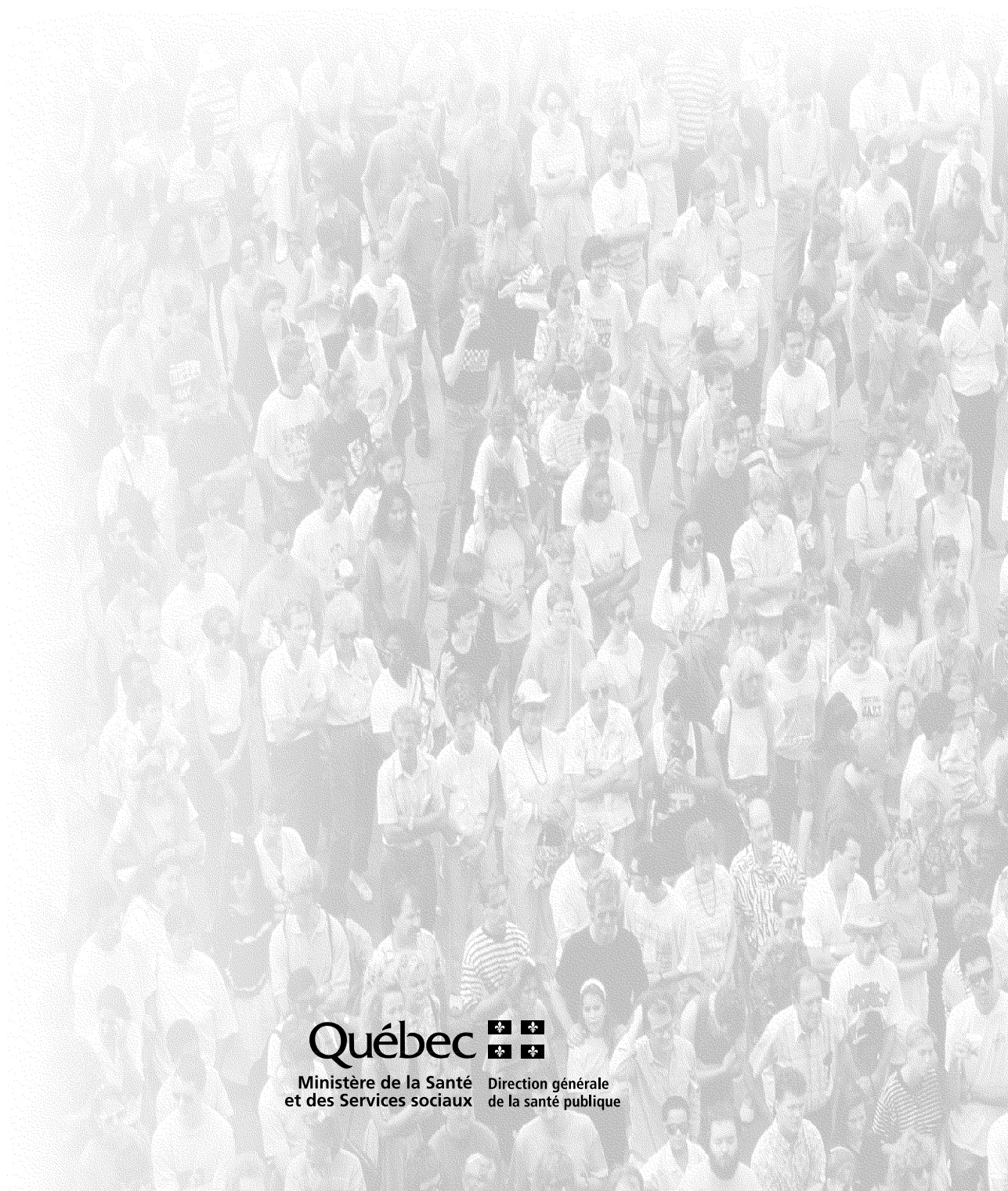


S A N T É P U B L I Q U E



PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002

Vers l'atteinte des résultats attendus : 3^e bilan



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

Coordination :

Pierre Patry, ministère de la Santé et des Services sociaux

Ministère de la Santé et des Services sociaux :

Yv Bonnier-Viger (priorité 5)
Patricia Goggin (priorité 4)
Normande Guérin (priorité 6a)
Marthe Hamel (priorité 1)
Monique Imbleau (priorité 3)
Guy Mercier (priorité 6b)
Pierre Patry (priorité 6b)
Denise Plamondon (priorité 5)
Nelson Potvin (priorité 6b)
Pauline Thiboutot (priorité 4)

Régies régionales, Direction de la santé publique :

Nicole Boudreau, Côte-Nord (priorité 6)
Hélène Cadrin, Bas-Saint-Laurent (priorité 6a)
Louise Desjardins, Lanaudière (priorité 5)
France Filiatrault, Laval (priorité 1)
Danielle Guay, Montréal-Centre (priorité 1)
Maryse Guay, Montérégie (priorité 2)
Marie-Josée Pineault, Québec (priorité 6a)

Mise en page :

Hélène Piché, ministère de la Santé et des Services sociaux

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-37141-0

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

© Gouvernement du Québec

Remerciements

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

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

Lise Cyr, Régie régionale de Québec, Direction de la santé publique
Lynda Fortin, Institut national de santé publique du Québec
Johanne Laverdure, Institut national de santé publique du Québec

Pour les maladies évitables par immunisation

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

Pour le VIH et les maladies transmissibles sexuellement

Danielle Auger, Centre québécois de coordination sur le sida
Carole Chamberland, Régie de l'assurance maladie du Québec
Richard Cloutier, Centre québécois de coordination sur le sida
Nancy Lajeunesse, Régie de l'assurance maladie du Québec
Céline Poulin, Centre de recherche de l'Hôpital du Saint-Sacrement
Johanne Samson, Hôpital Sainte-Justine
Terry-Nan Tannenbaum, Centre québécois de coordination sur le sida

Pour le dépistage du cancer du sein

Richard Tremblay, ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour le tabagisme

Danielle Brochu, Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de la santé publique
Danielle Léveillé, Régie régionale de l'Outaouais, Direction de la santé publique
André Secours, Régie régionale de Chaudière-Appalaches, Direction de la santé publique

Pour les traumatismes non intentionnels

Denis Allard, Régie régionale de Montréal-Centre
Claude Bégin, Régie régionale de Lanaudière, Direction de la santé publique
Aline Émond, Régie régionale de l'Estrie, Direction de la santé publique
Yvonne Robitaille, Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de la santé publique
Diane Sergerie, Régie régionale de la Montérégie, Direction de la santé publique

Pour les traumatismes intentionnels : la violence envers les personnes

Diane Lacroix, ministère de la Santé et des Services sociaux

Avant-propos

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

Dès le premier et le deuxième bilan de l'évaluation annuelle des priorités nationales, nous constatons que des actions avaient été entreprises pour chacune des priorités et que certains résultats étaient en bonne voie d'être atteints. En 2000, un troisième bilan a permis de constater que nous avons réussi à poursuivre l'implantation des priorités et à maintenir le cap sur des résultats attendus en 2002. Ainsi, la lecture de ce troisième bilan permet d'observer qu'un bon nombre de résultats visés par le réseau de la santé publique en 1997 seront effectivement atteints, comme prévu, en 2002. Dans d'autres cas, elle permettra aussi aux différents intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux décideurs de préciser davantage les actions à intensifier pour atteindre les résultats fixés.

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

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

Richard Massé
Sous-ministre adjoint à la santé publique

Table des matières

Remerciements	3
Avant-propos.....	5
Liste des tableaux, graphiques et figures	9
Liste des abréviations, acronymes et sigles	13
Liste des régions sociosanitaires du Québec	15
Introduction	17
Méthode	17
Priorité 1 Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes	19
Faits saillants	21
1.1 Accessibilité aux programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité ...	23
1.1a Disponibilité des programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité	31
1.2 Allaitement maternel.....	55
1.3 Valorisation du rôle du père.....	61
Priorité 2 Les maladies évitables par l'immunisation.....	79
Faits saillants	81
2.1 Couverture vaccinale des enfants de 2 ans	83
2.2 Vaccination des adolescents contre l'hépatite B et rappels.....	95
2.3 Élimination des maladies évitables par l'immunisation	104
2.4 Réduction de l'incidence des maladies évitables par immunisation	108
2.5 Vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en CHSLD.....	113
2.6 Vaccination contre l'influenza des personnes âgées vivant en milieu ouvert	116
2.7 Taux d'utilisation des vaccins achetés	120
2.8 Vaccins soumis à une température inadéquate	123
Priorité 3 Le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement.....	129
Faits saillants	131
3.1 Programmes de prévention pour les populations vulnérables	133
3.2 Politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie.....	147
3.3 Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse.....	149
3.4 Données fiables sur l'infection par le VIH, sur les MADO et sur les MTS.....	152
Priorité 4 Le dépistage du cancer du sein	155
Faits saillants	157
4.1 Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein	159
4.2 Taux de participation de la population cible	163
4.3 Taux de cancers détectés	164
4.4 Taux de mortalité attribuable au cancer du sein chez les femmes de 55 à 74 ans	165
Priorité 5 Le tabagisme	167
Faits saillants	169
5.1 Stratégie de prévention du tabagisme.....	171
5.2 Réduction du tabagisme chez les 15 ans et plus	173
5.3 Réduction du tabagisme chez les jeunes	175
5.4 Soutien à l'abandon du tabagisme	177

Priorité 6 Les traumatismes non intentionnels.....	191
Faits saillants	193
6.1 Prévention des blessures à domicile.....	195
6.2 Prévention des blessures dans les établissements	199
6.3 Programmes d'application sélective.....	200
6.4 Législation et réglementation	203
Priorité 6a Les traumatismes intentionnels – La violence envers les personnes	205
Faits saillants	207
6a.1 Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes.....	209
6a.2 Promotion des comportements pacifiques et prévention de la violence envers les personnes.....	214
6a.3 Protocole de référence interorganisme	220
Priorité 6b Les traumatismes intentionnels – Le suicide.....	225
Faits saillants	227
6b.1 Taux de suicide au Québec.....	229
6b.2 Projets pilotes de prévention du suicide.....	230
Conclusion.....	237

Liste des tableaux, graphiques et figures

Tableau 1.1	Nombre et proportion de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes, et nombre total de femmes rejointes par un programme du type NEGS – Québec et régions, 1999-2000.....	29
Tableau 1.1.1	Nombre et proportion de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes et nombre total de femmes rejointes par un programme du type NEGS intégral ou non – Québec, 1999-2000.....	30
Graphique 1	Durée du suivi postnatal offert dans un programme du type NEGS, Québec, 1998-1999 et 1999-2000	34
Graphique 2	Nombre de rencontres ou de contacts postnatals offerts dans un programme du type NEGS, Québec, 1998-1999 et 1999-2000	34
Tableau 1.1a1	Proportion et nombre de CLSC selon les caractéristiques du programme du type NEGS offert – Québec, 1998-1999 et 1999-2000	40
Tableau 1.1a2	Nombre et proportion de CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS sans égard à la présence de l'ensemble des composantes – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000.....	41
Tableau 1.1a3	Proportion et nombre de CLSC selon les composantes du suivi individuel offert dans un programme du type NEGS – Québec, 1998-1999 et 1999-2000.....	43
Tableau 1.1a4	Nombre et proportion de CLSC offrant le suivi à compter de la vingtième semaine de grossesse ou plus tôt dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000	44
Tableau 1.1a5	Nombre et proportion de CLSC offrant au moins huit rencontres prénatales dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000.....	45
Tableau 1.1a6	Nombre et proportion de CLSC terminant le suivi postnatal à 24 mois ou plus tard dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000..	47
Tableau 1.1a7	Nombre et proportion de CLSC offrant au moins 25 rencontres ou contacts postnatals dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000.....	48
Tableau 1.1a8	Nombre et proportion de CLSC offrant un suivi multidimensionnel dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000.....	49
Tableau 1.1a9	Proportion et nombre de CLSC selon chacune des dimensions du suivi individuel offertes dans un programme du type NEGS – Québec, 1998-1999 et 1999-2000.....	50
Tableau 1.1a10	Nombre et proportion de CLSC dont le suivi individuel est offert par une intervenante privilégiée dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000	51
Tableau 1.1a11	Nombre et proportion de CLSC disposant d'une équipe interdisciplinaire dans un programme du type NEGS – Québec et régions 1998-1999 et 1999-2000	52
Tableau 1.1a12	Nombre et proportion de CLSC dont le programme du type NEGS inclut l'accompagnement communautaire – Québec et régions, 1999-2000.....	53

Tableau 1.1a13	Nombre et proportion de CLSC dont le programme du type NEGS peut compter sur un regroupement intersectoriel en rapport avec le programme – Québec et régions, 1999-2000	54
Tableau 1.2	Allaitement maternel, données de 1997-1998, 1998-1999 et 1999-2000.....	58
Tableau 1.3	Nombre de régions où ont eu lieu des actions en matière de valorisation du rôle du père, selon les catégories, 1998-1999 et 1999-2000.....	65
Tableau 1.3a	Lieux de réflexion sur la valorisation du rôle du père en 1998-1999, mise à jour 1999-2000	66
Tableau 1.3b	Ateliers de sensibilisation ou de formation pour les intervenants en 1998-1999, mise à jour 1999-2000.....	68
Tableau 1.3c	Adaptation d'outils de travail en 1998-1999, mise à jour 1999-2000.....	70
Tableau 1.3d	Production ou utilisation d'outils en 1998-1999, mise à jour 1999-2000.....	71
Tableau 1.3e	Adaptation d'activités ou de programmes en 1998-1999, mise à jour 1999-2000.....	73
Tableau 1.3f	Conception de nouvelles activités en 1998-1999, mise à jour 1999-2000.....	75
Tableau 2.1.1	Système d'information sur la vaccination (SIV) pour les enfants québécois de 2 ans – État de l'implantation au 31 décembre 1999 au niveau régional	88
Tableau 2.1.2	Participation des CLSC au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 1999.....	89
Tableau 2.1.3	Participation des centres hospitaliers au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 1999.....	90
Tableau 2.1.4	Participation du secteur privé au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 1999.....	91
Tableau 2.1.5	Estimations du nombre et de la proportion d'enfants de 0 à 2 ans vaccinés selon le lieu de vaccination – Québec et régions, 1999	92
Tableau 2.1.6	Couverture vaccinale des enfants de 2 ans – Régions du Québec, situation au 31 décembre 1999	93
Tableau 2.1.7	Couverture vaccinale des enfants en classe maternelle – Régions du Québec, année scolaire 1998-1999.....	94
Tableau 2.2.1	Système d'information sur la vaccination (SIV) des élèves québécois de 3 ^e secondaire – État de l'implantation au 31 décembre 1999 au niveau régional	99
Tableau 2.2.2	Participation des CLSC au SIV et à la vaccination des élèves de 3 ^e secondaire – Régions du Québec, 1999.....	100
Tableau 2.2.3	Participation des centres hospitaliers à la vaccination des élèves de 3 ^e secondaire – Régions du Québec, 1999.....	101
Tableau 2.2.4	Participation du secteur privé au SIV et à la vaccination des élèves de 3 ^e secondaire – Régions du Québec, 1999.....	102
Tableau 2.2.5	Couverture vaccinale contre l'hépatite B et rappels des élèves de 3 ^e année secondaire – Régions du Québec, année scolaire 1998-1999	103

Tableau 2.3.1	Taux brut d'incidence des maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1990-1999 (taux par 100 000 habitants)	107
Tableau 2.4.1	Taux brut d'incidence ¹ des maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1990-1999 (taux par 100 000 habitants)	111
Tableau 2.4.2	Facteurs de risque chez les cas d'hépatite A, Québec, 1999	112
Tableau 2.5.1	Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en CHLSD – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000	115
Tableau 2.6.1	Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000	118
Figure 2.6.1	Évolution des couvertures vaccinales contre l'influenza chez les personnes de 65 ans ou plus selon leur milieu de vie – Québec, 1996-2000	119
Tableau 2.7.1	Taux d'utilisation des vaccins achetés – Québec et régions, 1999-2000 (données au 1 ^{er} avril 2000).....	122
Tableau 2.8.1	Surveillance de la température des vaccins pendant le transport, nombre et proportion de réfrigérateurs munis d'un thermomètre à maximum et minimum – Québec et régions, 1999-2000 (données au 1 ^{er} avril 2000).....	125
Tableau 2.8.2	Nombre et proportion de vaccins soumis à une température inadéquate – Québec et régions 1999-2000.....	126
Tableau 3.1a	Programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ou la consommation moins risquée de drogue par injection et groupes ciblés, selon les régions, 1999-2000.....	140
Tableau 3.1b	Nombre de régions où des activités ou des interventions sont offertes aux populations vulnérables, 1999-2000.....	142
Tableau 3.1c	Moyens de prévention offerts dans les centres de détention de compétence québécoise, selon les régions, 1999-2000.....	144
Tableau 3.1d	Portrait des centres d'accès aux seringues du Québec au 1 ^{er} janvier 1999 et au 1 ^{er} janvier 2000	145
Tableau 3.1e	Composantes de programmes permettant aux toxicomanes de se procurer de la méthadone, selon les régions, du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 1999.....	146
Tableau 4.1	Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, situation au 31 mars 2000.....	161
Tableau 5.2a	Proportion de fumeurs selon la région au Québec.....	174
Tableau 5.4a	Soutien à l'abandon du tabagisme : services d'information et de référence, 1999-2000.....	181
Tableau 5.4b	Soutien à l'abandon du tabagisme : services de <i>counseling</i> individuel, 1999-2000	183
Tableau 5.4c	Soutien à l'abandon du tabagisme : services (ou méthodes) de groupe, 1999-2000..	186
Tableau 5.4d	Promotion des services (ou méthodes) pour cesser de fumer, 1999-2000	188

Tableau 5.4e	Accessibilité à au moins un service pour cesser de fumer dans tous les territoires de CLSC de la région et promotion continue de ces services par au moins un moyen, 1999-2000	190
Tableau 6.1a	Projets pilotes en prévention des blessures à domicile, de 1997 à 2000	197
Tableau 6.1b	Documentation reçue sur les projets pilotes visant la prévention des blessures à domicile, 1999-2000	198
Tableau 6.3	Programme d'application sélective (PAS), de 1997-1998 à 1999-2000	202
Tableau 6a.1	Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes, 1999-2000	212
Tableau 6a.2	Portrait des projets pilotes et des initiatives en promotion des comportements pacifiques et en prévention de la violence envers les personnes, 1999-2000	216
Tableau 6a.2.1	Projets pilotes selon le type de violence pour les années 1997-1998, 1998-1999 et 1999-2000	219
Tableau 6a.3.1	Protocoles de référence interorganismes en application, 1999-2000.....	223
Tableau 6b.1	Mortalité attribuable au suicide au Québec, 1995-1998.....	233
Tableau 6b.2	Projets pilotes financés en prévention du suicide, 1999-2000.....	234

Liste des abréviations, acronymes et sigles

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

MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmissible sexuellement
n.a.	Non applicable
n.d.	Non disponible
NEGS	« Naître égaux – Grandir en santé »
n.r.	Non-réponse
n.s.p.	Ne sais pas
OLO	« Œuf, lait et orange »
ONG	Organisme non gouvernemental
PAS	Programme d'application sélective
PES	Programme d'échange de seringues
PNSP	<i>Priorités nationales de santé publique 1997-2002</i>
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RRO	Rougeole, rubéole et oreillons
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIV	Système d'information sur la vaccination
CDI	Consommateur de drogue par injection
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

Liste des régions sociosanitaires du Québec

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

Introduction

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

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

Au printemps 2000, l'opération de suivi a permis aux régies régionales de faire le point sur la situation au terme de la troisième année, soit au 31 mars 2000. Les données collectées témoignent du travail accompli dans chacune des régions.

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

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

Méthode

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

Pour chaque résultat attendu, un indicateur a été mis au point. Ce travail a été réalisé en 1997-1998, soit dans la première année d'évaluation. L'exercice a d'abord nécessité une analyse systématique des termes de chaque résultat attendu et l'établissement d'une

définition la plus précise possible de chacun des concepts en cause. Un examen approfondi des sources de données existantes, en fonction de critères de disponibilité, de validité et de fiabilité, a été réalisé.

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

L'année 1997-1998 a donné lieu à une première collecte d'information (du 1^{er} avril 1997 au 31 mars 1998). La collecte de la deuxième année a suivi de près le même modèle. Cependant, pour la collecte de la troisième année, nous avons modifié certains indicateurs ou certaines questions à la lumière de l'expérience des première et deuxième années. Dans la mesure du possible, nous avons tenté de maintenir les éléments comparables d'une année à l'autre. Le lecteur trouvera les explications nécessaires dans les commentaires relatifs à chacun des résultats attendus. Les deuxième et troisième collectes ont été effectuées respectivement au 31 mars 1999 et au 31 mars 2000.

Limites liées à la méthode

Les instruments utilisés sont encore perfectibles. De plus, nous demandons aux personnes de transmettre l'information rétrospectivement, en considérant la période allant du 1^{er} avril 1999 au 31 mars 2000 dans ce cas-ci. Cette remontée dans le temps a pu constituer une contrainte supplémentaire et engendrer des imprécisions.

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

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

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

priorité 1

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



Faits saillants

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

Le présent bilan permet d'estimer que 5 408 femmes pauvres et sous-scolarisées (moins de onze années de scolarité) ont été rejointes, en 1999-2000, par un programme du type NEGS, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes d'un tel programme, ce qui représente 47,2 % de la population visée. Bien que la méthode de calcul ait été modifiée par rapport aux bilans antérieurs, on conclut à une augmentation du nombre de femmes visées qui se sont prévaluées d'un de ces programmes entre 1998-1999 et 1999-2000. Les données permettent également d'estimer à seulement 3,5 % la proportion de la population des femmes pauvres et sous-scolarisées ayant participé à un programme du type NEGS qui incluait toutes ses composantes.

L'examen de la proportion des CLSC proposant le programme indique une amélioration de l'offre des programmes du type NEGS. En effet, cette proportion est passée de 73,7 % en 1998-1999 à 87,1 % en 1999-2000, et ce, toujours sans égard à la présence des composantes du programme. Toutefois, moins d'un CLSC sur dix (8,2 %) propose un programme du type NEGS intégral.

L'analyse de certaines dimensions du programme révèle une réduction des écarts entre le contenu du programme, tel qu'il est défini, et la façon dont les CLSC appliquent cette définition, notamment en ce qui concerne la durée du suivi prénatal et l'aspect multidimensionnel du suivi. Toutefois, l'intensité du suivi postnatal à l'intérieur du premier volet du programme et la présence d'un regroupement intersectoriel, qui constitue le troisième volet, représentent des composantes qui sont loin de respecter les standards fixés pour un programme du type NEGS.

Le bilan nous apprend aussi que, dans douze régions, on dispose d'information sur l'allaitement maternel ; ces taux varieraient de 48 % à 83 % selon les régions, la médiane s'établissant à 69 %. Les données recueillies sont insuffisantes pour estimer les taux d'allaitement à trois mois et à six mois.

Quant à la valorisation du rôle du père, elle fait l'objet de plusieurs initiatives locales particulièrement visibles en ce qui concerne la mise en place de lieux de réflexion et l'adaptation d'activités ou de programmes concernant ce thème.

Enfin, l'implantation de programmes intégrés en milieu de garde et la programmation intégrée en milieu scolaire n'ont fait l'objet d'aucun suivi dans le présent bilan.

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

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

Méthode

Définitions

Programme du type NEGS

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

Volet 1 : suivi individuel

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

Volet 2 : accompagnement communautaire

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

Volet 3 : regroupement intersectoriel

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

Programme du type NEGS intégral

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

Sous-scolarisées

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

Extrême pauvreté

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

Femmes rejointes

Femmes qui ont commencé le programme en 1999-2000 sans égard à la persistance dans le programme.

Indicateurs

- Proportion des femmes pauvres et sous-scolarisées qui ont bénéficié d'un programme du type NEGS sans égard à la présence de l'ensemble des composantes ;
- proportion des femmes pauvres et sous-scolarisées qui ont bénéficié d'un programme du type NEGS intégral ;
- nombre de femmes qui ont bénéficié d'un programme du type NEGS, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes ;
- nombre de femmes qui ont bénéficié d'un programme du type NEGS intégral.

Collecte des données

La collecte d'information sur l'accessibilité aux programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité a été effectuée à l'aide d'un questionnaire distribué dans les régions.

Calcul des indicateurs

La population visée (dénominateur) a été estimée au nombre d'enfants nés de mères sous-scolarisées (< 11 ans d'études) pour l'année 1997. La scolarité de la mère étant inconnue pour une partie des naissances (5 % ou 6 % à l'échelle du Québec), nous avons redistribué les inconnus en leur appliquant la proportion d'enfants nés de mères sous-scolarisées établie à partir des naissances dont la scolarité de la mère était connue. Cette procédure a été appliquée à partir de la réalité observée dans chaque CLSC. Précisons que les données de 1997 de la région de Québec présentaient, exceptionnellement, un taux très élevé de réponses manquantes pour la scolarité ; la proportion d'enfants nés de mères sous-scolarisées observée en 1996 a alors été appliquée aux inconnus de 1997.

Des estimations ont été faites pour les 36 CLSC offrant le programme NEGS mais n'ayant pu fournir d'information sur le nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes (numérateur)¹. La proportion « population visée rejointe/population visée » obtenue pour les CLSC ayant donné une réponse a alors été appliquée à la population visée des CLSC qui n'en ont pas donné et le nombre estimé a été retenu en autant qu'il ne dépassait pas le nombre de femmes rejointes sans égard à leurs caractéristiques,

1. Dans les bilans précédents, les CLSC offrant NEGS mais n'ayant pu fournir d'information sur le nombre de femmes rejointes (visées ou non), étaient considérés comme ne rejoignant aucune femme.

lorsque ce dernier était donné¹. Lorsqu'il le dépassait – c'est le cas dans cinq CLSC –, le nombre de femmes rejointes a été retenu pour estimer le nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées qui étaient rejointes.

De plus, le nombre de femmes rejointes a dû aussi être estimé pour une dizaine de CLSC offrant le programme NEGS. Nous leur avons attribué une valeur minimale, soit le nombre fourni ou estimé de femmes sous-scolarisées qui ont bénéficié du programme (sous-estimation possible). Finalement, on a considéré que les CLSC pour lesquels l'information transmise ne permettait pas de savoir s'ils offraient ou non ce programme (quinze CLSC), ne rejoignaient aucune femme (sous-estimation possible).

Soulignons que la redistribution des cas où la scolarité est inconnue pour le dénominateur et l'estimation des populations rejointes sont des opérations qui n'ont été introduites que cette année, ce qui limite la comparaison avec les indicateurs calculés l'année précédente.

Résultats

Femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes

Pour l'ensemble du Québec, on estime que 5 408 femmes pauvres et sous-scolarisées ont participé à un programme intégré du type NEGS entre le 1^{er} avril 1999 et le 31 mars 2000 (cf. tableau 1.1). Si l'on rapporte ce nombre à l'ensemble des enfants nés de mères sous-scolarisées, on obtient un degré de couverture de la population visée de 47,2 %. Comme nous avons modifié la méthode de calcul de l'indicateur cette année, on ne peut comparer cette proportion au résultat obtenu dans le bilan de 1998-1999. Pour être en mesure de saisir la tendance d'une année à l'autre, nous avons donc appliqué la méthode de calcul du bilan 1998-1999 aux données de 1999-2000². Les résultats laissent à penser qu'un plus grand nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées ont été rejointes par un programme du type NEGS en 1999-2000 par rapport à 1998-1999.

Le degré de couverture de la population visée est fort variable d'une région à l'autre. Neuf régions présentent des proportions plus élevées que celle qui est observée au Québec (47,2 %), dont quatre qui rencontrent plus de 80 % des femmes pauvres et sous-scolarisées de leur territoire. Mentionnons que dans deux régions, aucune femme n'a bénéficié d'un programme du type NEGS.

Les données précédentes méritent toutefois d'être nuancées, car elles ne tiennent pas compte des caractéristiques du programme offert dans chacun des CLSC. Or, comme l'analyse subséquente des résultats par CLSC le révèle, les différentes composantes du programme sont rarement réunies (voir les résultats de l'objectif 1.1a). Comme l'indique le tableau 1.1.1, le nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes par un programme du type NEGS intégral, soit un programme offrant l'ensemble des composantes prévues, est de 404 seulement, pour une proportion de 3,5 %.

1. En effet, certains CLSC ont fourni de l'information sur le nombre de femmes rejointes sans toutefois pouvoir en distinguer les femmes pauvres et sous-scolarisées.

2. Année 1998-1999 : 3 599 / 11 433 = 31,5 % ; année 1999-2000 : 4 107 / 10 855 = 37,8 %.

Femmes rejointes quelles que soient leurs caractéristiques

Le nombre de femmes rejointes par un programme du type NEGS, sans égard aux composantes du programme, serait de 9 108 en 1999-2000 ; il ne s'agit toutefois pas du nombre total de femmes ayant les caractéristiques de la population visée (pauvreté et faible scolarité, cf. tableau 1.1). Cela nous indique que 41 % de la population rejointe ne ferait pas partie de la population visée. Cette réalité avait déjà été observée l'an dernier et se présente cette année dans toutes les régions à des degrés divers. Notons que 100 femmes n'ayant pas les caractéristiques de la population visée bénéficient d'un programme du type NEGS intégral, pour un total de 504 femmes rejointes par un tel programme (cf. tableau 1.1.1).

Discussion

Limites méthodologiques

Pour ce qui est des critères de définition de la population cible (dénominateur), cette année encore, la notion de « population sous-scolarisée en situation d'extrême pauvreté » a été réduite à la seule dimension de la sous-scolarisation, car c'est l'unique variable inscrite dans le fichier des naissances. Or, la sous-scolarisation n'est pas aussi étroitement associée au faible revenu dans certaines régions éloignées qu'elle peut l'être en région urbaine.

D'autres éléments risquent d'influer sur la validité des résultats obtenus. Le premier concerne les effets des réponses manquantes concernant le nombre de femmes rejointes (visées ou non) par un programme du type NEGS. D'une part, les estimations obtenues pour les CLSC qui offrent ce type de programme mais qui n'ont pas répondu laissent supposer que ces derniers se comportent comme ceux qui ont répondu, ce qui n'est peut-être pas le cas. D'autre part, une sous-estimation de la population rejointe a pu être produite par le fait de ne compter aucune femme rejointe par les CLSC dont on ne savait pas s'ils offraient un tel programme. Dans le bilan 1998-1999, on considérait que les CLSC qui ne pouvaient fournir de données sur le nombre de participantes au programme NEGS ne rejoignaient aucune femme. Nous pensons que les estimations de cette année sont plus justes. Ces modifications, qui limitent la comparaison entre la situation de 1998-1999 et celle de 1999-2000, n'entravent toutefois en rien la comparaison avec l'objectif à atteindre.

Le deuxième élément vise les données colligées qui montrent que, pour certains CLSC, la population rejointe a été évaluée en considérant non seulement les femmes ayant amorcé le programme en 1999-2000, mais également celles qui poursuivaient le programme pour la seconde année. Lorsque les données transmises permettaient de préciser le nombre de femmes ayant commencé le programme en 1999-2000, ce nombre était retenu pour estimer la proportion de population rejointe. Il est toutefois possible que, pour un nombre indéterminé de CLSC offrant le programme selon la durée prévue – soit plus de deux ans –, l'estimation de la population rejointe ait été basée sur l'ensemble des femmes qui ont bénéficié du programme durant l'année. Un tel procédé aurait pour conséquence de surestimer la population rejointe par le programme. Pour le prochain bilan, des questions plus précises sur les femmes nouvellement inscrites et sur celles poursuivant le programme pour la seconde année permettraient d'obtenir une estimation plus exacte du nombre de femmes rejointes et de leur persistance dans ce programme.

Il faut toutefois retenir que, malgré les limites méthodologiques mentionnées précédemment, nous pensons que les observations faites pour l'ensemble du Québec refléteraient la tendance. Une mise en garde doit cependant être faite à propos de l'interprétation des données régionales. Toute comparaison temporelle ou interrégionale exige une extrême prudence, car les diverses limites méthodologiques touchent les régions à des degrés divers.

La population rejointe en 1999-2000

À première vue, les données relatives à la population visée rejointe en 1999-2000 par un programme du type NEGS, sans égard aux composantes offertes, laissent croire que l'on est près d'atteindre les résultats fixés par les priorités nationales, à savoir la participation de 50 % des femmes pauvres et sous-scolarisées. En effet, dans neuf régions, le taux d'atteinte de la population visée dépasse l'objectif de 50 %, alors qu'il est estimé à 47,2 % pour l'ensemble du Québec.

Toutefois, la faible proportion (3,5 %) de mères pauvres et sous-scolarisées rejointes par un programme du type NEGS intégral nous indique plutôt que l'on est loin de répondre à l'objectif visé. La difficulté ne réside donc pas dans la possibilité de rencontrer les femmes enceintes visées, mais bien dans celle de leur offrir un véritable programme intégré en périnatalité, du type NEGS. La section suivante (objectif 1.1a) aborde justement l'offre de service d'un programme du type NEGS.

Les femmes rejointes et les femmes visées rejointes 1999-2000

L'examen des données relatives à la population rejointe par un programme du type NEGS en 1999-2000 permet d'observer un écart important entre le nombre total de femmes rejointes et le nombre de femmes rejointes présentant les caractéristiques visées, à savoir la pauvreté et la faible scolarité. On peut se questionner sur la pratique, qui paraît assez généralisée dans toutes les régions du Québec, d'offrir un programme du type NEGS à d'autres populations que celle à laquelle il est destiné.

On peut aisément supposer qu'un programme de ce type soit indiqué pour un certain nombre de femmes qui, sans présenter le double critère de pauvreté et de faible scolarité, ont néanmoins des caractéristiques associées à d'autres facteurs représentant un risque pour la santé et le bien-être de leur enfant, notamment la monoparentalité, l'isolement social ou encore des problèmes de santé mentale ou d'adaptation sociale. Une telle souplesse dans l'application des critères de sélection pour la participation à un tel programme ne peut cependant, à elle seule, expliquer l'écart important entre le nombre total de participantes et le nombre de femmes correspondant aux critères établis pour participer à un tel programme.

Le nombre élevé de participantes qui ne répondent pas aux critères de la population cible nous amène à nous questionner sur la nature de l'offre de service en périnatalité et sur la précision des critères de cette offre. On peut en effet supposer qu'une offre de service trop limitée fait en sorte que, faute de programmes mieux adaptés, on accepte des femmes dont les besoins sont moins criants que celles qui sont visées par un programme du type NEGS et que l'on modifie les composantes du programme selon les besoins et les caractéristiques de la clientèle.

Évolution dans l'atteinte de la population visée entre 1998-1999 et 1999-2000

Malgré les limites importantes qui viennent nuancer l'estimation de la population rejointe et malgré les limites des comparaisons possibles d'une année à l'autre en raison des modifications apportées dans le mode de calcul, tout laisse croire à une augmentation entre 1998-1999 et 1999-2000 de la proportion des femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes par un programme du type NEGS, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes. Il n'est toutefois pas possible de se prononcer sur l'évolution de la proportion des femmes visées rejointes par un programme intégral, car nous ne disposons pas de cette information pour 1998-1999.

Tableau 1.1 Nombre et proportion de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes, et nombre total de femmes rejointes par un programme du type NEGS – Québec et régions, 1999-2000

Régions	Enfants nés de mères sous-scolarisées	Femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes		Femmes rejointes
	Nombre	Nombre	Proportion (%)	Nombre
01	260	163 ²	62,5	302 ⁴
02	361	302	83,7	469
03 ¹	424	395	93,2	1 289
04	690	472 ²	68,4	923
05	402	216	53,8	424
06	3 686	1 518 ²	41,2	2 527 ⁴
07	583	237	40,7	322
08	336	374	111,3 ³	395
09 ¹	303	120 ²	39,7	181 ⁴
10	41	0	0	0
11	204	90 ²	44,2	117 ⁴
12 ¹	400	220 ²	55,0	499 ⁴
13 ¹	391	224 ²	57,3	282
14	584	133	22,8	180
15	807	188	23,3	191
16	1 654	585	35,4	816
17	171	171	100,0	191
18	163	0	0	0
Total	11 460	5 408	47,2	9 108

1. Cette année, les responsables de ces régions ont précisé que le type de programme offert ne respectait pas l'ensemble des caractéristiques d'un programme du type NEGS.
2. Des estimations ont été faites pour la moitié ou l'ensemble des CLSC de ces régions.
3. En raison du fait que nous travaillons avec des estimations de la population visée, que le nombre de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes a été estimé pour certains CLSC et que les données transmises sur les populations rejointes comportent des limites, on ne peut assurer la validité des proportions présentées. Elles ne doivent pas être considérées comme des valeurs précises mais plutôt indicatives d'un ordre de grandeur et, dans ce contexte, un résultat supérieur à 100 % est possible.
4. Des estimations ont été faites pour un ou deux CLSC de ces régions.

Tableau 1.1.1 Nombre et proportion de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes et nombre total de femmes rejointes par un programme du type NEGS intégral ou non – Québec, 1999-2000

Caractéristiques du programme du type NEGS offert	Femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes		Femmes rejointes
	Nombre	Proportion (%)	Nombre
NEGS sans égard à la présence de l'ensemble des composantes	5 408	47,2	9 108
Programme du type NEGS intégral	404	3,5	504

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

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

Méthode

Définition

Programme du type NEGS

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

Volet 1 : suivi individuel

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

Volet 2 : accompagnement communautaire

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

Volet 3 : regroupement intersectoriel

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

Programme du type NEGS intégral (NEGS intégral)

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

Indicateurs

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

Collecte des données

La collecte d'information sur l'offre des programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité a été effectuée à l'aide du questionnaire sur l'accessibilité aux programmes (*cf.* objectif 1.1), distribué dans les régions.

Résultats

Programme du type NEGS

En 1999-2000, 128 CLSC offraient un programme du type NEGS, soit 87,1 % de tous les CLSC du Québec, comparativement à 73,7 % en 1998-1999 (112 CLSC, *cf.* tableau 1.1a1). En 1998-1999 et 1999-2000, un tel programme existait dans dix régions sur l'ensemble de leur territoire, alors qu'il ne faisait pas partie de l'offre de service dans deux régions. Par ailleurs, en 1999-2000, quatre CLSC n'offraient pas de programme du type NEGS et aucune information n'est donnée par quinze CLSC (*cf.* tableau 1.1a2).

Lorsqu'on examine l'offre de service en fonction de la présence des composantes du programme, on observe que douze CLSC (8,2 %) offraient cette année un programme du type NEGS intégral, c'est-à-dire qui inclut toutes les composantes prévues au programme. La proportion des CLSC qui offrent toutes les composantes du suivi individuel (volet 1) est de 8,8 % ; elle s'élève à 84,4 % pour ce qui est de l'accompagnement communautaire (volet 2) et à 49,7 % en ce qui concerne la présence

d'un regroupement intersectoriel (volet 3, cf. tableau 1.1a1). Il faut souligner que l'offre du programme en fonction de la présence des trois volets d'activité n'a pas été examinée dans le bilan de 1998-1999. Nous reviendrons sur les caractéristiques de l'offre de service de chacun des volets du programme dans les sections qui suivent.

Volet 1 : le suivi individuel

Comme il a été mentionné précédemment, une faible proportion de CLSC offraient en 1999-2000 toutes les composantes du suivi individuel. Alors qu'une majorité de CLSC respectaient des critères comme la période du suivi prénatal et sa durée, l'aspect multidimensionnel du suivi, la présence d'une intervenante privilégiée et l'existence d'une équipe interdisciplinaire, la proportion de CLSC qui ont eu le nombre souhaité de rencontres postnatales et fait le suivi jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 2 ans s'avère plus faible (cf. tableau 1.1a3).

La période du suivi prénatal et le nombre de rencontres effectuées

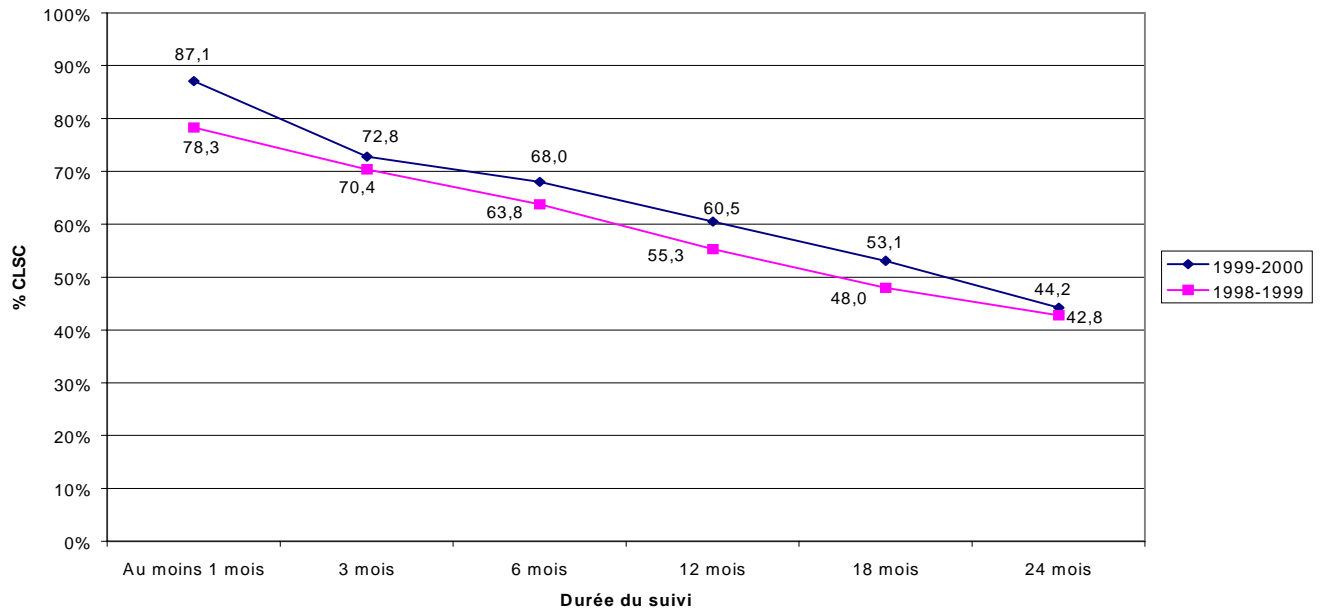
En 1999-2000, la majorité des CLSC (84,4 %) prévoyaient accueillir, dans un programme intégré du type NEGS, les femmes enceintes à compter de la vingtième semaine de grossesse ou avant, comparativement à 75 % des CLSC l'an dernier (cf. tableau 1.1a4). Par ailleurs, près de trois CLSC sur cinq (59,2%) offriront un nombre minimal de huit rencontres¹ individuelles en période prénatale, et ce, tant en 1998-1999 qu'en 1999-2000 (cf. tableau 1.1a5). Le nombre moyen de rencontres prénatales en 1999-2000 s'établit à environ 8,7.

La période du suivi postnatal et le nombre de rencontres ou de contacts effectués

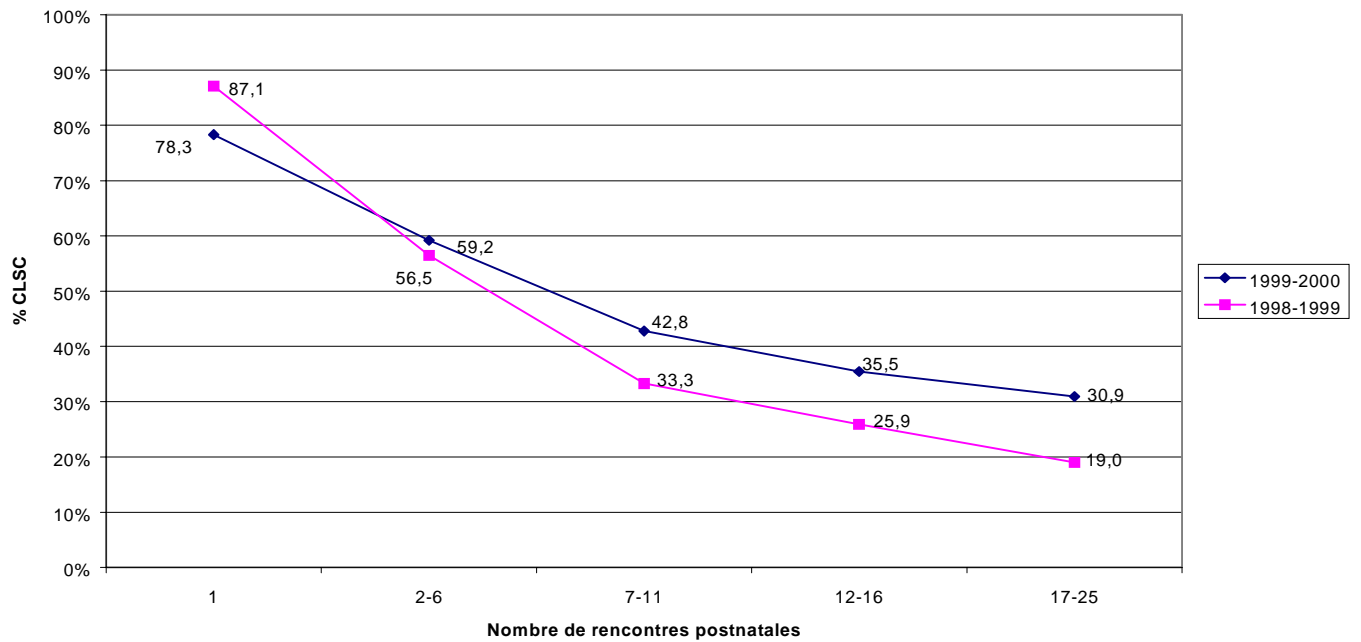
Un peu plus de deux CLSC sur cinq prévoyaient poursuivre le suivi postnatal jusqu'à 24 mois, tant en 1999-2000 (44,2 %) qu'au cours de l'année précédente (42,8 %). Cette année comme l'an dernier, dans peu de régions le suivi postnatal était offert pour la durée prévue, sur tout leur territoire (cf. tableau 1.1a6). La durée moyenne du suivi postnatal s'établit en 1999-2000 à 17,9 mois. Le graphique 1 illustre un très léger accroissement de l'offre de service en ce qui concerne la période du suivi postnatal entre 1998-1999 et 1999-2000. Pour ce qui est du nombre de rencontres ou de contacts postnatals, environ trois CLSC sur dix (30,9 %) offraient le nombre visé de 25 rencontres ou contacts en 1998-1999, comparativement à moins d'un CLSC sur cinq en 1999-2000 (19 %). Tout comme pour le suivi prénatal, dans peu de régions était offert le nombre requis de 25 rencontres ou contacts postnatals, sur l'ensemble de leur territoire, et ce, tant cette année que l'an dernier (cf. tableau 1.1a7). On enregistre en 1999-2000 un nombre moyen de treize rencontres ou contacts postnatals par femme suivie. Le graphique 2 montre une légère diminution du nombre de rencontres ou contacts postnatals offerts dans le cadre d'un programme du type NEGS entre 1998-1999 et 1999-2000.

1. Le nombre de rencontres prévu dans un programme du type NEGS est établi à dix. Au moment du premier bilan, ce critère a été ramené à huit rencontres en raison de la forme de la distribution de fréquence de cette variable. Cette année, tout comme les années passées, nous avons repris ce critère afin de permettre la comparaison des résultats d'une année à l'autre.

Graphique 1
Durée du suivi postnatal offert dans un programme du type NEGS, Québec, 1998-1999 et 1999-2000



Graphique 2
Nombre de rencontres ou de contacts postnatals offerts dans un programme du type NEGS, Québec, 1998-1999 et 1999-2000



Les dimensions du suivi individuel

Environ les deux tiers des CLSC offraient un suivi individuel multidimensionnel en 1998-1999 (64,5 %) et 1999-2000 (69,4 %). Cette année, un suivi individuel multidimensionnel était offert dans six régions sur l'ensemble de leur territoire (cf. tableau 1.1a8). En 1999-2000, chaque dimension du suivi était offerte dans sept à neuf CLSC sur dix, et dans des proportions supérieures à l'an dernier. Le suivi psychosocial constitue la dimension du suivi individuel qui a connu l'augmentation la plus forte par rapport à l'an dernier (68 % en 1998-1999 contre 87,1 % en 1999-2000, cf. tableau 1.1a9).

Le recours à une intervenante privilégiée

En 1999-2000, 62,6 % des CLSC ont eu recours à une intervenante privilégiée pour réaliser un programme du type NEGS, comparativement à 67,1 % en 1998-1999. Dans trois régions, on a fait appel cette année à une intervenante privilégiée pour appliquer un programme du type NEGS sur l'ensemble de leur territoire, comparativement à huit régions l'an dernier. Il faut toutefois souligner le nombre important de non-réponse enregistré pour cette composante du programme : outre les 15 CLSC pour lesquels nous ne disposons d'aucune information relative à un programme du type NEGS, l'information manque quant à la présence d'une intervenante privilégiée pour 23 autres CLSC (cf. tableau 1.1a10).

L'existence d'une équipe interdisciplinaire

La définition d'un programme du type NEGS prévoit l'existence d'une équipe interdisciplinaire. C'était le cas d'un CLSC sur deux l'an dernier et, cette année, une telle équipe existait dans près de sept CLSC sur dix¹ (68 % - cf. tableau 1.1a11). Il faut toutefois souligner le nombre élevé de non-réponse, l'information sur cette composante manquant pour 23 CLSC, sans compter les 15 CLSC pour lesquels aucune information n'était donnée pour l'ensemble des composantes.

Volet 2 : l'accompagnement communautaire

L'accompagnement communautaire représente l'un des volets d'un programme du type NEGS. Cet accompagnement peut emprunter diverses formes, allant de simples ententes de services entre un CLSC et un organisme communautaire, à la référence et à l'accompagnement de la clientèle, à la coordination des interventions ou encore la participation des intervenants d'un organisme communautaire aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire du CLSC. En 1999-2000, des activités d'accompagnement communautaire se déroulaient dans plus de quatre CLSC sur cinq (84,4 %). Dans la moitié des régions existait un programme du type NEGS qui faisait appel à l'une ou l'autre forme d'accompagnement communautaire sur l'ensemble de leur territoire

1. L'information inscrite sur le questionnaire de suivi des priorités de 1999-2000 ou un contact avec chacun des responsables régionaux qui n'avaient pas donné d'information sur l'équipe interdisciplinaire permet de confirmer que la majorité des rencontres étaient avant tout d'ordre clinique plutôt qu'administratif.

(cf. tableau 1.1a12). Les résultats concernant ce volet du programme n'étaient pas présentés l'an dernier.

Volet 3 : le regroupement intersectoriel

En 1999-2000, un peu moins de la moitié (49,7 %) des CLSC comptaient un regroupement intersectoriel lié à un programme du type NEGS¹. Dans une seule région, on disposait d'un tel regroupement sur l'ensemble du territoire (cf. tableau 1.1a13). Nous ne possédons pas de données permettant la comparaison avec l'année dernière à ce sujet.

Discussion

Limites méthodologiques

Certains renseignements manquent pour décrire les composantes des programmes du type NEGS offerts par les CLSC. Nous ne disposons d'aucune information pour quinze CLSC et les données manquent pour deux à neuf CLSC selon les composantes du programme examinées. Par ailleurs, la composante visant la présence de l'intervenante privilégiée, dans le volet du suivi individuel, enregistre une non-réponse de 23 CLSC. On estime ainsi à une proportion variant de 12 % à plus de 16 % les données manquantes concernant l'une ou l'autre des composantes du programme, à l'exception de celle qui concerne la présence d'une intervenante privilégiée, pour laquelle la proportion de non-réponse s'élève à environ 26 %. Il faut également être prudent dans l'interprétation des données régionales ainsi que dans la comparaison des données régionales entre les deux bilans : les données manquantes nuisent parfois à l'exactitude du bilan régional ou encore suffisent à expliquer l'écart entre les deux années en ce qui concerne l'existence de l'une ou l'autre des composantes d'un programme du type NEGS.

Par ailleurs, les résultats du présent bilan ne peuvent être comparés à ceux du premier. En effet, alors que cette année la présence de l'une ou l'autre composante a été estimée par rapport au nombre total de CLSC, cette proportion a été établie en 1997-1998 par rapport au nombre de CLSC des régions pour lesquelles nous avons reçu l'information. La comparaison est toutefois possible entre les résultats des deuxième et troisième bilans, la proportion des CLSC offrant chacune des composantes ayant été calculée à partir du nombre global de CLSC. Il faut également souligner que le fait d'inclure tous les CLSC au dénominateur ces deux dernières années peut entraîner une sous-estimation des résultats puisque l'on a considéré que les CLSC qui n'ont donné aucune information à ce sujet n'offraient pas de programme du type NEGS.

La nature même de l'information recueillie risque toutefois d'influencer la validité des résultats. En effet, les données sur les différentes composantes du programme ne permettent pas de savoir si chaque CLSC est en voie d'implanter un véritable programme du type NEGS ou s'il ne vise que l'application de certaines de ses composantes. La collecte des données ne repose pas sur un relevé systématique des caractéristiques des composantes du programme offert à chaque femme, mais plutôt sur une appréciation globale de la façon dont se réalise chacune de ces composantes. Ainsi, bien que certains

1. Certains responsables régionaux ont souligné que le regroupement intersectoriel avait pour objet un thème plus large que le programme du type NEGS, les partenaires étant plutôt réunis autour du thème de la petite enfance, voire même de l'enfance et de la jeunesse.

CLSC estiment offrir à peu près toutes les composantes d'un tel programme, des responsables régionaux de quatre régions ont souligné que ces CLSC n'offraient pas un véritable programme du type NEGS. Il semble que la compréhension des composantes de base du programme à implanter puisse varier d'une personne à l'autre et qu'il soit difficile, avec les données recueillies, de déterminer si un CLSC est vraiment engagé dans un programme du type NEGS ou s'il offre un tout autre programme qui inclurait certaines des composantes d'un programme de ce type.

Il importe aussi de préciser que les données recueillies à partir des questions telles que « *nombre approximatif de rencontres individuelles et de contacts généralement offerts* » ou « *moment prévu pour amorcer le suivi* ») sont susceptibles de provenir de la planification de l'intervention plutôt que d'une collecte systématique de renseignements sur le programme tel qu'il se réalise.

Par ailleurs, des modifications apportées au questionnaire relativement à certaines composantes du programme entre le premier et le deuxième bilan obligent à une certaine prudence dans la comparaison des résultats de ces deux années. Ainsi, alors que les questions portant sur le nombre de rencontres prénatales et de rencontres ou de contacts postnatales visaient le nombre de rencontres ou contacts « généralement prévus » en 1998-1999, ces questions visaient le nombre de rencontres ou de contacts « généralement offerts » en 1999-2000. Les réponses aux questions posées cette année sur le nombre de rencontres ou de contacts prénatales et postnatales présentent l'avantage de décrire avec plus de précision le programme tel qu'il se réalise, tout en évaluant de façon plus précise ces composantes du programme comparativement à l'an dernier. Il est toutefois impossible de distinguer entre les réponses tirées d'un relevé systématique des conditions de réalisation de chaque composante et celles qui évaluent globalement les interventions telles qu'elles se réalisent ou telles qu'elles sont planifiées.

Proportion de CLSC offrant un programme du type NEGS

Les résultats relatifs à la proportion de CLSC offrant un programme du type NEGS vont dans le même sens que ceux qui se rapportent au nombre de femmes participantes, à savoir une augmentation de l'offre des programmes du type NEGS. En effet, entre les années 1998-1999 et 1999-2000, la proportion de CLSC proposant ce type de programme est passée de 73,7 % à 87,1 %. Le résultat visé par les priorités nationales serait donc, à première vue, en voie d'être atteint. Cette interprétation est cependant peu plausible si l'on examine les composantes des programmes du type NEGS offerts. En effet, à la suite de l'examen de ces composantes, on constate que seulement 8,2 % des CLSC offrent un programme du type NEGS intégral, c'est-à-dire qui inclut toutes les composantes du programme tel qu'il est défini. Il est par ailleurs impossible de connaître le véritable état d'implantation des programmes dans les CLSC qui n'en offrent pas toutes les composantes. Ainsi, il est possible que certains CLSC offrent certaines composantes d'un programme du type NEGS avec l'intention d'ajouter progressivement les composantes manquantes alors que d'autres CLSC ne prévoient pas ajouter au programme offert les composantes qui en feraient un véritable programme du type NEGS. D'ailleurs, la remarque de quatre responsables régionaux selon laquelle les CLSC de leur région n'offraient pas un véritable programme du type NEGS ajoute à la prudence avec laquelle il faut interpréter le taux d'atteinte obtenu.

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

L'accompagnement communautaire constitue le volet des programmes du type NEGS le mieux implanté, au-delà de 80 % des CLSC prévoyant à l'intérieur du programme l'une ou l'autre forme d'accompagnement de la part d'organismes communautaires. Le volet concernant la présence d'un regroupement intersectoriel en rapport avec un programme du type NEGS n'est présent, pour sa part, que dans un CLSC sur deux. C'est toutefois l'absence de certaines composantes du volet de suivi individuel qui explique avant tout l'écart entre les programmes réalisés et un véritable programme du type NEGS, à peine un CLSC sur dix offrant toutes les composantes prévues d'un tel suivi.

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

On constate un bon degré d'implantation des programmes du type NEGS en ce qui concerne la période et la durée du suivi prénatal ; on note même une augmentation de près de 10 % des CLSC qui commencent le suivi au moment prévu, soit à la vingtième semaine de grossesse ou avant, comparativement à l'an dernier. La proportion de CLSC offrant le nombre minimal de huit rencontres prénatales est toutefois demeurée stable entre 1998-1999 et 1999-2000. Le portrait de l'offre de service est cependant moins reluisant en période postnatale. En effet, comme l'an dernier, seulement quatre CLSC sur dix poursuivent le suivi postnatal jusqu'à 24 mois. La proportion de CLSC offrant le nombre requis de 25 visites ou contacts postnatals accuse une baisse d'environ 10 % par rapport à l'an dernier, moins d'un CLSC sur cinq respectant ce critère en 1999-2000. Par ailleurs, la proportion de CLSC offrant un suivi multidimensionnel et pouvant compter sur une équipe multidisciplinaire pour réaliser un programme du type NEGS a augmenté comparativement à l'an dernier. Dans l'ensemble, on enregistre une progression variant d'environ 5 % à 10 % dans la proportion des CLSC qui proposent les différentes composantes du suivi individuel, à l'exception de la période et de la durée du suivi postnatal ainsi que de la présence d'une intervenante privilégiée. Enfin, on observe entre 1998-1999 et 1999-2000 une augmentation de la proportion des CLSC offrant chacune des dimensions du suivi individuel, l'augmentation la plus marquée étant enregistrée pour le suivi psychosocial.

Au terme de cette analyse, deux constats s'imposent quant à la mise en place des programmes du type NEGS entre les années 1998 et 2000. En premier lieu, on assiste à une augmentation graduelle de l'offre des programmes du type NEGS, plus de CLSC proposant le programme cette année. En second lieu, bien que les différences aient généralement tendance à s'amenuiser entre le programme modèle du type NEGS et celui qui est effectivement offert aux femmes enceintes et aux mères, du moins pour certaines composantes du programme, l'offre de service reste en deçà de l'objectif en ce qui concerne l'intervention en période postnatale. Or, il s'agit là d'une composante associée à l'efficacité des programmes de ce type.

Compte tenu de leur importance au regard des résultats escomptés, on peut s'interroger sur les causes de cet écart. Sur le plan financier, peu d'investissements ont été consentis au niveau national pour le déploiement des programmes du type NEGS et, dans plusieurs régions, les sommes nécessaires à l'implantation du programme n'ont pu y être affectées. Par ailleurs, la faible proportion de la population cible qui a pu bénéficier d'un programme du type NEGS comportant toutes les composantes du programme ainsi que la faible proportion de CLSC offrant un programme intégral soulèvent la difficulté d'implanter un tel programme. En outre, on note le manque d'adhésion au contenu du programme de la part d'un certain nombre d'établissements du réseau. En effet, même si la nécessité de mettre en place des programmes du type NEGS semble faire consensus dans les différentes régions du Québec, à preuve l'offre accrue de tels programmes, il n'en serait pas de même pour le contenu particulier de leurs diverses composantes. Il semble qu'une révision du programme s'impose à la lumière des connaissances les plus récentes, notamment celles qui concernent l'efficacité de ce programme. À la suite de cette révision, des activités de formation et de communication devraient être proposées afin que les personnes qui doivent le mettre en œuvre comprennent mieux le contenu et le bien-fondé du programme ainsi que l'importance d'en offrir toutes les composantes essentielles. Une mise à jour du programme est d'ailleurs inscrite au plan de travail du Réseau provincial des intervenants NEGS, sous l'égide de la Table de concertation nationale en promotion et prévention.

Tableau 1.1a1 Proportion et nombre de CLSC selon les caractéristiques du programme du type NEGS offert – Québec, 1998-1999 et 1999-2000

Caractéristiques du programme du type NEGS offert	1998-1999	1999-2000
En fonction des composantes du programme		
NEGS, sans égard à la présence des composantes	73,7 % (112/152)	87,1 % (128/147)
NEGS intégral	n.d. ¹	8,2 % (12/147)
En fonction des volets du programme		
Présence de toutes les composantes du suivi individuel (volet 1)	n.d. ¹	8,8 % (13/147)
Présence de l'accompagnement communautaire (volet 2)	n.d. ¹	84,4 % (124/147)
Présence d'un regroupement intersectoriel (volet 3)	n.d. ¹	49,7 % (73/147)

1. Ce renseignement n'a pas été fourni pour le 2^e bilan (1998-1999).

Tableau 1.1a2 Nombre et proportion de CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS sans égard à la présence de l'ensemble des composantes - Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000

Régions	1998-1999	1999-2000
01	9/9	6/8
02	2/6 ²	4/6
03 ¹	9/9	8/8
04	11/11	11/11
05	8/8	8/8
06	18/29	20/29
07	7/8	6/8
08	6/6	6/6
09 ¹	4/6	5/6
10	0/4	0/1
11	6/6	6/6
12 ¹	0/11	11/11
13 ¹	4/4	4/4
14	5/6	6/6
15	1/7	7/7
16	19/19	18/19
17	2/2	2/2
18	1/1	0/1
Total	112/152	128/147³
Proportion	73,7 %	87,1 %

1. Cette année, les responsables de ces régions ont précisé que le type de programme offert ne respectait pas l'ensemble des caractéristiques d'un programme du type NEGS.
2. Bien que dans cette région, selon les données présentées dans le 2^e bilan, seulement deux CLSC sur six offrent un programme du type NEGS, les tableaux suivants mentionnent souvent la présence de l'une ou l'autre composante d'un tel programme dans plus de deux CLSC. Malgré leur manque de cohérence, nous avons tout de même reproduit les données présentées dans le 2^e bilan (1998-1999).
3. En 1999-2000, 128 CLSC sont engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 4 CLSC n'offrent pas un tel programme et 15 CLSC n'ont pas fourni l'information.

Tableau 1.1a3 Proportion et nombre de CLSC selon les composantes du suivi individuel offert dans un programme du type NEGS - Québec, 1998-1999 et 1999-2000

Composantes du suivi individuel	1998-1999	1999-2000
Début du suivi à 20 semaines ou avant	75,0 % (114/152)	84,4 % (124/147)
Suivi postnatal jusqu'à 24 mois ou après	42,8 % (65/152)	44,2 % (65/147)
Au moins 8 rencontres prénatales	59,2 % (90/152)	59,2 % (87/147)
Au moins 25 rencontres ou contacts postnatals	30,9 % (47/152)	19,0 % (28/147)
Suivi multidimensionnel	64,5 % (98/152)	69,4 % (102/147)
Présence d'une intervenante privilégiée	67,1 % (102/152)	62,6 % (92/147)
Présence d'une équipe interdisciplinaire	50,0 % (76/152)	68,0 % (100/147)

**Tableau 1.1a4 Nombre et proportion de CLSC offrant le suivi à compter de la vingtième semaine de grossesse ou plus tôt dans un programme du type NEGS
- Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000**

Régions	1998-1999	1999-2000
01	9/9	6/8
02	6/6	4/6
03	9/9	8/8
04	11/11	11/11
05	8/8	8/8
06	17/29	19/29
07	6/8	5/8
08	6/6	6/6
09	4/6	4/6
10	0/4	0/1
11	6/6	6/6
12	0/11	10/11
13	4/4	4/4
14	5/6	6/6
15	1/7	7/7
16	19/19	18/19
17	2/2	2/2
18	1/1	0/1
Total	114/152	124/147¹
Proportion	75,0 %	84,4 %

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

Tableau 1.1a5 Nombre et proportion de CLSC offrant au moins huit rencontres prénatales dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000

Régions	1998-1999	1999-2000
01	9/9	4/8
02	1/6	2/6
03	6/9	3/8
04	8/11	9/11
05	7/8	4/8
06	9/29	10/29
07	7/8	4/8
08	4/6	4/6
09	2/6	3/6
10	0/4	0/1
11	6/6	6/6
12	0/11	2/11
13	3/4	4/4
14	5/6	6/6
15	1/7	6/7
16	19/19	18/19
17	2/2	2/2
18	1/1	0/1
Total	90/152	87/147¹
Proportion	59,2 %	59,2 %

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

Tableau 1.1a6 Nombre et proportion de CLSC terminant le suivi postnatal à 24 mois ou plus tard dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000

Régions	1998-1999	1999-2000
01	9/9	3/8
02	1/6	1/6
03	0/9	0/8
04	9/11	8/11
05	8/8	5/8
06	8/29	9/29
07	1/8	4/8
08	3/6	1/6
09	0/6	0/6
10	0/4	0/1
11	0/6	0/6
12	0/11	2/11
13	0/4	1/4
14	5/6	6/6
15	1/7	7/7
16	19/19	18/19
17	0/2	0/2
18	1/1	0/1
Total	65/152	65/147¹
Proportion	42,8 %	44,2 %

1. En 1999-2000, des 128 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 65 CLSC poursuivaient le suivi postnatal au moins jusqu'à 24 mois, 56 le terminaient avant 24 mois et 7 CLSC n'ont pas précisé la durée du suivi postnatal.

Tableau 1.1a7 Nombre et proportion de CLSC offrant au moins 25 rencontres ou contacts postnatals dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000

Régions	1998-1999	1999-2000
01	9/9	0/8
02	0/6	0/6
03	0/9	0/8
04	1/11	1/11
05	8/8	0/8
06	0/29	0/29
07	1/8	0/8
08	1/6	0/6
09	0/6	0/6
10	0/4	0/1
11	6/6	6/6
12	0/11	0/11
13	0/4	1/4
14	2/6	2/6
15	0/7	0/7
16	19/19	18/19
17	0/2	0/2
18	0/1	0/1
Total	47/152	28/147¹
Proportion	30,9 %	19,0 %

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

Tableau 1.1a8 Nombre et proportion de CLSC offrant un suivi multidimensionnel¹ dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000

Régions	1998-1999 ²	1999-2000
01	n.d.	4/8
02	n.d.	4/6
03	n.d.	8/8
04	n.d.	10/11
05	n.d.	8/8
06	n.d.	19/29
07	n.d.	6/8
08	n.d.	6/6
09	n.d.	1/6
10	n.d.	0/1
11	n.d.	1/6
12	n.d.	6/11
13	n.d.	3/4
14	n.d.	6/6
15	n.d.	7/7
16	n.d.	11/19
17	n.d.	2/2
18	n.d.	0/1
Total	98/152	102/147³
Proportion	64,5 %	69,4 %

1. Le suivi offert dans un programme du type NEGS est dit multidimensionnel lorsqu'il inclut les dimensions suivantes : suivi de santé, soutien nutritionnel, soutien à l'allaitement, suivi psychosocial, renforcement des compétences parentales, soutien au développement de l'enfant, soutien du réseau immédiat et soutien socioéconomique.
2. Cette donnée n'est pas fournie par région dans le 2^e bilan (1998-1999).
3. En 1999-2000, des 128 CLSC engagés dans l'offre de service d'un programme du type NEGS, 102 CLSC proposaient un suivi multidimensionnel, certaines dimensions du suivi manquaient dans 21 CLSC tandis que 5 CLSC n'ont pas précisé ces dimensions.

Tableau 1.1a9 Proportion et nombre de CLSC selon chacune des dimensions du suivi individuel offertes dans un programme du type NEGS – Québec, 1998-1999 et 1999-2000

Dimensions du suivi individuel	1998-1999	1999-2000
Suivi de santé	75,0 % (114/152)	86,4 % (127/147)
Soutien nutritionnel	73,7 % (112/152)	83,0 % (122/147)
Soutien à l'allaitement	75,0 % (114/152)	86,4 % (127/147)
Suivi psychosocial	68,0 % (104/152)	87,1 % (128/147)
Renforcement des compétences parentales	72,0 % (110/152)	84,4 % (124/147)
Soutien au développement de l'enfant	73,0 % (111/152)	84,4 % (124/147)
Soutien du réseau immédiat	65,0 % (99/152)	77,6 % (114/147)
Soutien socioéconomique	63,0 % (96/152)	74,8 % (110/147)

Tableau 1.1a10 Nombre et proportion de CLSC dont le suivi individuel est offert par une intervenante privilégiée dans un programme du type NEGS – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000

Régions	1998-1999	1999-2000
01	9/9	3/8
02	6/6	4/6
03	9/9	7/8
04	11/11	10/11
05	8/8	8/8
06	15/29	13/29
07	6/8	3/8
08	6/6	6/6
09	3/6	0/6
10	0/4	0/1
11	1/6	6/6
12	0/11	1/11
13	4/4	3/4
14	4/6	5/6
15	1/7	5/7
16	19/19	17/19
17	0/2	1/2
18	0/1	0/1
Total	102/152	92/147¹
Proportion	67,1 %	62,6 %

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

Tableau 1.1a11 Nombre et proportion de CLSC disposant d'une équipe interdisciplinaire dans un programme du type NEGS - Québec et régions 1998-1999 et 1999-2000

Régions	1998-1999	1999-2000
01	8/9	5/8
02	5/6	4/6
03	8/9	8/8
04	10/11	9/11
05	3/8	4/8
06	13/29	19/29
07	1/8	4/8
08	6/6	6/6
09	3/6	3/6
10	0/4	0/1
11	0/6	0/6
12	0/11	10/11
13	1/4	1/4
14	4/6	5/6
15	1/7	5/7
16	13/19	17/19
17	0/2	0/2
18	0/1	0/1
Total	76/152	100/147¹
Proportion	50,0 %	68,0 %

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

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

Régions	1999-2000
01	6/8
02	4/6
03	8/8
04	10/11
05	8/8
06	19/29
07	6/8
08	6/6
09	3/6
10	0/1
11	6/6
12	11/11
13	4/4
14	6/6
15	7/7
16	18/19
17	2/2
18	0/1
Total	124/147¹
Proportion	84,4 %

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

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

Régions	1999-2000
01	6/8
02	0/6
03	2/8
04	8/11
05	0/8
06	11/29
07	0/8
08	6/6
09	3/6
10	0/1
11	0/6
12	8/11
13	1/4
14	4/6
15	6/7
16	18/19
17	0/2
18	0/1
Total	73/147¹
Proportion	49,7 %

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

1.2 Allaitement maternel

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

Méthode

Définition

L'allaitement maternel est dit exclusif si l'alimentation se compose uniquement de lait maternel ou mixte s'il y a apport d'autres aliments ou boissons. Par allaitement, on entend ici l'expérience sous ces deux formes.

Indicateurs

- Indicateur 1 : prévalence de l'allaitement maternel à la naissance ;
- autres indicateurs : prévalence de l'allaitement maternel à trois mois et à six mois.

Collecte des données

Pour le troisième bilan, nous avons demandé aux responsables régionaux de compléter ou de mettre à jour les renseignements recueillis en 1998-1999 quant à la prévalence de l'allaitement maternel, à l'aide d'un questionnaire distribué dans les régions. Des entrevues téléphoniques ont aussi eu lieu avec les responsables régionaux.

Résultats

Taux d'allaitement à la naissance, à trois mois et à six mois

Pour 1999-2000, nous disposons de renseignements relatifs à douze régions. Les méthodes de collecte des données régionales, qui sont différentes et difficilement comparables, incluent les registres tenus par les infirmières en centre hospitalier ou en CLSC, les avis de naissances et des enquêtes. Les taux d'allaitement **à la sortie de l'hôpital** varient de 48 % (Nunavik) à 83 % (Montréal-Centre), avec une valeur médiane de 69 % (cf. tableau 1.2).

Les données sur l'allaitement à trois mois et à six mois ne concernent que trois régions pour l'année 1999-2000. Il s'agit de données issues, lorsque la source est précisée, des observations d'un ou deux CLSC et des résultats d'une enquête dont la méthode et la taille de l'échantillon ne sont pas précisées. **À trois mois**, les taux ainsi rapportés sont de 25 %, 39 % et 46 %. **À six mois**, ils varient de 7 % à 29 % (cf. tableau 1.2).

Signalons que dans deux régions pour lesquelles nous n'avons aucune donnée, des démarches sont en cours pour établir une telle collecte et proposer des activités de promotion de l'allaitement, à l'exemple des initiatives du type « ami des bébés ».

Existence et qualité des données sur l'allaitement depuis le premier bilan

Taux d'allaitement à la naissance

Alors que l'indicateur se définit comme la « prévalence de l'allaitement à la naissance », les données portant sur les trois années visées correspondent, de façon générale, à l'allaitement au moment de la sortie de l'hôpital. Seulement cinq des données rapportées depuis trois ans renvoient « à la naissance » et une donnée concerne l'intention de la mère d'allaiter au moment de son admission à l'hôpital.

Quand on considère les trois années de référence, on constate que des données pour chacune des trois années visent uniquement trois régions, sans apparente comparabilité entre les années, et nous n'avons aucune donnée pour deux autres régions. Pour les autres régions, les données transmises visent une ou deux années. Pour chaque année de référence, les données n'ont pas été fournies dans plus du tiers des régions. Pour l'année 1999-2000, des données pour l'ensemble des naissances ne visent que six régions, alors que les données des autres régions portent sur une faible proportion ou une proportion indéterminée des naissances. De plus, nous ne sommes pas en mesure de distinguer s'il s'agit de naissances de mères habitant la région ou ayant seulement accouché dans la région.

En ce qui a trait aux méthodes de collecte des données, elles sont différentes d'une région à l'autre et, parfois même, d'une année à l'autre dans une même région.

Taux d'allaitement à trois mois et à six mois

Dans dix régions, aucune donnée n'est fournie pour l'une ou l'autre des années de référence. Dans trois régions seulement existent des données sur l'allaitement à trois et à six mois pour la dernière année, comme c'était le cas les années précédentes. Les sources des données sont des enquêtes régionales ou locales, parfois réalisées dans le cadre des activités de vaccination. Il n'y a pas de précision concernant la taille et le type d'échantillon de ces enquêtes.

Discussion

Il s'avère très difficile d'établir des taux nationaux d'allaitement à la naissance, à trois mois et à six mois à partir des données transmises. L'évolution des données recueillies depuis le début du suivi des priorités nationales rend impossible l'appréciation des résultats visés.

Cependant, l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ) fournit pour l'année 1998¹ des données représentatives de la population québécoise² quant à l'alimentation des nourrissons. Cette étude établit le portrait de l'allaitement des nourrissons à la naissance, à une semaine, à un, à deux, à trois et à quatre mois. Ainsi, à la naissance, le taux d'allaitement atteignait 72 %. Il était de 47 % à trois mois.

Selon les résultats de l'ELDEQ, le taux à la naissance se rapproche de l'objectif de 80 % visé par les priorités nationales alors que le taux à trois mois est encore loin de l'objectif

1. L. DUBOIS, B. BÉDARD, M. GIRARD ET E. BEAUCHESNE (2000). « L'alimentation », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ 1998-2002), Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, no 5 .
2. *Ibid.* Rappel méthodologique, à l'exclusion des mères vivant dans les régions Nord-du-Québec, crie, inuite et sur les réserves indiennes de même que les mères pour lesquelles on ne disposait pas de la durée de grossesse et à l'exclusion des naissances multiples.

visé de 60 %. Quant aux données rapportées dans les régions sur le suivi des priorités nationales, seulement deux régions atteignent ou dépassent l'objectif de 80 % à la naissance : Montréal-Centre (83 % en 1999-2000) et Terres-Cries-de-la-Baie-James (83 % en 1997-1998). Les rares taux régionaux concernant l'allaitement à trois et à six mois sont encore loin des objectifs visés : le taux à six mois s'élève à 31 % dans la région de Québec (1998-1999) et à 29 % en Montérégie (1999-2000). Le rapport de l'ELDEQ souligne cependant que le taux à la naissance chute de 72 % à 67 % dès la première semaine suivant la naissance du bébé et montre ainsi l'importance d'apporter un soutien aux mères. Dans le contexte du suivi après un congé précoce, à la suite d'un accouchement, certains CLSC font d'ailleurs remarquer une augmentation de la demande des mères pour obtenir du soutien pendant l'allaitement.

Comme le rapportait le deuxième bilan, le Québec ne dispose pas encore de moyens systématiques pour mesurer l'allaitement maternel et en suivre l'évolution. Certaines démarches ont cependant été entreprises en ce sens. Ainsi, à la suite des travaux d'un groupe formé par le Ministère pour établir les lignes directrices en matière d'allaitement maternel au Québec, une demande a été faite pour ajouter une section intitulée « Alimentation de l'enfant » au Bulletin de naissance vivante (SP-1). Des travaux se poursuivent également pour évaluer la possibilité d'utiliser le système d'information des CLSC (SIC PLUS) afin de suivre les taux d'allaitement à trois mois et à six mois.

En attendant le recours lié à des modes systématiques de collecte de données, il serait intéressant d'effectuer une enquête, d'ici 2002, nous permettant d'obtenir une mesure des taux d'allaitement comparable à celle qui est fournie par l'ELDEQ en 1998.

Tableau 1.2 Allaitement maternel, données de 1997-1998, 1998-1999 et 1999-2000¹

Régions	1997-1998	1998-1999	1999-2000
01 Bas-Saint-Laurent	À la sortie de l'hôpital : 61,4 % Données extraites des avis de naissance de 1997 et de 1998.	À 3 mois : 30 % À 6 mois : 12,9 % Durée moyenne de l'allaitement : 13 semaines. Enquête menée pendant les activités de vaccination. Proportion mesurée à partir d'un échantillon de 698 mères ayant allaité à la sortie. Données colligées entre le 1 ^{er} octobre 1998 et le 31 décembre 1998 à l'occasion d'activités de vaccination. Questionnaires remplis par l'infirmière ou la mère.	À la sortie de l'hôpital : 68 % (n = 1 660) ² Source : outil régional de référence systématique des femmes ayant accouché en centre hospitalier ou à la maison des naissances.
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	n.d.	n.d. / 1998-1999 CH de la Sagamie À la naissance : 58,9 % À 3 mois : 28,4 % À 6 mois : 15,8 % Enquête réalisée par le CH conjointement avec l'UQAC auprès de 190 mères ayant accouché au CH en juillet et août 1998.	À la sortie de l'hôpital : 56 % (Hôtel-Dieu de Roberval, n = 347) Source : registre tenu au départ de l'hôpital. À 3 mois : 25 % (CLSC le Norois, n = 247)) Source : activités en périnatalité, téléphone ou visite postnatale. À 6 mois : CLSC de la Jonquière : 7 % (n = 564) CLSC le Norois : 10 % (n = 457) Source : dossiers de bébés au CLSC, activités de vaccination, activités en périnatalité, téléphone ou visite postnatale.
03 Québec	Au retour au domicile : 63 %. Données 1996-1997 issues d'entrevues téléphoniques réalisées entre le 5 décembre 1996 et le 17 janvier 1997 auprès des mères ayant eu soit un accouchement vaginal (durée du séjour hospitalier de 3 jours ou moins) ou un accouchement par césarienne (durée du séjour de 5 jours ou moins).	À la naissance : 70 % À 3 mois : 47 % À 6 mois (de 23 à 26 semaines) : 31 % Entrevues téléphoniques réalisées en février 1999 auprès de 407 mères ayant accouché en août 1998 et jointes lorsque l'enfant était âgé d'environ 6 mois.	n.d.
04 Mauricie et Centre-du-Québec	n.d.	À la sortie de l'hôpital CH Centre Mauricie : 60,0 % CHR de Trois-Rivières : 60,4 % Hôtel-Dieu d'Arthabaska : 76,0 % Hôpital Sainte-Croix : 63,0 % Statistiques calculées à partir de l'information inscrite dans le dossier de la mère à la sortie de l'hôpital. Pour ce qui est de l'allaitement à 3 mois et à 6 mois, les CLSC de la région prennent l'information en note dans les dossiers des enfants, mais aucune statistique n'est produite à cet effet.	À la sortie de l'hôpital : 63 % (n = 5 345) CH Centre Mauricie : 57 % (n = 685) CHR de Trois-Rivières : 64 % (n = 2 145) Hôtel-Dieu d'Arthabaska : 66 % (n = 1 235) Hôpital Ste-Croix : 66 % (n = 1 115) Carrefour de la SSS de la Saint-Maurice : 55 % (n = 165) Source : statistiques calculées à partir de l'information inscrite dans le dossier de la mère à la sortie de l'hôpital.

1. Dans certains cas, des données fournies au cours de la seconde ou de la troisième année de référence correspondaient, de fait, à une année antérieure à l'année où elles ont été transmises. Dans ce tableau, les données sont inscrites selon l'année de référence correspondante et non selon l'année de leur transmission.

2. n = nombre rapporté de naissances à partir duquel le pourcentage observé a été calculé.

Priorité 1 – Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes

Régions	1997-1998	1998-1999	1999-2000
05 Estrie	<p>À la naissance : 69,1 % À la sortie de l'hôpital : 64,2 % Enquête sur l'allaitement en Estrie, résultats préliminaires, Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Taux, durée, facteurs favorables. Étude descriptive, quantitative et qualitative. Population de 3 000 mères par an. Échantillon de 426 mères ayant accouché entre le 15 octobre et le 22 décembre 1997. Enquête menée auprès de 293 mères qui allaitent faisant partie de l'échantillon. Questionnaires envoyés par la poste, questions ouvertes et fermées.</p>	<p>À 3 mois : 39,8 % À 6 mois : 22,8 %</p> <p>Suivi de l'enquête amorcée auprès de mères ayant accouché en 1997 ou en 1998. Envoi entre le 15 avril et le 27 juillet 1998, lorsque les enfants étaient âgés de 6 mois. Taux de réponse de 80,2 %. Âge moyen de la mère : 28,5 ans.</p>	n.d.
06 Montréal-Centre	<p>Varie entre 55 % et 86 % ; le responsable estime à 70 % la proportion des mères qui allaitent à la sortie d'un des neuf centres hospitaliers où se font des accouchements. Enquête effectuée auprès de neuf CH en 1997.</p>	n.d.	<p>À la sortie de l'hôpital : 83 % (72 % chez les femmes ayant une 5^e secondaire ou moins et 88 % chez celles qui ont une scolarité plus élevée qu'une 5^e secondaire.)</p> <p>Source : information tirée des données de l'étude du GRIS intitulée <i>Évaluation de l'impact des modalités de suivi postnatal sur la mère et le nouveau-né dans le contexte du congé précoce en obstétrique</i>. Données issues d'un échantillon de 1 157 femmes ayant accouché dans un centre hospitalier de l'Île de Montréal entre mars et mai 1999 et ayant eu un congé précoce, à la suite d'un accouchement vaginal sans complication.</p>
07 Outaouais	<p>Au congé : 60,8 % À 3 mois : 36,4 % À 6 mois : 20,3 %</p> <p>Enquête sur l'allaitement dans un CH (plus de 2 000 naissances par année). N = 316 (1997).</p>	n.d.	n.d.
08 Abitibi-Témiscamingue	<p>À l'hôpital, entre 54 % et 77 % selon le territoire À 2 mois : entre 27 % et 47 % À 6 mois : entre 8 % et 15 %</p> <p>Collecte des données au moment de la vaccination. Méthodes différentes et hétérogènes, estimation régionale difficile à faire.</p>	n.d.	<p>À la sortie de l'hôpital : 73 % (sur la base des naissances de 1998 et de 1999)</p> <p>CHRN Rouyn-Noranda : 60 % CH Val-d'Or : 68 % CH Hôtel-Dieu d'Amos : 95 % CS Sainte-Famille : 85 % CH La Sarre : 78 %</p> <p>Source : données colligées auprès des infirmières chefs ou des infirmières chefs adjointes des CH.</p>
09 Côte-Nord	n.r.	n.d.	n.d.
10 Nord-du-Québec	<p>À la sortie de l'hôpital : 58 % (1997) Enquête maison ; données colligées par le personnel infirmier de l'hôpital de Chibougamau, où ont lieu tous les accouchements.</p> <p>Proportion mesurée à partir de 1 456 naissances vivantes depuis 1992. Pourcentage calculé de 1993 à 1998. Populations autochtone et allochtone confondues.</p>	<p>À la sortie de l'hôpital : 62 % (1998)</p> <p>Même méthode que l'an dernier.</p>	<p>À la sortie de l'hôpital : 58 % (n = 201)</p> <p>Source : données colligées par les infirmières à la sortie de l'hôpital de Chibougamau.</p>

Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 3^e bilan

Régions	1997-1998	1998-1999	1999-2000
11 Gaspésie- Îles-de-la Madeleine	n.d.	n.d.	n.d.
12 Chaudière- Appalaches	n.d.	n.d.	À la naissance : 75 % À la sortie de l'hôpital : 69 % À 3 mois : 39 % À 6 mois : 25 % Source : enquête de prévalence (moyenne des 4 CH).
13 Laval	n.d.	À la sortie de l'hôpital : 70 % Estimation faite par le personnel infirmier de l'hôpital Cité de la Santé de Laval, centre hospitalier régional où ont lieu près de 50 % des accouchements des mères lavalloises.	À la sortie de l'hôpital : 74 % (moyenne pondérée pour les naissances de deux CH où ont lieu 61 % des naissances.) Source : données colligées par le personnel infirmier.
14 Lanaudière	1995-1996/1996-1997 À l'hôpital : 63 % À 3 mois : 42 % Questionnaire envoyé à 1 323 mères ayant accouché entre décembre 1995 et mai 1996 ; taux de réponse de 49 %.	À la sortie de l'hôpital, CH Le Gardeur : 62,5 % Source : statistiques périodiques (compilation maison).	À la sortie de l'hôpital : CH Le gardeur : 65 % (n = 1 519) Intention d'allaiter à l'admission à l'hôpital : CHRD : 70 % (n = 1 147) Source : statistiques périodiques (compilation maison).
15 Laurentides	À la sortie de l'hôpital : 64 % en 1997 et 69 % en 1998 Enquête maison, données colligées par le personnel infirmier.	À la sortie de l'hôpital : Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme : 64 % CH Saint-Eustache : 64 % CH Laurentien : 73 % CH-CR Antoine-Labelle : 67 % Proportion mesurée à partir de 3 741 naissances entre le 1 ^{er} avril 1998 et le 31 mars 1999.	À la sortie de l'hôpital : 69 % (n = 3 678) CH Hôtel-Dieu de St-Jérôme : 68 % (n = 1 087) CH Saint-Eustache : 64 % (n = 1 816) CH Laurentien : 81 % (n = 498) CH-CR Antoine-Labelle : 64 % (n = 277) Source : données colligées par le personnel infirmier.
16 Montérégie	n.d.	n.d.	À la naissance : 79 % À la sortie de l'hôpital : 74 % À 3 mois : 46 % À 6 mois : 29 % Source : enquête transversale réalisée dans la région.
17 Nunavik	1992 54 % des femmes ont allaité leur dernier enfant pendant 6 mois ou plus. Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992.	n.d.	À la sortie de l'hôpital : 48 % (Centre de santé Tullatavik, Ungava) Source : données colligées par le personnel infirmier dans chacun des points de services.
18 Terre-Cries- de-la-Baie- James	À l'hôpital : 83 % À 3 mois : 60 % À 6 mois : 39 % <i>Infant feeding practices in Eeyon Estchee, Cree region of Québec in 1993 and 1998, analyse de données collectées de 1993 à 1998. National database on breast-feeding among Indian ; Inuit women, Santé Canada.</i>	Même méthode que l'an dernier.	n.d.

Sources : 1^{er} et 2^e bilans des priorités nationales de santé publique et données recueillies pour le 3^e bilan.

1.3 Valorisation du rôle du père

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

Méthode

Indicateur

Le degré d'avancement de la valorisation du rôle du père dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance est apprécié à partir du portrait des actions portant sur les aspects suivants : la présence de lieux de réflexion, les ateliers de sensibilisation ou de formation pour le personnel qui travaille en périnatalité, l'adaptation, la production ou l'utilisation d'outils de travail, l'adaptation d'activités ou de programmes ainsi que la conception et la tenue d'activités particulières à l'intention des pères.

Collecte des données

Pour le troisième bilan, chaque responsable régional devait faire état de l'évolution du dossier en indiquant, le cas échéant, les modifications à apporter au portrait de la situation en 1998-1999 tel qu'il apparaissait dans les tableaux du deuxième bilan.

Résultats

Parmi les seize régions où cette mise à jour a été faite, des modifications à la situation qui prévalait en 1998-1999 ont été signalées dans onze régions. Pour la grande majorité, ces modifications indiquent que la valorisation du rôle du père était davantage prise en compte en 1999-2000. Ainsi, dans une région, des actions ont été proposées au cours de la dernière année de référence alors que, dans les autres régions déjà actives, la portée des actions a été étendue et de nouvelles actions ont vu le jour.

Le tableau 1.3 précise le nombre de régions où se sont déroulées des actions relatives à la valorisation du rôle du père, selon le type d'actions, pour les années 1998-1999 et 1999-2000. Pour l'année de référence, des actions sont rapportées dans au moins huit régions pour chacune des six catégories d'actions. Les tableaux 1.3a à 1.3f présentent l'état de la situation pour chacune de ces catégories, combinant les renseignements fournis pour 1998-1999 et les modifications apportées en 1999-2000. Dans trois régions, aucune activité n'a été rapportée. Des activités visant l'ensemble des catégories ont eu lieu dans six régions et, dans la moitié des régions, des activités dans au moins quatre catégories sur six ont été signalées.

Les renseignements recueillis pour l'année 1999-2000 sont rapportés ici tels qu'ils ont été transmis, sans juger de leur conformité à la définition des catégories sous lesquelles ils sont classifiés. Dans certains cas, une même activité a pu apparaître sous plus d'une catégorie.

Lieux de réflexion

Dans dix régions, des modifications ont été signalées en 1999-2000 à propos des lieux de réflexion et, dans deux de ces régions, il n'y avait eu aucune activité l'an dernier (cf. tableau 1.3a). Les activités qui s'inscrivent sous ce volet varient en intensité, allant d'activités à caractère plutôt ponctuel (par exemple, un colloque) à l'occupation d'un lieu qui permet un ensemble d'activités suivies et orientées. Les lieux de réflexion, lorsqu'ils concernent le personnel qui travaille en périnatalité, s'apparentent parfois aux éléments qu'on retrouve au tableau 1.3b sous la rubrique formation. Des activités de sensibilisation de la population (en général ou groupes cibles) sont également inscrites à cette rubrique. Notons enfin que les lieux de réflexion peuvent être utilisés de façon particulière par des personnes qui travaillent en périnatalité dans des établissements ou dans des organismes communautaires, ou servir à réunir des acteurs de différents secteurs institutionnels ou communautaires.

Soulignons également ici différentes actions de recherche, d'évaluation ou d'expérimentation. Sept régions ont connu de telles activités. Il peut s'agir d'études auprès d'experts ou de recensions de documents et de programmes, de comités consultatifs de recherche ou de programmes de subvention en santé publique, de fonds régionaux de soutien à l'implantation, à l'expérimentation ou à l'évaluation de projets. Dans certains cas, il y a collaboration entre CLSC, DSP et milieu universitaire.

Ateliers de sensibilisation ou de formation

De nouvelles activités de sensibilisation ou de formation pour le personnel ont eu lieu dans neuf régions (cf. tableau 1.3b). Dans trois régions, il s'agissait de la première année où étaient offertes de telles activités. Dans trois régions également, les activités ont pris la forme de colloques ou de conférences ouvertes à du personnel de diverses disciplines. Des activités de formation ont été proposées dans au moins quinze CLSC, dont huit de la même région. Les formations varient aussi dans leur durée, certaines allant jusqu'à quatre demi-journées. Dans une région, des activités de formation ont été organisées à l'intention des membres de comités de pères des organismes familiaux. Les informations recueillies montrent que la formation et la sensibilisation sont des activités qui permettent le rayonnement, dans les régions, de l'expertise acquise par certains groupes.

Adaptation d'outils de travail

L'adaptation d'outils de travail est rapportée dans cinq régions (cf. tableau 1.3c). À titre d'exemples, mentionnons la modification de questionnaires de collecte de données pour y inclure des données sur le père et l'adaptation des activités d'animation pour des groupes particuliers (pères alcooliques, pères en détention ou insertion sociale). Une collaboration spéciale pour la révision du guide à l'intention des parents, *Mieux vivre avec son enfant*, a été établie, afin de prendre en compte la dimension de la paternité.

Production ou utilisation d'outils

En ce qui concerne la production ou l'utilisation d'outils, des activités ont été signalées dans quatre régions (cf. tableau 1.3d). Dans l'une d'elles, on a produit la *Grille d'auto-évaluation des us et coutumes en faveur des pères*, destinée aux membres des équipes famille-enfance-jeunesse des CLSC. Inspirée et adaptée de l'outil proposé par

les auteurs de *Getting Men Involved – Strategies for Early Childhood Program*¹, cette grille a permis aux CLSC de la région d'établir un portrait de leurs pratiques à l'égard des pères et de susciter un questionnement à propos des adaptations ou changements à faire. On rapporte également la production d'articles, de dépliants et d'affiches de sensibilisation, d'une émission télévisée et d'un texte pour un site Internet. Ces outils sont utilisés dans divers contextes (cours prénatals, formation du personnel travaillant en périnatalité, etc.) et, parfois, diffusés dans d'autres territoires de CLSC ou d'autres régions.

Adaptation d'activités ou de programmes

Dans sept régions, on indique de nouvelles activités à la rubrique « adaptation d'activités ou de programmes » (cf. tableau 1.3e). Dans les CLSC, l'adaptation des activités ou des programmes continue de s'articuler autour des rencontres prénatales ou postnatales et des activités de vaccination pour favoriser la participation des pères (collaboration d'un animateur, rencontres destinées aux pères, discussions entre pères au cours des rencontres, aménagement des lieux avec des représentations de pères avec leur enfant, aménagement des horaires, etc.). Dans l'une des situations rapportées, la modification de l'horaire des activités de vaccination aurait permis d'augmenter de 40 % la proportion d'enfants accompagnés de leur père. On noterait un plus grand nombre d'hommes dans les équipes famille-enfance-jeunesse des CLSC et ils y assument plus de responsabilités dans le volet portant sur la valorisation du rôle du père, soit par la planification, la sensibilisation ou la coanimation. Avec l'adaptation des outils pour la collecte de données irait de pair la volonté que soient inscrites au dossier de l'utilisateur les activités concernant les pères et non seulement celles qui s'adressent aux mères et aux enfants. Alors que la plupart des éléments rapportés montrent une amélioration de la situation, dans un CLSC on souligne la diminution de certaines activités destinées aux pères plus vulnérables en raison du retrait de partenaires d'autres secteurs. Dans deux régions, on rapporte des adaptations aux programmes *Y'a personne de parfait* (Y'APP) et aux activités organisées par les établissements et les organismes communautaires engagés dans le *Programme d'action communautaire pour les enfants* (PACE).

Conception de nouvelles activités

Enfin, de nouvelles activités ont été conçues dans quatre régions (cf. tableau 1.3f). Certaines de ces activités ont entouré la fête des pères ou une fête de quartier visant à promouvoir l'engagement paternel : concours (de dessins, de photos), déjeuners dans un centre de la petite enfance (CPE) ou un organisme communautaire, événements radiophoniques et communiqués dans les journaux. Dans dix territoires de CLSC, dont huit de la même région, des groupes de pères (groupes de discussion, ateliers de jeux pères-enfants, cuisine collective, etc.) ont été mis en place par des organismes communautaires ou un CLSC. Dans une région, ces groupes s'adressent particulièrement à une population plus vulnérable (pères alcooliques, pères en détention ou en insertion sociale, jeunes pères de 18-30 ans). Enfin, une municipalité s'est dotée d'une politique familiale.

Discussion

La mise à jour des actions réalisées en matière de valorisation du rôle du père indique que, dans presque toutes les régions, des activités se rapportant à l'une ou l'autre des catégories ont été organisées. Ce sont les activités liées aux lieux de réflexion et à

1. J. A. LEVINE et al., *Getting Men Involved – Strategies for Early Childhood Program*, New York, 1993.

l'adaptation des activités ou des programmes qui sont les plus fréquemment rapportées, puis les activités touchant la sensibilisation et la formation.

Au regard de l'année précédente, le portrait d'ensemble présenté au tableau 1.3 indique une progression dans la réalisation d'actions visant la valorisation du rôle du père.

Bien que les activités puissent encore paraître plutôt isolées et ponctuelles, il semble y avoir une volonté d'intégrer cette préoccupation à la pratique dans le domaine famille-enfance-jeunesse. Au sein des établissements et du milieu communautaire, on a recours à divers moyens pour traduire cet objectif dans les faits (réflexions au sein des équipes de planification et d'intervention, activités ponctuelles ou modifications concrètes des pratiques, etc.). On note aussi que plus d'hommes, membres des équipes d'intervention ou pères, sont engagés dans des programmes ou des organismes où se retrouvaient historiquement davantage de femmes. Certains territoires de CLSC se démarquent par une approche globale et la variété des actions en matière de valorisation du rôle du père.

Soulignons que la tenue, à l'automne 2000, de trois événements nationaux sur la présence des pères (symposium, débat public et conférence aux Journées annuelles de santé publique témoigne de l'évolution de la préoccupation à l'égard des pères et devrait contribuer à sensibiliser et à mobiliser les milieux, tout en favorisant l'atteinte du résultat attendu qui a été établi dans les priorités nationales.

Tableau 1.3 Nombre de régions où ont eu lieu des actions en matière de valorisation du rôle du père, selon les catégories, 1998-1999 et 1999-2000

Catégories d'actions	Nombre de régions où se sont déroulées des actions en 1998-1999	Nombre de régions où se sont déroulées des actions en 1999-2000 ¹
Lieux de réflexion	10	12
Ateliers de sensibilisation ou de formation	8	11
Adaptation d'outils de travail	8	9
Production ou utilisation d'outils	8	10
Adaptation d'activités ou de programmes	12	12
Conception de nouvelles activités	8	8

1. Quand aucune modification n'était signalée pour la période 1999-2000 et que des actions avaient été rapportées pour la période 1998-1999, nous avons présumé que ces actions s'étaient poursuivies en 1999-2000. Cette colonne est donc le cumul de l'activité entre 1998 et 2000.

Tableau 1.3a Lieux de réflexion sur la valorisation du rôle du père en 1998-1999, mise à jour 1999-2000

Régions ¹	Lieux de réflexion	Information complémentaire
01	Oui	1998-1999 Réflexion sur l'attachement parent-enfant et sur le rôle du père au sein de l'équipe responsable des dossiers sur la jeunesse et la périnatalité dans un CLSC.
02	Non	
03	Oui	1998-1999 Réflexion et planification d'actions au sein du Comité pères régional, composé d'intervenants de CLSC, d'organismes communautaires, du milieu de garde, de la Direction de la santé publique, du centre jeunesse et de l'Université Laval, ainsi qu'au sein d'un regroupement de douze intervenants de CLSC et d'organismes communautaires. Des lieux de réflexion existent également dans les territoires de deux autres CLSC. 1999-2000 La grille d'auto-évaluation des us et coutumes en faveur des pères par les équipes de deux intervenants formées dans les différents CLSC a alimenté la réflexion au sein des équipes intéressées des CLSC.
04	Oui	1999-2000 Le projet <i>Repères</i> , élaboré par le comité intersectoriel de la MRC de l'Érable, amorçait une étude auprès de quelques experts en valorisation du rôle du père. Il permettait de recueillir de l'information sur les stratégies et les approches les plus favorables aux pères (ajustement du milieu physique, adaptation des outils de travail, énoncé des résistances à cette valorisation, etc.) afin de mieux adapter les interventions et de convenir des outils de formation et d'évaluation pour améliorer les pratiques des intervenants. Le travail fait dans la MRC de l'Érable sera diffusé dans l'ensemble de la région.
05	Non	
06	Oui	1998-1999 La Maison de la famille ; les organismes Les Relevailles et Dad's Project. La question est abordée à l'occasion des rencontres prénatales et au cours des réunions du regroupement intersectoriel NEGS dans certains CLSC du territoire. Un regroupement sur la valorisation de la paternité existe également sur le territoire d'un CLSC. 1999-2000 Deux regroupements existent. Le premier est composé d'intervenants qui doivent mettre en place une stratégie de communication sur la paternité dans trois territoires de CLSC. Le deuxième, Coopère, est un regroupement intersectoriel local qui a conçu et met en œuvre depuis trois ans dans un territoire de CLSC un plan d'action à multiples cibles et à multiples stratégies avec le soutien de chercheurs. De plus, le sujet est abordé dans les réunions d'équipe d'au moins un CLSC.
07	Oui	1999-2000 Inventaire des actions réalisées et des programmes offerts sur le territoire pour promouvoir l'engagement paternel (UQAH) ; formation d'un comité de travail qui doit effectuer une recension de la documentation et des programmes existants ; élaboration d'un projet de recherche conjoint UQAH, DSP et CLSC pour colliger de l'information sur l'engagement des pères pendant les périodes de transition majeures dans leur vie. Début de mobilisation régionale observé.
08	Oui	1998-1999 Dans les CLSC, les centres de santé de première ligne et les organismes communautaires. 1999-2000 Colloque en périnatalité et sur l'allaitement.
09	Oui	1998-1999 Une réflexion sur le sujet a été amorcée dans un CLSC de la région ; le responsable d'un autre CLSC mentionne qu'un groupe de travail a été formé pour réaliser une recherche sur le territoire. 1999-2000 Recherche en cours au Centre de santé des Nord-Côtiers, dans le cadre du Programme de subvention en santé publique. Groupe cible : plus d'une centaine de pères dont les enfants ont entre quelques jours et 2 ans. Un groupe régional de réflexion et d'action sur les besoins et les demandes d'aide des hommes a commencé ses activités.

Priorité 1 – Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes

10	Non	
11	Oui	1998-1999 La table de concertation L'heure juste dans une MRC de la région. Tournée des MRC de la région pour présenter l'étude sur l'engagement des pères auprès de leurs enfants et discuter des résultats de cette étude réalisée en 1998-1999 par la Direction de la santé publique. 1999-2000 Création d'un fonds régional temporaire pour soutenir la mise en œuvre de projets, selon une procédure en trois étapes : consultation du <i>Guide du requérant</i> conçu pour aider les promoteurs (édition spéciale 1999-2000), rencontre avec les promoteurs d'un projet et leurs partenaires éventuels dans chacun des territoires de MRC et analyse des projets reçus. Un seul projet ayant été soumis, projet qui ne se limitait pas à l'engagement paternel, des démarches sont en cours pour préparer une proposition régionale.
12	Oui	1998-1999 Pour achever l'élaboration du programme intégré en périnatalité, formation du Conseil consultatif régional en périnatalité, composé de représentants du milieu médical, de la régie régionale de la santé et des services sociaux, de CLSC et d'organismes communautaires. 1999-2000 Activités dans six des dix CLSC dont on a obtenu une réponse (ex. : équipe famille-enfance-jeunesse, table de promotion prévention jeunesse, équipes multidisciplinaires CLSC, organismes communautaires, Ressources Naissance-Renaissance, Partage au masculin).
13	Oui	1998-1999 Dans les quatre CLSC de la région. 1999-2000 Réflexion amorcée sur le plan régional, en collaboration avec les CLSC et les organismes communautaires, en vue de la planification régionale d'activités. Questionnaire rempli par les responsables de CLSC et d'organismes communautaires sur leurs préoccupations, leurs expériences, les besoins des usagers et de leur personnel, etc.
14	Oui	1998-1999 L'organisation d'activités fait partie des objectifs de la programmation de certains CLSC et de plusieurs organismes communautaires travaillant auprès des familles. 1999-2000 Soirées d'animation ou ateliers pour la population en général ou des groupes cibles (ex. : pères alcooliques dans un centre de désintoxication, pères participant pendant moins de deux ans à un programme d'insertion sociale dans un centre résidentiel communautaire), comités de pères d'organismes familiaux.
15	Oui	1998-1999 Le <i>Groupe de promotion de la paternité</i> des Laurentides et l'initiative Place-O-Pères de Pointe-Calumet.
16	n.s.p.	
17	Non	
18	n.s.p.	

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

Tableau 1.3b Ateliers de sensibilisation ou de formation pour les intervenants en 1998-1999, mise à jour 1999-2000

Régions ¹	Sensibilisation ou formation	Information complémentaire
01	Non	
02	Oui	1998-1999 Participation de l'équipe interdisciplinaire d'un CLSC à un colloque sur la valorisation du rôle du père.
03	Oui	1998-1999 Présentation et animation d'un atelier sur le rôle du père aux Journées annuelles de périnatalité de l'Association de santé publique du Québec. Une journée de ressourcement sur l'engagement paternel a également été organisée à l'intention de l'équipe multisectorielle sur l'enfance d'un territoire de CLSC. De plus, le président du Comité pères régional assiste régulièrement aux rencontres du Comité de périnatalité et de la petite enfance de la région. Enfin, présentation et diffusion à la Table des coordonnateurs enfance jeunesse des CLSC de la région et à la Table de périnatalité et petite enfance du document <i>Valoriser le rôle du père et promouvoir son engagement paternel : orientations et propositions d'actions</i> . 1999-2000 Le Comité Père régional a offert une formation de 12 heures (quatre demi-journées) à 25 intervenants (13 femmes et 12 hommes) des équipes enfance-jeunesse de tous les CLSC de la région afin de les rendre capables d'agir (en groupes de deux) comme agents de changement en faveur du père dans leur milieu. Conférence-échange d'une durée de trois heures offerte à tout le personnel d'intervention de la région de Québec, intitulée « La présence ou l'absence du père... l'impact sur la famille » (110 participants). La conférence, enregistrée sur vidéo, est utilisée dans divers milieux. Ateliers de sensibilisation dans certains CLSC.
04	Oui	1999-2000 Conférence dans le cadre de la Journée régionale annuelle de périnatalité, en juin 2000. Atelier de sensibilisation prévu à la suite des résultats de l'étude amorcée dans le projet Repères.
05	Non	
06	Oui	1998-1999 Une rencontre a eu lieu avec la Table intersectorielle relative à la petite enfance, la famille et la pauvreté. Une formation intitulée « Pères, nourrissons et jeunes enfants » a été offerte par l'Université McGill. 1999-2000 Atelier sur l'engagement paternel dans le cadre de la Journée annuelle de périnatalité (JAP). Une formation sur l'engagement paternel préparée par la DSP (avec la collaboration récente de l'INSPQ) a été testée dans deux territoires de CLSC auprès d'une trentaine d'intervenants. Mentionnons également les travaux de Prospère (consortium d'organismes et d'établissements de la région de Montréal et des Laurentides) pour l'organisation de trois événements qui se dérouleront à l'automne 2000 : un symposium national, un débat public et une conférence aux Journées annuelles de santé publique sur la présence des pères.
07	Oui	1999-2000 Formation offerte par le groupe de recherche « Prospère » aux intervenants d'un territoire de CLSC.
08	Oui	1998-1999 Une formation régionale traitant de l'engagement des pères et de la valorisation de leur rôle a été donnée à deux reprises. Cette formation a été offerte à des intervenants des CLSC, des centres jeunesse, des commissions scolaires et des organismes communautaires. 1999-2000 Pas de formation particulière, mais thème du père inclus dans les colloques régionaux.
09	Oui	1998-1999 Tenue d'un atelier à l'occasion de la Journée annuelle de périnatalité organisée dans la région. 1999-2000 Présentation d'une recherche sur le rôle du père pendant le colloque régional en périnatalité à l'automne de 1999.
10	Non	
11	Oui	1998-1999 L'étude <i>L'implication des pères en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine : leurs rôles, leurs besoins</i> , réalisée en mars 1999, a fait l'objet d'une tournée de diffusion auprès d'environ 70 intervenants issus de secteurs d'activité variés (santé et services sociaux, éducation, municipalités, services de garde, etc.).
12	Oui	1999-2000 Dans deux des dix CLSC ayant fourni une réponse.
13	Non	
14	Oui	1998-1999 Une formation sur l'application du programme <i>Cœur de père</i> a été offerte, par l'organisme qui a mis au point le programme, à des intervenants et à des représentants d'organismes communautaires (à l'occasion du colloque régional du programme <i>Naître en santé dans Lanaudière</i> et du colloque de la Fédération des unions de familles du Québec). Des activités de sensibilisation ont également été tenues dans la région : présentation par un organisme communautaire du film <i>Père pour la vie</i> à son conseil d'administration et à des parents, et diffusion du guide d'animation <i>Cœur de père</i> dans les journaux locaux, régionaux et provinciaux, etc. 1999-2000 Formation des membres des comités pères d'organismes familiaux, sensibilisation de la direction et d'intervenantes du CLSC-CHSLD D'Autray par l'organisme cible. Sensibilisation du travailleur social du Centre

Priorité 1 – Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes

de désintoxication. Diffusion et formation dans d'autres régions du programme *Cœur de père*. Participation à la consultation provinciale sur un nouvel outil d'animation, de sensibilisation et de soutien à l'intégration de la dimension de la paternité dans les programmes de santé existants et planification à cet effet avec les CLSC et les organismes de la MRC D'Autray.

15	Oui	1998-1999 Colloque « Intervenir auprès des pères » organisé par le Groupe de promotion de la paternité des Laurentides, en collaboration avec la Direction de la santé publique (DSP) ; publication et diffusion des actes du colloque. Soutien à des groupes locaux pour des activités visant la promotion de la paternité offertes par le Groupe de promotion de la paternité des Laurentides, conjointement avec la DSP. 1999-2000 Au CLSC des Pays-d'en-Haut, comité consultatif de recherche sur l'engagement paternel, centre de documentation sur la paternité et discussion à l'intérieur du programme enfance-jeunesse.
16	n.s.p.	
17	Non	
18	Non	

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

Tableau 1.3c Adaptation d'outils de travail en 1998-1999, mise à jour 1999-2000

Régions ¹	Adaptation d'outils	Information complémentaire
01	Oui	1998-1999 Un CLSC a adapté l'outil visant à évaluer le lien entre parents et enfants. Un autre CLSC a collecté des données.
02	Oui	1998-1999 Adaptation du <i>Guide de l'intervenante</i> par un CLSC.
03	Oui	1998-1999 Deux CLSC ont modifié le registre d'inscription aux rencontres prénatales pour y inscrire le nom du père. 1999-2000 Collaboration à la révision, sous l'angle du père, du guide (national) pour les parents <i>Mieux vivre avec son enfant</i> .
04	Oui	À venir Dans le cadre du projet <i>Repères</i> , à la suite de l'étude auprès d'intervenants : adaptation, production et utilisation d'outils de travail, et adaptation d'activités.
05	Non	
06	Oui	1998-1999 Un CLSC a adapté la grille d'évaluation afin de mesurer le niveau d'attachement père-enfant. 1999-2000 Un CLSC a adapté ses formulaires d'évaluation utilisés pendant les cours prénatals et postnatals afin d'avoir des informations sur l'engagement du père.
07	Non	
08	Oui	1998-1999 Les CLSC et les organismes communautaires ont utilisé ou adapté des documents remis au cours de la formation, portant sur l'intervention auprès des pères (bulletin d'un groupe de réflexion, articles d'un psychiatre sur le rôle du père, etc.). 1999-2000 Modification des outils de collecte de données pour améliorer les données portant sur les pères (activité en cours).
09	Non	
10	n.r.	
11	Non	
12	Oui	1998-1999 Un CLSC a adapté, à l'intention des pères, le dépliant du programme <i>Y'a personne de parfait</i> .
13	Non	
14	Oui	1998-1999 Sur deux territoires de CLSC, les organismes communautaires travaillant auprès des familles ont précisé que le guide d'animation utilisé pour les sessions d'entraide, <i>Cœur de père</i> , avait été adapté. 1999-2000 Adaptations variées de différents ateliers inspirés du guide d'animation <i>Cœur de père</i> et du film <i>Père pour la vie</i> , selon les objectifs poursuivis, les personnes visées, le contexte d'intervention et le temps disponible. Par exemple, adaptation d'un outil d'intervention auprès de pères alcooliques.
15	Oui	1998-1999 : Améliorer du matériel des cours prénatals dans un CLSC. Un deuxième CLSC a adapté le questionnaire de collecte de données du programme NEGS, alors qu'un autre CLSC a préparé un guide d'animation des rencontres postnatales qui s'adressent aux nouveaux pères.
16	n.s.p.	
17	Non	
18	n.r.	

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

Tableau 1.3d Production ou utilisation d'outils en 1998-1999, mise à jour 1999-2000

Régions ¹	Production ou utilisation d'outils	Information complémentaire
01	Non	
02	Oui	1998-1999 Distribution de la brochure <i>Être père, la belle aventure</i> aux pères qui ont participé aux rencontres prénatales dans un CLSC. Dans un autre CLSC, utilisation d'un dépliant pour le programme de continuité des soins en périnatalité.
03	Oui	1998-1999 Les neuf CLSC de la région ont tenu des activités. L'affiche produite par le Comité pères régional a été utilisée par tous les CLSC. Un dépliant destiné aux pères a été produit afin de les inviter à participer aux activités d'un groupe de pères. Un questionnaire a été distribué aux pères afin de connaître leurs besoins et leur intérêt à participer à une rencontre entre pères durant la période postnatale. On mentionne également l'utilisation du guide <i>Pères présents – enfants gagnants</i> , du document <i>L'intervention groupe-pères</i> , du film <i>Père pour la vie</i> , du dépliant <i>Être père : la belle aventure</i> et du <i>Guide pour le père actif</i> . De plus, on note l'établissement d'une liste des vingt préoccupations les plus fréquentes des futurs pères et la production d'un texte sur les bienfaits du rôle du père. 1999-2000 Dans le cadre de la formation donnée aux intervenants, production de la <i>Grille d'auto-évaluation des us et coutumes en faveur des pères</i> , outil inspiré et adapté de celui qui est proposé par les auteurs de <i>Getting Men Involved – Strategies for Early Childhood Program</i> , James A. Levine <i>et al.</i> , rédaction, à la DSP, d'un texte sur la valorisation du rôle du père pour le site Internet : <i>Petitmonde.qc.ca</i> et collaboration avec le Regroupement des centres de la petite enfance des régions de Québec et des Appalaches pour l'envoi d'un texte sur la valorisation du rôle du père, pendant la semaine des centres de la petite enfance, au printemps de 1999.
04	Oui	1998-1999 Dans un CLSC, un questionnaire a été conçu à l'intention des pères (réflexion sur leur relation avec leur propre père).
05	Non	
06	Oui	1999-2000 Un bon nombre d'outils (feuille de réflexion utilisée dans les rencontres prénatales, dépliant de sensibilisation, etc.) ont été préparés par une dizaine de CLSC ou d'organismes communautaires. Une part de ces outils étaient déjà utilisés avant 1999-2000. De plus, du matériel de communication élaboré par Coopère (affiche <i>Pères pas à pas</i> ; calendrier <i>Mon papa et moi</i> et dépliant <i>Pères à sa manière</i>) et par Place aux pères de la région des Laurentides (exposition <i>Dessine-moi un papa</i>) a été diffusé dans plusieurs territoires de CLSC.
07	Non	
08	Oui	1998-1999 Les CLSC et les organismes communautaires ont utilisé ou adapté des documents remis au cours de la formation portant sur l'intervention auprès des pères (bulletin d'un groupe de réflexion, articles d'un psychiatre sur le rôle du père, entre autres).
09	Oui	1998-1999 Un CLSC distribue aux pères des articles traitant de la paternité à l'occasion des rencontres prénatales.
10	n.r.	
11	Non	
12	Oui	1999-2000 Production, présentation avec discussion de la vidéo <i>Père pour la vie</i> par un groupe communautaire ; production par un CLSC du coffret « Comment lui dire » et exposition dans une salle de rencontre d'une photo d'un père de la région avec son enfant ; utilisation d'outils de travail dans le cadre de rencontres prénatales et remise de documents aux couples, questionnaire d'animation.
13	Non	

Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 3^e bilan

14	Oui	1998-1999 Un CLSC utilise une brochure au cours des rencontres prénatales. Les organismes communautaires travaillant auprès des familles sur trois territoires de CLSC ont mis en place une session d'entraide <i>Cœur de père</i> et ont présenté à des intervenants le film <i>Père pour la vie</i> . 1999-2000 Articles mensuels de sensibilisation dans la revue <i>SOS Tendresse</i> de l'organisme Cible Famille Brandon et émission à la télévision communautaire. S'ajoutent aux outils déjà signalés l'an dernier les brochures <i>Un papa, c'est important, toujours, tout le temps</i> et <i>Être père, la belle aventure</i> .
15	Oui	1998-1999 Un CLSC a produit, acheté et distribué du matériel relatif à l'exposition itinérante <i>Dessine-moi un papa</i> , distribué du matériel promotionnel concernant les rencontres postnatales s'adressant aux pères et diffusé les résultats d'un sondage permettant de brosser un portrait des pères du quartier. Un autre CLSC a produit une affiche.
16	n.s.p.	
17	Non	
18	Oui	1998-1999 Utilisation de la vidéo <i>Young moms</i> qui valorise, entre autres, le rôle du père.

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

Tableau 1.3e Adaptation d'activités ou de programmes en 1998-1999, mise à jour 1999-2000

Régions ¹	Adaptation d'activités ou de programmes	Information complémentaire
01	Oui	1998-1999 Participation du groupe « Trajectoire homme » à une rencontre prénatale.
02	Oui	1998-1999 Un CLSC a invité les pères aux ateliers sur les interventions précoces (0-6 mois), aux rencontres prénatales et aux rencontres <i>Y'a personne de parfait</i> . Un CLSC a tenu des sessions d'entraide <i>Cœur de père</i> alors qu'un autre CLSC a adapté les rencontres prénatales.
03	Oui	1998-1999 Les neuf CLSC ont adapté des activités ou des programmes : changements dans les pratiques professionnelles (les infirmières demandent systématiquement que le père soit présent au moment des visites postnatales à domicile et font appel à son engagement ; elles offrent un service de référence aux pères, qui est de plus en plus utilisé, par exemple) ; animation par un intervenant d'une discussion tenue à l'occasion des rencontres prénatales dans certains CLSC, inclusion de l'activité <i>Groupe de pères</i> dans la programmation régulière du secteur enfance-famille d'un CLSC, entre autres. 1999-2000 Un CLSC note une diminution des interventions destinées aux pères vulnérables en raison de l'arrêt des activités du groupe de pères qui avaient lieu depuis trois ans en milieu scolaire, faute d'appui de ce milieu.
04	Oui	1998-1999 Un CLSC a adapté les cours prénatals. Dans un autre CLSC, les pères sont invités à discuter entre eux de leur rôle et de leurs responsabilités au cours de deux rencontres prénatales et d'une rencontre postnatale. Enfin, un troisième CLSC a adapté certaines pratiques professionnelles (ex. : tenue de rencontres le soir pour permettre aux pères d'y assister).
05	Non	
06	Oui	1998-1999 Dans un CLSC, les cours prénatals ont été adaptés pour faire participer davantage les pères aux soins du bébé. Dans un autre CLSC, on réserve certaines rencontres prénatales et postnatales aux pères. Dans deux CLSC, on note la présence d'un animateur au cours des rencontres. Un CLSC a organisé une conférence à la Maison de la famille. Des CLSC se préoccupent de faire participer les pères à l'occasion des entrevues et des rencontres prénatales et postnatales. On mentionne également l'organisation de la fête des pères dans un territoire de CLSC ainsi que la tenue de rencontres avec des pères sur leur rôle et l'organisation d'activités père-enfant dans un autre territoire. 1999-2000 Au moins dix CLSC ont inclus des interventions auprès des pères ou des futurs pères dans le cadre des rencontres prénatales ou postnatales ; cela se traduit par la présence d'un animateur masculin ou la réalisation d'un atelier entre hommes seulement. Deux CLSC ont adapté leurs heures de rencontres et de visites à domicile pour mieux faire participer les pères, et l'un d'eux invite aussi les pères séparés aux activités. Un autre CLSC a intégré un intervenant masculin à son équipe de santé parentale et infantile. Finalement, dans un CLSC, la semaine de la famille et les fêtes du nouveau-né se sont adressées aux deux parents.
07	Non	
08	Oui	1998-1999 Une rencontre prénatale est réservée aux pères, parmi celles qui sont prévues dans les CLSC et les locaux de certains organismes communautaires. Les pères participent également au suivi à domicile offert dans le cadre du programme NEGS. Ce programme comporte des projets de tables intersectorielles visant particulièrement les pères. Des études ont également été réalisées dans la région sur les pères et l' <i>empowerment</i> des familles.
09	Oui	1998-1999 Des discussions portant particulièrement sur la paternité ont été organisées à l'occasion des rencontres prénatales dans un CLSC. 1999-2000 Modification de l'horaire des activités de dépistage d'un centre de santé afin de favoriser la participation des pères. La pratique des intervenants a aussi été modifiée pour inviter le père à être présent pendant les consultations individuelles demandées seulement par la mère et portant sur les habiletés et les compétences parentales. Un CLSC a intégré dans son programme prénatal une rencontre entre le père et un coanimateur masculin.

Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 3^e bilan

10	n.r.	
11	Oui	1998-1999 Dans la majorité des CLSC, de même que dans plusieurs organismes de la région, les horaires de certaines activités ont été modifiés afin d'accueillir les pères ; des efforts particuliers ont été faits pour les inviter à participer à des activités.
12	Oui	1998-1999 Dans la majorité des CLSC, un intervenant ou un père ayant déjà participé à des rencontres prénatales collabore à l'animation de ces rencontres. 1999-2000 Adaptation de <i>Y'a personne de parfait</i> dans trois CLSC, activités dans le cadre du PACE dans un CLSC ; partenariat avec les organismes communautaires Partage au masculin et Vis-à-vis dans le cadre de rencontres prénatales.
13	Oui	1998-1999 Deux CLSC ont organisé des activités de stimulation précoce orientées vers les pères (dans un CLSC, cela s'est concrétisé par une rencontre réservée aux pères). 1999-2000 Certains organismes et CLSC ont formé des groupes <i>Y'a personne de parfait</i> pour les couples.
14	Oui	1998-1999 Deux des six CLSC ont organisé des activités. Dans un CLSC, un intervenant entre en contact avec les pères et leur donne de l'information sur les groupes de pères à l'occasion de la première rencontre prénatale. Un autre CLSC organise un groupe de discussion pour les pères. Par ailleurs, les organismes communautaires travaillant auprès des familles de trois territoires de CLSC offrent des sessions <i>Cœur de père</i> . Dans un de ces organismes, on souligne la présence d'un père aux sessions d'entraide du programme <i>Cœur de mère</i> et l'organisation d'une session <i>Coéquipiers père-mère</i> . 1999-2000 Les six MRC de la région témoignent d'actions relatives à la valorisation du rôle du père, souvent par le recours aux outils du programme <i>Cœur de père</i> ou par l'entremise des rencontres prénatales et des relations avec les organismes communautaires familiaux. Des intervenants masculins sont chargés du dossier, à des intensités variables, aux CLSC-CHSLD de Montcalm et au CLSC-CHSLD D'Autray. Analyse du dossier de l'usager pour voir la possibilité d'y inscrire les interventions faites auprès des pères au CLSC-CHSLD Montcalm. Participation de sept pères de la MRC D'Autray au projet de recherche de l'Association canadienne des ressources familiales sur les interventions auprès des pères. Évaluation des effets des sessions <i>Cœur de père</i> auprès des pères présents. Le programme <i>Relevailles des aides natales dans les maisons</i> du Centre Péri-ressources permet d'entrer en contact avec les nouveaux papas, notamment en leur fournissant de la documentation.
15	Oui	1998-1999 Les sept CLSC de la région ont adapté des activités ou des programmes. La majorité des CLSC ont adapté les cours prénatals et postnatals pour y faire participer les pères : présence d'un coanimateur à des rencontres prénatales, regroupement de pères à l'occasion de rencontres prénatales, rencontres postnatales s'adressant spécialement aux pères. Certains CLSC s'organisent pour que les visites postnatales à la maison aient lieu en présence des pères. Un CLSC a également formé un groupe d'entraide pour pères et il organise des ateliers parents-enfants. Enfin, un CLSC invite un père aux soirées de soutien à l'allaitement afin qu'il témoigne de son rôle (le CLSC rembourse les frais de garde afin de s'assurer de la présence du père). 1999-2000 La modification de l'horaire des activités de vaccination (maintenant offertes le soir) aurait permis d'augmenter de 10 % à 50 % la proportion d'enfants accompagnés de leur père.
16	n.s.p.	
17	Non	
18	n.r.	

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

Tableau 1.3f Conception de nouvelles activités en 1998-1999, mise à jour 1999-2000

Régions ¹	Activités	Information complémentaire
01	Non	
02	Non	
03	Oui	1998-1999 Groupe de pères en milieu scolaire sur le modèle <i>Pères présents, enfants gagnants</i> . On souligne la difficulté de mettre en place des groupes de pères (peu d'inscriptions). 1999-2000 À l'occasion de la fête des pères, exposition de dessins d'enfants de 2 à 5 ans sous le thème <i>Dessine-moi un papa</i> organisé conjointement par le CLSC Haute-Ville-des-Rivières et des CPE. Un déjeuner pour les papas dans un de ces CPE. Sondage conjoint CLSC Charlevoix et La Maison de la famille auprès de pères d'enfants de moins de 12 ans pour connaître leurs besoins. Rencontres entre pères et rencontres pères-enfants organisées par le CLSC de la Jacques-Cartier avec un groupe de pères et leurs enfants de 5 à 12 ans.
04	Oui	1998-1999 Un CLSC a conçu une nouvelle activité pour les pères, <i>La Parentèle</i> . Un deuxième CLSC offre des conférences aux organismes pour valoriser le rôle du père.
05	Oui	1998-1999 Un CLSC a conçu un projet pilote qui consiste en cinq rencontres avec des pères de jeunes enfants, organisées en collaboration avec un organisme communautaire ; ces rencontres ont été animées par un intervenant du CLSC.
06	Oui	1998-1999 Dans un CLSC, valorisation de l'importance du père dans la famille au cours des rencontres individuelles. 1999-2000 Dans au moins huit territoires de CLSC, des groupes de pères ont été formés par différents organismes communautaires. Ces groupes prennent différentes formes : groupes de discussion (5), ateliers de jeux pères-enfants (2), cuisine collective pour pères (1), entre autres. De plus, diverses activités de sensibilisation ont été proposées dans la région. Le Regroupement pour la valorisation de la paternité a permis de mener, dans trois territoires de CLSC, une campagne de sensibilisation : fêtes de quartier, concours de dessin, conférence de presse et articles dans les journaux. Un territoire de CLSC particulièrement actif en raison de la présence de Coopère (regroupement intersectoriel local) a organisé plusieurs activités de quartier et fait de la sensibilisation de masse. Un autre CLSC a donné des ateliers – conférences sur l'engagement paternel dans le milieu communautaire (garderie, maison de la famille, etc.). Dans un autre territoire de CLSC, une maison de la famille a organisé des déjeuners en famille le samedi matin pour valoriser le rôle du père.
07	Non	
08	Oui	1998-1999 Formation de groupes de pères dans divers territoires de CLSC.
09	Oui	1998-1999 Des rencontres de groupe sur la paternité ont eu lieu dans le territoire d'un CLSC. Un autre CLSC souligne qu'un organisme communautaire a organisé des rencontres sur la valorisation du père.
10	n.r.	
11	Non	
12	Non	
13	Non	
14	Oui	1998-1999 Quatre des six CLSC ont conçu de nouvelles activités qu'ils offrent sur leur territoire : activité intitulée <i>Être parent jeune</i> , stand d'information sur les pères à l'occasion du <i>Rendez-vous familial</i> , organisation d'une session d'entraide <i>Cœur de père</i> , représentation des pères au sein du

conseil d'administration d'un organisme communautaire travaillant auprès des familles, rencontres individuelles pour les pères vivant des difficultés particulières, etc. **1999-2000** En plus des interventions auprès de jeunes pères (18-30 ans), des interventions ont visé des groupes plus vulnérables comme des pères alcooliques, des pères emprisonnés pour moins de deux ans ou des pères participant pendant moins de deux ans à un programme d'insertion sociale. Un plus grand nombre de CLSC et d'organismes semblent engagés dans des activités de valorisation du rôle du père.

15	Oui	1998-1999 Trois des sept CLSC ont conçu de nouvelles activités. On mentionne l'existence du groupe « Pères présents, enfants gagnants », qui est coanimé par un organisme communautaire, ainsi que l'organisation d'activités pères-enfants (ex. : activités récréatives) en collaboration avec la Maison de la famille. 1999-2000 Colloque sur l'aide aux hommes, politique familiale de Sainte-Adèle. Au printemps 2000, à l'occasion de la fête des pères : concours de photos <i>Déclic papa</i> , événement radiophonique et communiqués dans les journaux.
16	n.s.p.	
17	Non	
18	Non	

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

Conclusion

La première partie du présent bilan avait pour but de faire connaître les principaux résultats relatifs au suivi des actions entreprises dans le domaine du développement et de l'adaptation sociale des enfants et des jeunes. La mise en place des programmes du type NEGS, le taux d'allaitement maternel ainsi que le degré d'intégration de la valorisation du rôle du père dans les interventions en périnatalité et en petite enfance ont été examinés.

Les données relatives aux programmes du type NEGS révèlent une meilleure offre de ces programmes dans les régions du Québec. Quelque 5 408 femmes pauvres et sous-scolarisées ont participé à ce type de programme cette année, sans égard à la présence de l'ensemble des composantes prévues à un tel programme, ce qui représente une augmentation par rapport à l'an dernier. Toutefois, seulement 3,5 % de la population visée a pu bénéficier d'un programme du type NEGS intégral. De plus, 87,1 % des CLSC offraient un tel programme cette année, comparativement à 73,7 % l'an dernier. On remarque également cette année un respect accru, dans l'offre de service, des critères servant à circonscrire les différentes composantes du programme. Des différences demeurent cependant entre la définition du programme et le contenu des programmes offerts, particulièrement en ce qui concerne le nombre de rencontres et la durée du suivi en période postnatale et l'existence d'un regroupement intersectoriel en rapport avec le programme.

Par ailleurs, le taux d'allaitement maternel à la naissance varierait de 48 % à 83 % (valeur médiane de 69 %) dans les différentes régions du Québec. Toutefois, les méthodes utilisées sont diversifiées, ce qui rend les données difficilement comparables. Les données sur l'allaitement à trois mois et à six mois ne sont pas suffisantes pour estimer les taux d'allaitement à ces âges.

Enfin, les résultats de cette année révèlent une progression dans la mise en place d'actions axées sur la valorisation du rôle du père, progression qui se traduit notamment par l'accessibilité à des lieux de réflexion et par l'adaptation d'outils et de programmes portant sur ce thème.

Plusieurs éléments de ce troisième bilan permettent de tracer un portrait, plus ou moins précis selon les sujets abordés, des priorités nationales en matière de développement et d'adaptation sociale des enfants et des jeunes. Des démarches ultérieures seraient néanmoins susceptibles d'accroître la validité des données recueillies. On peut mentionner principalement la précision de la question concernant la taille de la population rejointe par un programme du type NEGS, des actions favorisant une interprétation commune des composantes de ce programme sur l'ensemble du territoire, la mise en place d'une méthode uniforme et systématique de collecte de données sur l'allaitement maternel ainsi que la définition d'indicateurs permettant l'évaluation quantitative de la priorité relative à la valorisation du rôle du père. Il serait par ailleurs souhaitable d'élargir le suivi aux priorités qui n'ont pas été abordées à ce jour dans les bilans annuels, à savoir les programmes intégrés en milieu de garde pour les enfants d'âge préscolaire et la programmation intégrée en milieu scolaire.

priorité 2

*LES MALADIES ÉVITABLES
PAR L'IMMUNISATION*



Faits saillants

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

En 1999, l'implantation du système d'information sur la vaccination pour la couverture des enfants de 2 ans a régressé par rapport au deuxième bilan. Elle est toujours insuffisante pour permettre de connaître adéquatement la couverture vaccinale des Québécois de ce groupe d'âge. Dans très peu de régions, on est en mesure de fournir des données sur la couverture vaccinale des enfants de 2 ans. Ainsi, dans une seule région, on peut estimer la couverture vaccinale de tous les enfants du territoire, et ce, pour l'ensemble des vaccins prévus au calendrier d'immunisation. Les couvertures vaccinales estimées sont d'ailleurs inférieures au résultat attendu (couverture globale, 71 % ; couverture pour le vaccin diphtérie-coqueluche-tétanos-polio-*Haemophilus influenzae* de type b (DCTPH), 76 % et couverture pour le vaccin rougeole-rubéole-oreillons (RRO), 71 %). Dans deux autres régions, on a atteint la couverture vaccinale attendue, soit 95 % et 97 % pour le vaccin DCTPH et 96 % et 97% pour le vaccin RRO, mais ces données régionales sont partielles.

Pour pallier le manque de données concernant les très jeunes enfants, on s'est tourné vers les couvertures vaccinales des enfants en maternelle. Pour l'année scolaire 1998-1999, dans quelques régions, il a été possible d'avoir des données complètes ou partielles sur la couverture vaccinale de ces enfants. Dans la plupart de ces régions, la couverture vaccinale pour les deux vaccins DCTPH ou RRO n'atteint pas le résultat visé de 95 % (seul l'objectif visé pour le DCPTH est atteint dans deux régions).

Actuellement, il est possible dans très peu de régions d'estimer la couverture vaccinale des adolescents pour les rappels du calendrier régulier. Il en est de même pour la couverture vaccinale contre l'hépatite B. Les couvertures vaccinales des adolescents estimées pour l'année scolaire 1998-1999 atteignent le résultat attendu dans une seule région pour le vaccin diphtérie-tétanos-polio (98 %) et le vaccin RRO (97 %). Cependant, dans aucune des régions où l'on a fourni des données relatives à la couverture vaccinale contre l'hépatite B des élèves de la 3^e année du secondaire en 1998-1999 l'objectif visé n'a été atteint. La première cohorte d'enfants immunisés dans le cadre du programme provincial des élèves de la 4^e année du primaire a atteint le niveau de la 3^e année du secondaire durant l'année scolaire 1999-2000 et sera donc incluse dans le prochain bilan.

Au Québec, aucun cas de diphtérie n'a été déclaré depuis 1990. La poliomyélite est officiellement éliminée des Amériques depuis 1994. Les taux brut d'incidence de la rougeole, de la rubéole et des oreillons restent faibles en 1999, mais il faut déplorer la survenue d'un cas de rubéole congénitale durant la dernière année. Des minimes variations dans les taux de ces dernières maladies sont observées selon les années, mais l'atteinte du résultat attendu en 2002 devrait être possible. Il faut toutefois continuer à surveiller la situation de très près.

L'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b est en baisse depuis 1993 ; cette réduction est attribuable à la vaccination systématique des enfants

entreprise en 1992. L'incidence de la coqueluche a continué de décliner en 1999. Un nouveau vaccin acellulaire contre la coqueluche, probablement plus efficace que celui qui était employé auparavant, est utilisé depuis le début de 1998. Il devrait permettre un meilleur contrôle de la coqueluche au Québec. Il est toutefois prématuré d'attribuer la baisse de l'incidence de la coqueluche de 1999 à l'introduction de ce nouveau vaccin, car elle pourrait être due à une période d'incidence moindre qu'on observe avec cette maladie, entre des années de pics épidémiques.

Pour l'hépatite B, le résultat attendu est en bonne voie d'être atteint. Cette réussite peut être expliquée tout d'abord par le succès des programmes de prévention des MTS et du VIH destinés à des populations qui risquent également de contracter l'hépatite B et aussi par les programmes de vaccination contre l'hépatite B visant les populations vulnérables. Enfin, le taux d'incidence de l'hépatite A a diminué en 1999, mais comme cette maladie se caractérise par des flambées de cas parmi des populations à risque, il est possible que la diminution observée soit plutôt le reflet d'une accalmie entre deux flambées que l'effet d'un meilleur contrôle de la maladie. Étant donné que des programmes de vaccination contre l'hépatite A continuent d'être offerts aux populations vulnérables, l'évolution des prochaines années permettra de mieux se prononcer sur l'atteinte réelle du résultat attendu.

La couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD en 1999-2000 a été estimée à 81 %, couverture supérieure à celle de l'année précédente. Pour la première fois, la couverture panquébécoise atteint le résultat attendu.

En revanche, il en est autrement pour la vaccination des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert. En effet, la couverture vaccinale de cette population s'écarte encore du résultat attendu, fixé à 60 %, avec un taux provincial de 53 % en 1999-2000. Il faut cependant reconnaître les nets progrès observés puisque la couverture était de 44 % en 1998-1999. De plus, dans six régions, les couvertures vaccinales s'approchent ou atteignent le résultat attendu. Les efforts déployés pour soutenir la mise en œuvre du programme d'immunisation contre l'influenza peuvent sûrement expliquer en partie les gains réalisés.

Enfin, l'installation, en 1999, d'instruments pour surveiller la température de conservation des produits biologiques chez tous les vaccinateurs québécois et les différentes mesures prises par les directions de la santé publique pour inciter les vaccinateurs à déclarer les pertes de produits ont permis de tracer cette année un bilan plus fidèle de la gestion des produits immunisants. Il faut toutefois tenir compte d'un certain nombre de limites quant aux résultats obtenus. Ainsi, le taux d'utilisation des vaccins achetés semble atteindre le résultat visé au niveau provincial avec un pourcentage de vaccins achetés mais non utilisés en raison d'un bris dans la chaîne du froid ou d'un dépassement de la date de péremption inférieur à 5 %. Dans la plupart des régions, d'ailleurs, cet objectif a été atteint. De même, la proportion des vaccins soumis à une température inadéquate, estimée à 1 % en 1999-2000, atteint le résultat attendu. Cependant, tous ces résultats sont certainement sous-évalués en raison de lacunes dans la surveillance de la température et d'un phénomène de sous-déclaration. Un meilleur contrôle des pertes par bris de la chaîne du froid a été effectué cette année. Des interventions visant notamment à munir les réfrigérateurs de thermomètres adéquats, et ce, pour l'ensemble des vaccinateurs réguliers du Québec, et à améliorer la surveillance pendant le transport devraient permettre de consolider les acquis en cette matière. L'amélioration de la surveillance devrait ainsi se refléter dans la mesure des résultats attendus des prochaines années.

2.1 Couverture vaccinale des enfants de 2 ans

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

Méthode

Définitions

Vaccins du calendrier régulier pour les enfants de 2 ans

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

Les enfants visés sont ceux qui ont atteint 2 ans durant la période prescrite (du 1^{er} janvier au 31 décembre 1999).

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

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

Vaccinateurs du secteur public

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

Vaccinateurs du secteur privé

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

Indicateurs

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

Collecte des données

Les données présentées proviennent du questionnaire rempli par les responsables aux régions au printemps 2000. Le questionnaire a toutefois été modifié cette année de telle sorte que, dans toutes les régions, on devait remplir tout le questionnaire même si la situation concernant l'état d'implantation du SIV était semblable à celle de l'année précédente. Par ailleurs, une distinction a été faite entre l'implantation du SIV dans la région et son implantation à la Direction de la santé publique. Cet ajout s'est avéré nécessaire puisque les outils informatiques actuellement installés dans certains CLSC¹ pour la surveillance de la couverture vaccinale ne sont pas compatibles avec les systèmes existant dans les directions de la santé publique ; cela fait en sorte qu'il deviendra impossible de faire des transferts de données entre les CLSC et les DSP. De plus, on a évalué la participation des centres hospitaliers et des vaccinateurs du secteur privé (médecins en cabinet) à l'implantation du SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans.

Résultats

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

La situation du SIV ne s'est que très légèrement modifiée depuis l'an dernier, mais sans nécessairement s'améliorer (cf. tableau 2.1.1). Dans deux régions seulement, on rapporte une situation différente par rapport à celle de l'année 1998-1999, sans que ces modifications ne permettent de rendre le SIV fonctionnel. Le SIV est implanté dans trois régions, soit dans les mêmes régions que l'an dernier. Son implantation est prévue dans trois autres régions en 2000 et dans trois autres en 2001. Dans neuf autres régions, on ne sait quand il sera implanté ou l'on n'a pas répondu à cette question.

Au sein des DSP, on signale que cinq régions disposent d'un SIV implanté. Cependant, cette situation pourrait régresser puisque le Système intégration CLSC module vaccination, qui est en cours d'implantation dans les CLSC, n'est pas compatible avec les outils informatiques des DSP, ce qui rendra impossible le transfert des données de part et d'autre et l'estimation des couvertures vaccinales.

En ce qui concerne la participation des CLSC, les services de vaccination aux très jeunes enfants sont offerts uniquement en CLSC dans huit régions du Québec (cf. tableau 2.1.2). Pour la contribution des CLSC au SIV, seules trois régions possèdent

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

un SIV dans tous les CLSC de leur territoire. Dans deux de ces trois régions, les CLSC fournissent toutes les données de vaccination alors qu'on est en mesure d'utiliser le SIV d'une seule d'entre elles pour estimer les couvertures vaccinales, la deuxième ne disposant pas d'un dénominateur valide permettant l'évaluation des couvertures vaccinales.

Pour leur part, les CH fournissent des services de vaccination dans quatre régions seulement, quoique leur contribution soit marginale, variant entre moins de 1 % et 10 % (cf. tableau 2.1.3). Dans une seule de ces régions, l'ensemble des données provenant des CH sont transmises au SIV.

Dans dix régions, des vaccinateurs privés (cliniques médicales ou médecins) participent à la vaccination des enfants de 2 ans ou moins (cf. tableau 2.1.4 ; les chiffres indiqués correspondent, dans certaines régions, au nombre de sites de distribution de vaccins en clinique médicale, ce qui ne se traduit pas nécessairement en nombre de médecins), et ce, dans des proportions s'échelonnant entre 5 % et 83 % selon les régions. Dans une seule de ces régions, tous les vaccinateurs privés fournissent de 90 % à 100 % des données au SIV.

Offre des services de vaccination aux enfants de 0 à 2 ans

Selon les estimations, la moitié des enfants de 0 à 2 ans reçoivent des services de vaccination en CLSC, 3 % en CH – surtout dans les régions universitaires –, et les autres, soit 47 %, sont vaccinés par des médecins en clinique médicale (cf. tableau 2.1.5). Ce constat illustre que, pour évaluer la couverture vaccinale des enfants de 2 ans par l'entremise d'un SIV, il faudra compter non seulement sur les données des CLSC, mais aussi sur celles des médecins et des CH, sinon les données de 50 % des Québécois de 2 ans resteront manquantes. Actuellement, dans une seule région du Québec, qui compte 4 % de la population des 0-2 ans, on est en mesure d'estimer la couverture vaccinale d'enfants qui obtiennent des services d'immunisation en dehors des CLSC.

Couvertures vaccinales

Le faible avancement dans l'implantation du SIV explique toujours notre incapacité à estimer les couvertures vaccinales des enfants de 2 ans au Québec. Dans une seule région, on a été en mesure de fournir l'ensemble des données de la couverture vaccinale correspondant aux indicateurs retenus et, dans quatre autres, des données partielles ont été transmises (cf. tableau 2.1.6). Les données sont partielles soit parce qu'elles ne répondent pas à l'ensemble des indicateurs, soit parce que les informations ne concernent pas toute la population du territoire. Dans la seule région où toutes les données sont transmises, la couverture vaccinale globale est de 71 %, la couverture RRO est de 71 % et la couverture DCTPH, de 76 %. Ces couvertures sont loin des résultats attendus. Dans deux régions, les couvertures vaccinales atteignent le résultat attendu, autant pour le DCTPH (95 % et 97 %) que pour le RRO (96 % et 97 %) mais, pour l'une d'entre elles, les données ne couvrent pas tous les territoires de CLSC. Pour les treize autres régions, les données n'ont pas été fournies. Devant les obstacles pour estimer les couvertures totales des enfants de 2 ans, le questionnaire de cette année a permis de vérifier si des données sur les enfants ayant reçu au moins trois doses de DCTPH pouvaient être fournies. Une seule réponse à cette question a été obtenue de la part de l'unique région capable de soumettre l'ensemble des informations demandées. Dans cette région, 89 % des enfants de 2 ans ont reçu au moins trois doses du vaccin DCTPH.

Étant donné les difficultés à déterminer la couverture vaccinale des enfants de 2 ans, les données provenant de certaines régions portent plutôt sur les enfants en âge de fréquenter l'école (cf. tableau 2.1.7). Au total, cinq régions détiennent des données complètes ou partielles concernant des enfants en maternelle ou en 1^{re} année du primaire, pour l'année scolaire 1998-1999. Pour une région, il s'agit de données pour l'année scolaire 1999-2000. Les couvertures vaccinales globales varient de 71 % à 94 %. Pour le RRO, elles varient de 71 % à 95 % alors que, pour le DCTP, elles oscillent entre 83 % et 96 % (cf. tableau 2.1.7). Ici encore, les données sont colligées à partir de diverses sources et il n'est pas possible, à ce stade, de déterminer la couverture vaccinale des enfants en maternelle pour l'ensemble du Québec.

Discussion

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

L'implantation du SIV apparaît stagnante, voire en régression si l'on tient compte des nouvelles difficultés éprouvées au sujet de l'incompatibilité des outils informatiques en place dans les CLSC et ceux qui existent dans les DSP. De plus, des informations obtenues des CLSC qui utilisent le SIC-CLSC module vaccination nous indiquent que ce système ne correspond pas aux standards du *Protocole d'immunisation du Québec*¹. Devant ces constats, il sera tout simplement impossible de mesurer la couverture des enfants québécois de 2 ans d'ici 2002. Les problèmes précédents s'ajoutent à d'autres obstacles de taille, comme on le mentionnait dans les bilans antérieurs. Tout d'abord, des ententes devront être conclues afin de s'assurer que l'information nécessaire puisse être colligée pour le calcul du numérateur des couvertures vaccinales, soit par le transfert des renseignements sur tous les enfants vaccinés dans les établissements publics et chez les médecins vaccinateurs. De plus, pour le calcul du dénominateur permettant les estimations de couverture vaccinale, des ententes devront également être conclues. Dans le contexte législatif actuel (interprétation et exigences de la Commission d'accès à l'information), il ne serait pas possible de rendre le SIV fonctionnel. Les changements qui seront apportés à la Loi sur la protection de la santé publique pourraient peut-être remédier à certains de ces problèmes.

Même si, dans deux régions, on déclare des couvertures vaccinales à la hauteur des résultats attendus, il faut rappeler que, dans ces territoires, la vaccination des enfants est assurée par les CLSC seulement, que les couvertures sont estimées à partir de données incomplètes car elles ne concernent pas toute la population du territoire ou l'ensemble des indicateurs et que, globalement, elles ne représentent qu'une très faible proportion de l'ensemble des enfants québécois de 2 ans. Dans la seule région où les couvertures vaccinales sont évaluées à partir de données complètes, obtenues autant de médecins vaccinateurs que de vaccinateurs en CLSC ou en CH, elles sont très en deçà du résultat attendu. Ainsi, nous ne pouvons certainement pas dire si le résultat attendu est atteint, en raison de l'ampleur des données manquantes et de la disparité de l'offre des services de vaccination entre les régions où l'on dispose de données assez fiables sur les couvertures vaccinales et celles où l'on n'en possède pas.

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999), *Protocole d'immunisation, 3e édition*, Québec, Gouvernement du Québec, 392 p.

Conclusion

En 1999, l’implantation du système d’information pour la couverture vaccinale des enfants de 2 ans s’est détériorée par rapport au deuxième bilan. Elle est toujours insuffisante pour permettre de connaître adéquatement la couverture vaccinale des Québécois de ce groupe d’âge. Dans très peu de régions, on est en mesure de fournir des données sur la couverture vaccinale des enfants de 2 ans. Dans une seule région, on peut estimer la couverture vaccinale de tous les enfants du territoire, et ce, pour l’ensemble des vaccins prévus au calendrier d’immunisation, mais les couvertures vaccinales estimées sont très en deçà du résultat attendu. Dans deux autres régions, on a atteint la couverture vaccinale attendue pour le vaccin DCTPH et pour le vaccin RRO, mais ces données régionales sont partielles. Devant ces constats, il sera impossible de mesurer une couverture des enfants de 2 ans d’ici 2002.

Tableau 2.1.1 Système d'information sur la vaccination (SIV) pour les enfants québécois de 2 ans – État de l'implantation au 31 décembre 1999 au niveau régional

Régions ¹	Même situation qu'au 2 ^e bilan	Implantation au niveau régional		Implantation dans les directions de la santé publique	
		SIV implanté	Année d'implantation prévue	SIV implanté	Année d'implantation prévue
01	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
02	Oui	Non	2001	Non	Non prévue.
03	Oui	Oui		Oui	
04	Oui	Non	n.r.	Non	
05	Oui	Oui		Oui	
06	Oui	Non	2001	Non	
07	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
08	Oui	Non	n.r.	Non	2000
09	Oui	Non	2001	Non	n.s.p.
10	Oui	Non	2000	Non	n.s.p.
11	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
12	Non	Oui		Oui	
13	Oui	Non	n.s.p.	Oui	
14	Oui	Non	2000	Non	2001
15	Oui	Non	2000	Oui	
16	Oui	Non	n.s.p.	Non	2001
17	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.
18	Oui	Non	n.s.p.	Non	n.s.p.

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

Tableau 2.1.2 Participation des CLSC au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans
– Régions du Québec, 1999

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par les CLSC ²	Nombre de CLSC où le SIV est implanté	Nombre de CLSC offrant la vaccination	Nombre de CLSC qui fournissent des données au SIV		
				De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01	100 %	0	9	0	0	9
02 ³	100 %	5 ³	7 ³	7 ³	0	0
03	15 %	8	8	6	0	2
04	n.d.	6	11	6	0	5
05	40 %	8	8	8	0	0
06	25 %	n.d.	29	7	0	22
07	n.d.	0	8	0	0	8
08	100 %	0	6	0	0	6
09	100 %	0	6	0	0	6
10	100 %	0	5	0	0	5
11	100 %	0	6	0	0	6
12	n.d.	11	11	11	0	0
13	30 %	1	4	0	4	0
14	95 %	0	6	0	0	6
15	60 %	0	7	0	0	7
16 ⁴	60 %	0	20 ⁴	0	0	20 ⁴
17	100 %	0	2	0	0	2
18	100 %	0	1	0	0	1

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

2. Dans les régions où les CLSC et les CH sont fusionnés, on a considéré uniquement les CLSC.

3. Les données comprennent un centre de santé autochtone en plus des CLSC.

4. Les données comprennent dix-neuf CLSC et un centre de santé autochtone.

Tableau 2.1.3 Participation des centres hospitaliers au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 1999

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par les CH ²	Nombre de CH qui offrent des services de vaccination	Nombre de CH qui fournissent des données au SIV		
			De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
02	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
03	2 %	3	2	1	0
04	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
05	2 %	1	1	0	0
06	10 %	10	n.d.	3	7
07	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
08	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
09	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
10	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
11	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
12	n.d.	1	1	0	0
13	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
14	<1 %	2	0	0	2
15	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
16	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
17	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
18	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.

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

2. Dans les régions où les CLSC et les CH sont fusionnés, on a considéré uniquement les CLSC.

Tableau 2.1.4 Participation du secteur privé au SIV et à la vaccination des enfants de 2 ans – Régions du Québec, 1999

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par le secteur privé	Nombre de vaccinateurs privés qui offrent des services de vaccination ²	Nombre de vaccinateurs privés qui fournissent des données au SIV		
			De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
02	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
03	83 %	70	60	10	0
04	n.d.	14	12	0	2
05	58 %	28	28	n.a.	n.a.
06	65 %	179	n.d.	104	n.d.
07	n.d.	42	0	0	42
08	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
09	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
10	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
11	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
12	n.d.	111	0	111	0
13	70 %	40	0	30	10
14	5 %	12	0	12	0
15	40 %	26	20	6	0
16	40 %	100	82	4	14
17	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
18	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.

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

2. Il s'agit pour certaines régions d'un nombre de sites (cliniques médicales ou cabinets de médecins) où des vaccins sont distribués et non pas du nombre de médecins qui vaccinent dans chacune des régions. Ainsi, dans certaines régions, un « vaccinateur » peut regrouper un groupe de plusieurs médecins ou ne représenter qu'un seul médecin alors que, dans d'autres, il s'agit du nombre de médecins qui vaccinent.

Tableau 2.1.5 Estimations du nombre et de la proportion d'enfants de 0 à 2 ans vaccinés selon le lieu de vaccination – Québec et régions, 1999

Régions ¹	Population des enfants de 0-2 ans en 1999 ³	Nombre d'enfants vaccinés en CLSC	Nombre d'enfants vaccinés en CH	Nombre d'enfants vaccinés en cabinet médical
01	3 465	3 465	0	0
02	5 392	5 392	0	0
03	11 547	1 732	231	9 584
04 ²	8 507	4 254	0	4 254
05	5 831	2 332	117	3 382
06	40 073	10 018	4 007	26 047
07	6 722	2 689	0	4 033
08	3 496	3 496	0	0
09	2 222	2 222	0	0
10	438	438	0	0
11	1 843	1 843	0	0
12 ²	7 539	3 770	151	3 619
13	7 147	2 144	0	5 003
14	8 448	8 026	0	422
15	9 974	5 984	0	3 990
16	26 710	16 026	0	10 684
17	441	441	0	0
18	511	511	0	0
Total Québec	150 306 (100 %)	75 456 (50 %)	4 506 (3 %)	70 346 (47 %)

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

2. Le nombre d'enfants vaccinés selon le lieu de vaccination a été estimé pour ces régions à partir de la moyenne provinciale.

3. Les données de population proviennent de l'Institut de la statistique du Québec.

Tableau 2.1.6 Couverture vaccinale des enfants de 2 ans – Régions du Québec, situation au 31 décembre 1999

Régions ¹	Même situation qu’au 2 ^e bilan	Couverture globale		Couverture RRO		Couverture DCTPH		Source des données et particularités
		Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	
01	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
02	Oui	2 413	94	2 440	96	2 430	95	Données de six établissements sur sept dont un centre autochtone. Compilation manuelle et VAXIN.
03	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
04	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
05	Oui	2 325	71	2 325	71 ²	2 479	76	Logivac.
06	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
07	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
08	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
09	Oui	n.d.	n.d.	1 131	97 ³	1 133	97	Compilation manuelle.
10	Non	171	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Données de quatre CLSC sur cinq. Compilation manuelle.
11	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
12	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
13	Non	276	64	295	69	320	75	Enfants fréquentant les services de garde.
14	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
15	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
16	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
17	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
18	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

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

2. La couverture vaccinale pour une dose du vaccin contre la rougeole est de 90 %.

3. La couverture vaccinale pour une dose du vaccin contre la rougeole est de 99 %.

Tableau 2.1.7 Couverture vaccinale des enfants en classe maternelle
- Régions du Québec, année scolaire 1998-1999

Régions ¹	Même situation qu'au 2 ^e bilan	Couverture globale		Couverture RRO		Couverture DCTP		Source des données et particularités
		Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	
01	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
02 ²	Oui	2 712	94	2 745	95	2 759	95	Données de six établissements sur sept dont un centre autochtone. Compilation manuelle et VAXIN.
03	Oui	4 506	71	4 490	76 ³	4 932	83	VAXIN.
04	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
05	Oui	2 896	88	2 896	88 ⁴	2 896	88	Logivac.
06	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
07	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
08	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
09	Oui	n.d.	n.d.	1 381	94 ⁵	1 419	96	Compilation manuelle.
10	Non	155	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Données de quatre CLSC sur cinq. Compilation manuelle.
11	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
12	Non	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
13 ⁶	Non	2 548	83	2 586	84	2 679	88	Enfants de 1 ^{re} année.
14	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
15	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
16	Oui	n.d.	n.d.	12 169	71	n.d.	n.d.	Compilation manuelle.
17	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
18	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

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

2. Pour cette région, il s'agit de l'année scolaire 1999-2000.

3. La couverture vaccinale pour une dose de vaccin contre la rougeole est de 92 %.

4. La couverture vaccinale pour une dose de vaccin contre la rougeole est de 90 %.

5. La couverture vaccinale pour une dose de vaccin contre la rougeole est de 98 %.

6. Pour cette région, il s'agit des enfants de 1^{re} année du primaire et non pas des enfants de la maternelle.

2.2 Vaccination des adolescents contre l'hépatite B et rappels

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

Méthode

Définitions

Enfants de 15 ans

Les enfants de la 3^e secondaire.

Vaccin contre l'hépatite B

Administration des trois doses.

Rappels du calendrier régulier

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

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

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

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

Indicateurs

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

Collecte des données

Ici également, le questionnaire a été modifié cette année afin que dans toutes les régions, on doive répondre à l'ensemble des questions, même si la situation n'était pas différente de l'année précédente. Une distinction a en outre été établie entre l'implantation du SIV au niveau régional et au sein de la Direction de la santé publique. De plus, on a évalué la participation des CH et du secteur privé (médecins en cabinet et cliniques médicales) au SIV et à la vaccination des adolescents. Toutefois, on ne dispose toujours que de très peu d'information sur l'immunisation des adolescents car, dans plusieurs régions, ces données ne peuvent être fournies.

Résultats

Offre des services de vaccination et état de l'implantation du système d'information sur la vaccination

Comparativement à l'an dernier, l'état d'implantation du SIV ne s'est guère modifié (cf. tableau 2.2.1). Dans deux régions, la situation est différente de celle de l'an dernier, mais le SIV n'est pas implanté au niveau régional. Dans deux autres régions, le SIV est implanté dans les DSP.

Des services de vaccination sont offerts par l'ensemble des CLSC de la majorité des régions (cf. tableau 2.2.2). Dans une région, douze des dix-neuf CLSC procurent des services de vaccination aux élèves de 3^e secondaire et, dans une autre, cette information n'a pas été fournie. Le SIV est implanté au sein des CLSC de quatre régions, mais seules deux régions disposent d'un SIV dans tous les CLSC du territoire, qui fournissent l'ensemble des données de vaccination.

En ce qui concerne la participation des centres hospitaliers, on constate que, dans l'ensemble, très peu d'entre eux rendent des services de vaccination aux élèves de 3^e secondaire et que, s'ils en offrent, ils ne participent pas au SIV (cf. tableau 2.2.3).

Dans sept régions, des vaccinateurs privés (cliniques médicales ou médecins) participent à la vaccination des élèves de 3^e secondaire (cf. tableau 2.2.4 ; pour certaines régions, le nombre de vaccinateurs correspond au nombre de sites de distribution de vaccins en clinique médicale, ce qui ne se traduit pas nécessairement en nombre de médecins). La participation des vaccinateurs privés a été estimée dans des proportions allant de 2 % à 8 % dans les trois régions où on a pu le faire. Nulle part les vaccinateurs du secteur privé ne semblent fournir la majorité des données au SIV.

Couvertures vaccinales

Malgré le faible avancement dans l'implantation du SIV, certaines données sur la couverture vaccinale des élèves de 3^e secondaire en 1998-1999 ont été fournies dans quelques régions (cf. tableau 2.2.5). Ces données proviennent du SIV dans la seule région où toutes les informations demandées ont été soumises, alors qu'elles sont de sources diverses dans les autres (compilations manuelles, estimations à partir d'une intervention antérieure ou enquête téléphonique). Dans une région, les résultats présentés concernent les élèves de 5^e secondaire.

Les couvertures vaccinales déclarées atteignent les résultats attendus dans une région pour le dT-Polio et le RRO ; ailleurs, les couvertures pour ces deux mêmes vaccins

n'atteignent pas l'objectif (résultats allant de 71 % à 92 %). La couverture vaccinale pour l'hépatite B est donnée dans quatre régions et, pour deux d'entre elles, le résultat attendu est presque atteint.

Discussion

Étant donné que très peu de régions disposent d'un SIV pour les adolescents, il n'est pas surprenant de constater que rares sont les données concernant la couverture vaccinale des jeunes de cet âge. Les données fournies sont donc parcellaires. Dans aucune région on ne peut affirmer que les résultats attendus sont atteints pour l'ensemble des vaccins ciblés, soit en raison du manque de données, soit parce que la couverture estimée est inférieure aux 95 % visés. Les couvertures vaccinales atteintes sont tributaires des pratiques des CLSC à l'égard de l'immunisation des adolescents. Ainsi, même si, dans la majorité des régions, on a indiqué que tous les CLSC offraient des services de vaccination aux jeunes de 3^e secondaire, la nature de la question ne permet pas de savoir si les CLSC rencontrent les jeunes directement en milieu scolaire. L'incapacité de fournir les données de couverture vaccinale est probablement le reflet de l'absence de vaccination ou d'une activité restreinte de vaccination en milieu scolaire pour ce groupe (ex. : vaccination pour d₂T₅, mais pas de vérification du statut vaccinal pour la polio ou l'hépatite B). À cet effet, des données québécoises récentes indiquent clairement que les couvertures vaccinales sont meilleures lorsque l'immunisation est offerte à l'école^{1,2}. Ainsi, si l'on veut atteindre le résultat attendu, soit une couverture vaccinale de 95 %, il faudra s'assurer que les rappels du calendrier régulier et que le vaccin contre l'hépatite B soient offerts directement à l'école pour l'ensemble des adolescents de 3^e année du secondaire.

À l'égard de la couverture vaccinale pour l'hépatite B, la première cohorte d'enfants immunisés en 4^e année du primaire a atteint le niveau de la 3^e secondaire durant l'année scolaire 1999-2000, soit l'année qui sera évaluée dans le quatrième bilan. Cependant, dans quelques régions, des interventions particulières ont été menées pour les élèves qui étaient en 3^e secondaire en 1998-1999, et les couvertures vaccinales obtenues s'approchent du résultat attendu. La couverture vaccinale obtenue auprès des élèves de 4^e année du primaire vaccinés en 1998-1999 a été de 88 %³, ce qui démontre la possibilité d'atteindre des niveaux élevés de couverture vaccinale des élèves et d'obtenir des données valides et fiables à leur sujet.

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

1. M. GUAY et al., *Vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4e année hors du milieu scolaire – Comparaisons des coûts et de l'efficacité du programme et préférences des parents*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, 1999, 77 p.
2. L. PERRON, *Couverture vaccinale pour le vaccin d₂T₅ des adolescents âgés de 15 ans résidant en Montérégie*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, 1999, 56 p.
3. N. BOULIANNE, *Rapport de couverture vaccinale contre l'hépatite B des élèves de 4e année – Année scolaire 1998-1999 – Province de Québec – Rapport final*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, 1999, 5 p.

On pourrait aussi envisager d'utiliser d'autres sources de données, telles que des enquêtes transversales, comme cela semble avoir été fait avec succès dans une région. Cependant, cette manière de procéder s'avère fort coûteuse et impose de reprendre le processus annuellement. Il faut plutôt compter sur un SIV fonctionnel afin de déterminer les couvertures vaccinales des élèves de la 3^e secondaire, ce qui ne sera possible que dans la mesure où l'accès à des données de qualité sur les enfants vaccinés (numérateur) et sur l'ensemble des élèves visés (dénominateur) est assuré. Les difficultés d'accès à ces données, quoiqu'elles soient moindres en milieu scolaire que pour les enfants de 2 ans, sont toujours présentes.

Conclusion

Actuellement, il est possible dans très peu de régions d'estimer la couverture vaccinale des adolescents pour les rappels du calendrier régulier. Il en est de même pour la couverture vaccinale contre l'hépatite B. Les couvertures vaccinales des adolescents estimées pour l'année scolaire 1998-1999 atteignent le résultat attendu pour le vaccin diphtérie-tétanos-polio et le vaccin RRO dans une seule des régions dont on a obtenu des données. Dans aucune de ces régions, la couverture vaccinale contre l'hépatite B des élèves de la 3^e secondaire en 1998-1999 n'a atteint l'objectif visé. Comme la première cohorte d'enfants immunisés dans le cadre du programme provincial des élèves de la 4^e année du primaire a atteint le niveau de la 3^e secondaire durant l'année scolaire 1999-2000, elle sera donc incluse dans le prochain bilan, ce qui permettra l'évaluation de la couverture vaccinale de ce vaccin. Cependant, pour les rappels du calendrier régulier, il sera probablement impossible de mesurer la couverture vaccinale des adolescents d'ici 2002.

Tableau 2.2.1 Système d’information sur la vaccination (SIV) des élèves québécois de 3^e secondaire – État de l’implantation au 31 décembre 1999 au niveau régional

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

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

Tableau 2.2.2 Participation des CLSC au SIV et à la vaccination des élèves de 3^e secondaire – Régions du Québec, 1999

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par les CLSC	Nombre de CLSC où le SIV est implanté	Nombre de CLSC offrant la vaccination	Nombre de CLSC qui fournissent des données au SIV		
				De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01	100 %	n.r.	9	n.r.	n.r.	n.r.
02	>95 %	0	6 ²	0	6 ²	0
03	100 %	8	8	8	n.a.	n.a.
04	95 %	0	11	0	6	5
05	99 %	8	8	8	0	0
06	n.d.	0	29	0	0	29
07	n.d.	0	8	n.d.	n.d.	8
08	100 %	0	6	0	0	6
09	100 %	0	6	0	0	6
10	100 %	0	5	n.d.	n.d.	n.d.
11	100 %	0	6	0	0	6
12	100 %	11	11	11	0	0
13	n.d.	1	4	0	4	0
14	95 %	0	n.d.	0	0	6
15	98 %	0	7	0	0	7
16	86 %	n.d.	12	n.d.	n.d.	n.d.
17	100 %	0	2	0	0	2
18	100 %	0	1	0	0	1

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

2. Les données comprennent cinq CLSC et un centre de santé autochtone.

Tableau 2.2.3 Participation des centres hospitaliers à la vaccination des élèves de 3^e secondaire – Régions du Québec, 1999

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par les CH	Nombre de CH qui offrent des services de vaccination	Nombre de CH qui fournissent des données au SIV		
			De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
02	5 %	4	0	0	4
03	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
04	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
05	n.d.	5	n.d.	n.d.	n.d.
06	n.d.	n.d.	0	0	n.d.
07	0	0	n.a.	n.a.	n.a.
08	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
09	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
10	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
11	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
12	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
13	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
14	n.d.	2	0	0	2
15	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
16	4 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
17	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
18	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.

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

Tableau 2.2.4 Participation du secteur privé au SIV et à la vaccination des élèves de 3^e secondaire – Régions du Québec, 1999

Régions ¹	Proportion des vaccins qui sont administrés par le secteur privé	Nombre de vaccinateurs privés qui offrent des services de vaccination ²	Vaccinateurs privés		
			Nombre qui fournissent des données au SIV		
			De 90 % à 100 % des données	Certaines données	Aucune donnée
01	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
02	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
03	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
04	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
05	n.d.	35	n.d.	n.d.	n.d.
06	n.d.	n.d.	0	0	n.d.
07	n.d.	42	n.d.	n.d.	n.d.
08	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
09	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
10	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
11	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
12	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
13	n.d.	40	0	30	10
14	<5 %	n.r.	n.d.	n.d.	n.d.
15	2 %	18	0	18	n.d.
16	8 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
17	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.
18	0 %	0	n.a.	n.a.	n.a.

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

2. Il s'agit d'un nombre de sites (cliniques médicales ou cabinets de médecins) où des vaccins sont distribués et non pas du nombre de médecins qui vaccinent dans chacune des régions. Ainsi, un « vaccinateur » peut regrouper plusieurs médecins ou ne représenter qu'un seul médecin.

Tableau 2.2.5 Couverture vaccinale contre l’hépatite B et rappels des élèves de 3e année secondaire – Régions du Québec, année scolaire 1998-1999

Régions ¹	Même situation qu’au 2 ^e bilan	Couverture globale		Couverture dT-Polio		Couverture RRO		Couverture hépatite B		Source des données ou remarques
		Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	Vaccinés (N)	CV (%)	
01	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
02	n.r.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
03	Oui	n.d.	n.d.	5 936	83	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
04	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
05	Oui	3 182	81	3 182	81	3 601	92	227	6	Logivac.
06	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
07	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
08	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1 853	94	Compilation manuelle.
09	Oui	n.d.	n.d.	1 387	98	1 369	97	n.d.	n.d.	Compilation manuelle.
10 ²	Non	193	n.d.	193	n.d.	187	n.d.	207	n.d.	Données de quatre CLSC sur cinq. Compilation manuelle.
11	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
12	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
13 ³	Non	1 549	87	1 650	92	1 594	89	1 572	71	Élèves de 5 ^e secondaire. Compilation manuelle.
14	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
15	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
16 ⁴	Non	n.d.	n.d.	n.d.	71	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Données d’une enquête téléphonique.
17	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	200	94	Estimation à partir d’une activité de vaccination faite chez ces enfants alors qu’ils étaient en 5 ^e année du primaire.
18	Oui	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

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

2. Données de quatre CLSC sur cinq.

3. Données pour les élèves de 5^e secondaire.

4. Données obtenues à partir d’une enquête téléphonique.

2.3 Élimination des maladies évitables par l'immunisation

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

Méthode

Définitions

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

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

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

2^o Le niveau de protection des individus.

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

3^o La chaîne de transmission.

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

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

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

Cas importés : cas acquis en dehors du Canada.

Cas indigènes : cas acquis au Canada.

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

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

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

Indicateurs

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

Collecte des données

Les données sur les cinq maladies retenues sont tirées du fichier sur les maladies à déclaration obligatoire au Québec (MADO), en date du 20 avril 2000, et traitées par le Bureau de surveillance épidémiologique de la Direction de la protection de la santé publique².

Résultats

Les taux bruts d'incidence de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sont toujours bas en 1999, soit respectivement de 0,04, 0,01 et 0,10 cas pour 100 000 habitants (cf. tableau 2.3.1). Il faut retourner aux données sur le nombre de cas pour mieux évaluer la situation. Ainsi, même si le taux de rubéole congénitale est faible, avec 0,01 cas pour 100 000 habitants, cela se traduit par un cas de rubéole congénitale durant la dernière année. Une légère augmentation est observée pour la rougeole, soit trois cas déclarés en 1999-2000, alors qu'on en avait observé un de moins l'année précédente. Le taux d'oreillons a chuté en 1999 au niveau le plus bas jamais observé de toute la décennie.

Aucun cas de diphtérie n'a été déclaré depuis 1990 au Québec, malgré plusieurs cas observés en Europe de l'Est. Enfin, la poliomyélite est officiellement éliminée des Amériques depuis 1994 ; aucun cas n'a été signalé au Québec en 1999.

Discussion

Il existe un phénomène de sous-déclaration des MADO à ne pas négliger, qui conduit à sous-estimer la réalité mais dont l'ampleur devrait apparaître semblable à travers les années. De plus, la rubéole reste difficile à diagnostiquer et certains cas peuvent passer inaperçus. Par ailleurs, pour la rougeole, la rubéole et les oreillons, depuis 1997, seuls les cas confirmés par un test de laboratoire ou ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire sont saisis dans le fichier MADO, ce qui peut entraîner une sous-estimation encore plus importante de ces maladies. Toutefois, comme la même méthode a été utilisée en 1997, 1998 et 1999, les comparaisons entre ces trois dernières années sont possibles.

Il faut déplorer qu'un cas de rubéole congénitale soit survenu en 1999. Le dépistage prénatal et la vaccination étant largement accessibles, il est inconcevable que des cas puissent encore survenir de nos jours. Il faut donc redoubler d'efforts afin d'atteindre des taux de couverture vaccinales élevés pour le vaccin RRO. Le nombre de cas de rougeole, de rubéole ou d'oreillons demeure néanmoins petit. Il n'y a donc pas eu de transmission soutenue, ce qui laisse présager que l'objectif d'élimination de ces maladies est atteint. Du point de vue de la santé publique, il ne faut pas tenir pour acquis qu'il ne

1. G. DE SERRES, N.J. NIGEL ET P.C. FARRINGTON, « Epidemiology of Transmissible Diseases after Elimination », American Journal of Epidemiology, vol. n° 151, 2000, 1039-48 p.
2. M. DOUVILLE-FRADET, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique.

reste plus rien à faire pour le contrôle de ces maladies. Il sera en effet essentiel de continuer la surveillance et de pouvoir déterminer si les cas observés de ces différentes maladies sont importés ou indigènes.

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

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

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

Conclusion

Au Québec, aucun cas de diphtérie n'a été déclaré depuis 1990. La poliomyélite est officiellement éliminée des Amériques depuis 1994. Les taux bruts d'incidence de la rougeole, de la rubéole et des oreillons restent faibles en 1999, mais il faut déplorer la survenue d'un cas de rubéole congénitale durant la dernière année. Des minimales variations dans les taux de ces dernières maladies sont observées selon les années, mais le passage de ces taux sous le seuil de l'élimination est chose faite. Il faut toutefois continuer à surveiller la situation de très près et ne rien tenir pour acquis.

Tableau 2.3.1 Taux brut d'incidence des maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1990-1999 (taux par 100 000 habitants)¹

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

1. Les chiffres présentés dans ce tableau peuvent différer légèrement de ceux qui ont été publiés dans les bilans antérieurs parce que des données plus fiables sont maintenant utilisées pour les dénominateurs de population.

Source : Fichier MADO.

2.4 Réduction de l'incidence des maladies évitables par immunisation

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

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

Méthode

Définitions

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

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

Indicateur

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

Collecte des données

Comme pour le point précédent, les données présentées ici sont tirées du fichier MADO et traitées par le Bureau de surveillance épidémiologique de la Direction de la protection de la santé publique².

Résultats

Le taux brut d'incidence de la **coqueluche** varie de façon importante selon l'année d'observation (cf. tableau 2.4.1). En 1999, on note une baisse importante du nombre de cas par rapport à 1998. Cette diminution de l'incidence correspond probablement aux variations cycliques avec une succession d'années où il y a des pics épidémiques et des années où l'incidence est moindre.

L'incidence des **infections à *Haemophilus influenzae* de type b** reste toujours faible selon la tendance observée depuis 1993. Il s'agit en fait de l'une des grandes victoires des programmes de vaccination. Quoique seulement neuf cas aient été signalés en 1999 chez les enfants de moins de 5 ans, il s'agit du nombre de cas enregistrés le plus élevé depuis 1993.

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

2. M. DOUVILLE-FRADET, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique.

La diminution du taux d'incidence brut global de **l'hépatite B aiguë** demeure toujours perceptible en 1999 ; cette diminution est également constatée dans la population cible des jeunes qui deviennent actifs sexuellement (15-24 ans).

Le taux d'incidence brut de **l'hépatite A** continuait de diminuer en 1999, atteignant un niveau inférieur à celui qui a été noté en 1995. Les principaux facteurs de risque observés en 1999 sont les pratiques sexuelles à risque, la contamination d'origine hydrique ou alimentaire ainsi que l'acquisition à l'extérieur du Canada (cf. tableau 2.4.2). Pour un nombre important de cas, aucun facteur de risque n'a été déterminé. Il n'est pas possible d'analyser l'évolution des facteurs de risque depuis le premier bilan car, en 1999, il y a eu une modification dans la méthode utilisée pour la classification des cas.

Discussion

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

Cette année, l'incidence de la coqueluche a considérablement baissé par rapport à 1998. Un nouveau vaccin contre la coqueluche acellulaire, probablement plus efficace que le précédent, est utilisé pour l'immunisation des enfants depuis le début de 1998. Ce vaccin devrait permettre un meilleur contrôle à moyen terme de la coqueluche au Québec. Il est toutefois prématuré d'attribuer la baisse d'incidence de cette année à l'utilisation de ce vaccin. En effet, il faudrait enregistrer une baisse soutenue dans le temps pour véritablement conclure à l'atteinte du résultat attendu.

La situation des infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b est relativement différente. En fait, le résultat attendu était déjà atteint avant la publication des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Encore là, il ne faut rien tenir pour acquis et on doit rester extrêmement vigilant afin de surveiller adéquatement les infections causées par cette bactérie, notamment chez les moins de 5 ans. La tendance à l'augmentation de cas observée cette année parmi cette population doit nous inciter à persévérer en ce sens. Il faut aussi maintenir une couverture vaccinale élevée afin d'assurer la protection des enfants, d'où l'importance d'atteindre le résultat attendu en ce qui concerne la couverture vaccinale des enfants de 2 ans.

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

Enfin, quant à l'hépatite A, beaucoup reste à faire pour le contrôle à long terme de cette maladie. L'épidémiologie de l'hépatite A est caractérisée par des variations causées par des flambées dans les populations à risque (ex. : population d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes). La tendance à la diminution observée depuis 1998 peut être le reflet d'une accalmie momentanée avant une nouvelle flambée. Cependant, des programmes de vaccination ont visé des groupes vulnérables, comme les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les consommateurs de drogues par injection, et ils se poursuivront dans les années à venir, ce qui pourrait freiner ces variations et permettre d'atteindre le résultat attendu.

Par ailleurs, des efforts sont faits afin de standardiser la surveillance des facteurs de risque de l'hépatite A. Malgré tout, on constate une disparité entre les cas indiqués au fichier MADDO et les cas pour lesquels de l'information sur les facteurs de risque est transmise au MSSS. De plus, la classification des facteurs de risque a été modifiée cette année. Nous ne pouvons donc pas comparer l'importance de chacun des facteurs de risque par rapport aux années précédentes, ce qui devrait être corrigé dans le futur.

Conclusion

L'incidence des infections à *Haemophilus influenzae* de type b est en baisse depuis 1993, cette réduction étant attribuable à la vaccination systématique des enfants entreprise en 1992. L'incidence de la coqueluche a continué de décliner en 1999. Il est toutefois prématuré d'attribuer cette baisse à l'introduction d'un nouveau vaccin plus efficace depuis 1998, car elle pourrait être due à une période d'incidence moindre qu'on observe avec cette maladie, entre des années de pics épidémiques. Pour l'hépatite B, le résultat attendu est en bonne voie d'être atteint. Cette réussite peut être expliquée tout d'abord par le succès des programmes de prévention des MTS et du VIH destinés à des populations qui risquent également de contracter l'hépatite B et aussi par les programmes de vaccination contre l'hépatite B destinés aux populations vulnérables. Enfin, le taux d'incidence de l'hépatite A a diminué en 1999 mais, comme cette maladie se caractérise par des flambées de cas parmi des populations à risque, il est possible que la diminution observée soit le reflet d'une accalmie entre deux flambées plutôt que l'effet d'un meilleur contrôle de la maladie. Étant donné que des programmes de vaccination contre l'hépatite A continuent d'être offerts aux populations vulnérables, l'évolution des prochaines années permettra de mieux se prononcer sur l'atteinte réelle du résultat attendu.

Tableau 2.4.1 Taux brut d'incidence¹ des maladies évitables par l'immunisation, Québec, 1990-1999 (taux par 100 000 habitants)²

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

1. Taux pour toutes les maladies, sauf pour les infections à *Haemophilus influenzae* de type b où le nombre de cas est également présenté.
2. Les chiffres présentés dans le tableau peuvent différer légèrement de ceux qui ont été publiés dans les bilans antérieurs parce que des données plus fiables sont maintenant utilisées pour les dénominateurs de population.
3. Hib = infections à *Haemophilus influenzae* de type b.

Source : Fichier MADDO.

Tableau 2.4.2 Facteurs de risque chez les cas d'hépatite A, Québec, 1999¹

Facteurs de risque	Nombre de cas présentant ce facteur de risque ²	%
Pratique sexuelle à risque	36	26,9
Origine hydrique ou alimentaire	30	22,4
Acquisition à l'extérieur du Canada	27	20,1
Contact familial de cas	11	8,2
Consommateur de drogues	9	6,7
Contact avec une personne infectée à l'extérieur du pays	6	4,5
Travail à risque	3	2,2
Enfant infecté adopté (adoption internationale)	2	1,5
Service de garde	1	0,8
Autre facteur de risque	9	6,7
SOUS-TOTAL	134	100,0
Aucun facteur de risque déterminé	68	
Cas n'ayant pas fait l'objet d'investigation	8	
TOTAL DE CAS	170³	

1. Le nombre total n'est pas le même que celui qui est inscrit dans le fichier MAD0 (171 cas).
2. Un même cas peut présenter plusieurs facteurs de risque et peut donc être comptabilisé dans plus d'une catégorie. Au total, 94 cas présentaient 134 facteurs de risque différents.
3. Le total de 170 cas est obtenu de 68 cas sans facteur de risque + 8 cas non investigués + 94 cas présentant des facteurs de risque.

Source : M. DOUVILLE-Fradet, Direction de la protection de la santé publique, MSSS, mai 2000.

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

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

Méthode

Définitions

Vaccin contre l'influenza

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

Personne âgée vivant en institution

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

Indicateur

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

Collecte des données

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

Résultats

La couverture vaccinale provinciale (dix-sept des dix-huit régions) pour les personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD est évaluée à 80,6 % en 1999-2000 (cf. tableau 2.5.1). Ce résultat est supérieur à celui de l'an dernier, qui était de 75,4 %.

Les taux de couverture vaccinale contre l'influenza ont augmenté dans quatorze régions. Dans deux régions, une légère baisse de ce taux est observée alors que, dans une autre, la diminution est beaucoup plus considérable, soit de 77,7 % en 1998-1999 à seulement 58,9 % en 1999-2000.

Les taux de couverture vaccinale des personnes âgées vivant en hébergement sont en constante progression depuis la parution des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (cf. figure 2.6.1). Alors que la couverture vaccinale n'était que de 64 % en 1996-1997, elle a augmenté pour atteindre près de 81 % cette année.

1. M. DOUVILLE-FRADET, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique, juin 2000.

Discussion

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

Pour la première fois, la couverture vaccinale contre l'influenza des Québécois vivant en hébergement atteint le résultat attendu en 1999-2000. Constatation encourageante également, dans presque toutes les régions, le résultat attendu est atteint ou près de l'être. Seule une région présente un taux de couverture vaccinale nettement inférieur au résultat attendu.

Depuis quelques années et encore pendant la période de vaccination 1999-2000, des efforts importants ont été fournis, autant dans les régions qu'au niveau provincial, pour appuyer la mise en œuvre du programme. Cet appui a pris la forme d'une campagne de promotion et d'un ajout de ressources financières. Ces efforts ont semblé porter fruit. Si cet élan se maintient, les gains obtenus pourront être préservés et peut-être même améliorés encore.

Il faut tout de même ajouter un bémol à cette belle réussite puisque les mêmes gains ne sont pas obtenus avec la vaccination du personnel soignant. Même si la couverture vaccinale du personnel contre la grippe ne fait pas partie des indicateurs retenus pour évaluer l'actuel résultat attendu, il est justifié de s'y arrêter. En effet, le personnel soignant peut constituer une source de transmission importante de l'infection en milieu de soins. La vaccination de ce groupe, en plus de celle des personnes hébergées, constitue donc une mesure de santé publique essentielle. Les taux de couverture vaccinale du personnel soignant des établissements (CLSC, CH et CHSLD) ont ainsi été estimés dans quelques régions. La couverture vaccinale provinciale de cette population a été évaluée à 30,9 %, ce qui constitue un résultat très faible, nettement insuffisant pour assurer une protection aux usagers des établissements. Il faudra donc continuer à redoubler d'efforts pour assurer une meilleure vaccination du personnel. Des initiatives en ce sens sont prévues pour l'automne 2000 dans toutes les régions, un financement particulier étant octroyé pour des activités qui visent à augmenter l'accessibilité à l'immunisation de tous les membres du personnel des établissements de soins.

Conclusion

La couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD en 1999-2000 a été estimée à 81 %, couverture supérieure à celle de l'année précédente. Pour la première fois, la couverture provinciale atteint le résultat attendu, ce qui est encourageant. Il reste encore du travail pour préserver cet acquis et faire en sorte que le résultat soit atteint dans toutes les régions, car la vaccination contre l'influenza doit être répétée annuellement.

Tableau 2.5.1 Couverture vaccinale contre l’influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en CHSLD – Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000

Régions ¹	Nombres de personnes de 65 ans ou plus		Couverture vaccinale (%) 1999-2000	Couverture vaccinale (%) 1998-1999 ³
	Total vivant en CHSLD ²	Vaccinées		
01	3 000	2 444	81,5	82,8
02	1 130	991	87,7	83,9
03	4 439	3 857	86,9	79,5
04	2 869	2 323	81,0	80,0
05	5 597	4 943	88,3	67,3
06	16 869	13 157	78,0	74,5
07	1 125	939	83,5	83,3 ⁴
08	766	627	81,9	81,0
09	389	332	85,3	82,3
10	16	16	100,0	93,1
11	637	533	83,7	70,1
12	2 586	2 123	82,1	75,7
13	1 680	1 386	82,5	84,5
14 ⁵	1 986 ⁵	1 764 ⁵	88,8 ⁵	82,2 ⁵
15	1 570	925	58,9	77,7
16	5 280	3 885	73,6	66,7
17	17	17	100,0	100,0
18	n.d.	n.d.	n.d.	100,0
Total	49 956	40 263	80,6	75,4

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

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

3. Certaines données ont été modifiées depuis le 2^e bilan, ce qui explique que les données présentées ici peuvent être légèrement différentes de celles qui ont été publiées dans le 2^e bilan.

4. La couverture vaccinale dans cette région a été ajustée à celle qui a été présentée dans le 2^e bilan.

5. Pour cette région, les données incluent des personnes vivant à l’extérieur du milieu naturel ou familial. Ainsi, en plus des personnes vivant en CHSLD, on y retrouve celles qui vivent dans des centres d’accueil privés ou dans des prisons.

Source : données de gestion du programme de vaccination provincial contre l’influenza, 1999-2000. Au 15 juillet 2000, les données d’une région étaient toujours manquantes.

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

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

Méthode

Définitions

Vaccin contre l'influenza

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

Personne âgée vivant en milieu ouvert

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

Indicateur

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

Collecte des données

Comme pour le résultat précédent, les données présentées ici sont tirées de renseignements obtenus auprès de l'équipe de gestion du programme provincial de vaccination contre la grippe¹. En effet, les responsables régionaux fournissent annuellement au MSSS les résultats de la mise en œuvre du programme.

Résultats

La couverture vaccinale des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert en 1999-2000, pour l'ensemble de la province, est estimée à 52,4 % (cf. tableau 2.6.1). Ce résultat est supérieur à celui de l'an dernier mais demeure inférieur au résultat visé d'ici l'an 2002.

Dans une seule des dix-huit régions du Québec, on n'a pas fourni de données. On note une augmentation de la couverture vaccinale entre 1998-1999 et 1999-2000 dans toutes les régions, à l'exception d'une seule où une nette diminution est observée. Les couvertures vaccinales obtenues dans les régions varient de 39 % à 90 %. Dans l'ensemble, quatre régions dépassent le résultat attendu de 60 % et deux autres s'en approchent.

Depuis la parution des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, on observe une progression constante des taux de couverture vaccinale contre l'influenza pour les

1. M. DOUVILLE-FRADET, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique, juin 2000.

personnes de 65 ans ou plus (cf. figure 2.6.1). Alors que la couverture vaccinale des personnes vivant en milieu ouvert n'était que de 40,7 % en 1996-1997, elle atteint 52,4 % cette année.

Discussion

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

Cette possibilité d'imprécision des données est corroborée par la récente *Enquête sociale et de santé 1998*¹. En effet, pour l'année 1998, la couverture vaccinale des personnes de 65 ans ou plus vivant dans les ménages privés a été évaluée à 38 % par cette enquête, alors que l'estimation pour la même année à partir des données fournies par les vaccinateurs s'élève à 44 %. Il faut donc être prudent en comparant des données qui ont été obtenues par des méthodes différentes. Cependant, il semble que les résultats obtenus dans le cadre de la gestion du programme provincial de vaccination contre la grippe surestiment la couverture vaccinale.

Malgré tout, l'amélioration impressionnante des taux de couverture vaccinale contre l'influenza chez les personnes de 65 ans ou plus dans presque toute la province s'explique entre autres par les diverses mesures établies afin d'appuyer les activités de promotion et de vaccination².

La couverture vaccinale provinciale de 52,4 % estimée en 1999-2000 s'écarte du résultat attendu de 60 %. Toutefois, il semble y avoir une bonne progression dans presque toutes les régions du Québec et, dans six régions, le résultat visé est atteint ou presque. On peut espérer que, d'ici l'an 2002, si ce mouvement se poursuit, le résultat attendu sera obtenu. Il faut donc persister dans la voie d'efforts soutenus et continuer d'améliorer l'organisation du programme d'immunisation contre l'influenza.

Conclusion

La couverture vaccinale des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert s'écarte encore du résultat attendu fixé à 60 %. Il faut cependant reconnaître les nets progrès réalisés depuis l'an dernier, la couverture ayant augmenté de 44 % en 1998-1999 à 53 % en 1999-2000. De plus, dans six régions, les couvertures vaccinales s'approchent ou atteignent le résultat attendu. Les efforts fournis pour soutenir la mise en œuvre du programme d'immunisation contre l'influenza peuvent sûrement expliquer en partie les gains réalisés, efforts qui devront persister pour espérer maintenir les résultats obtenus et atteindre le résultat attendu.

1. M. GUAY ET P. DE WALS, « Vaccination contre la grippe », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 23, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 461-467.
2. M. GUAY, *Projets spéciaux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, 1999-2000. Rapport d'évaluation*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2000, 40 p.

Tableau 2.6.1 Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert - Québec et régions, 1998-1999 et 1999-2000

Régions ¹	Nombre de personnes de 65 ans ou plus		Couverture vaccinale (%) 1999-2000	Couverture vaccinale (%) 1998-1999 ³
	Total vivant en milieu ouvert ²	Vaccinées		
01	27 410	12 658	46,2	41,7
02	31 701	22 634	71,4	52,3
03	82 137	45 904	55,9	44,9
04	67 283	33 104	49,2	41,2
05	33 743	20 113	59,6	53,0
06	256 440	135 304	52,8	46,5
07	29 709	15 847	53,3	46,7
08	15 119	8 992	59,5	51,1
09	8 267	6 544	79,2	61,0
10	756	680	89,9	59,5
11	13 919	7 837	56,3	45,4
12	45 827	20 317	44,3	37,8
13	41 230	20 855	50,6	39,6
14 ⁴	38 077 ⁴	15 518 ⁴	40,8 ⁴	35,5 ⁴
15	47 244	18 550	39,3	46,0
16	137 873	74 487	54,0	41,4
17	250	213	85,2	74,0
18	n.d.	n.d.	n.d.	61,1
Total	876 985	459 557	52,4	44,4

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

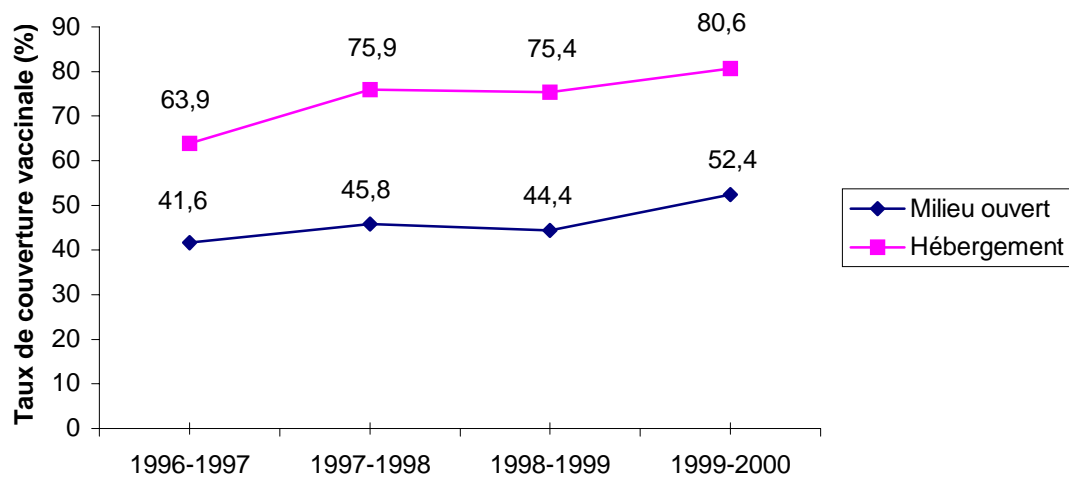
2. Le nombre de personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert est obtenu en soustrayant du nombre de personnes estimé pour 1999 par le MSSS à partir des données fournies par le recensement de 1996 le nombre de personnes vivant en CHSLD obtenu directement auprès de ces établissements.

3. Les données présentées ici ont été réajustées à l'aide d'un dénominateur de population plus fiable, ce qui explique pourquoi ces résultats sont différents de ceux qui ont été publiés dans le 2^e bilan.

4. Pour cette région, les personnes vivant dans les centres d'accueil privés ou dans les prisons sont plutôt comptabilisées avec les personnes vivant en CHSLD.

Source : données de gestion du programme de vaccination provincial contre l'influenza, 1999-2000.

Figure 2.6.1 Évolution des couvertures vaccinales contre l'influenza chez les personnes de 65 ans ou plus selon leur milieu de vie - Québec, 1996-2000¹



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

2.7 Taux d'utilisation des vaccins achetés

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

Méthode

Définitions

Unité de vaccins

Fiole ou ampoule de vaccin.

Vaccins non utilisés

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

Indicateur

Proportion de vaccins achetés mais non utilisés.

Collecte des données

Les données sont collectées par le MSSS¹ au 1^{er} avril 2000.

Résultats

Sur 1 272 897 unités de vaccins distribuées durant l'année 1999-2000 au Québec, 46 980 unités n'ont pas été utilisées en raison d'un bris dans la chaîne du froid ou d'un dépassement de la date de péremption, soit une proportion de 3,7 % (cf. tableau 2.7.1). En se basant sur la valeur monétaire des produits, les unités de vaccins non utilisées ont coûté 643 302,76 \$, ce qui ramène la proportion à 2,9 %. La proportion des produits non utilisés, en valeur d'unités de vaccins, varie entre 1 % et 7 % selon les régions.

Discussion

À première vue, la proportion globale des vaccins non utilisés au niveau national semble atteindre le résultat attendu puisqu'elle est inférieure à 5 %. Qui plus est, le résultat attendu semble atteint dans quinze régions. Cependant, il faut tenir compte d'un certain nombre de limites qui influent sur les résultats.

En effet, la déclaration des pertes par les nombreux vaccinoteurs à l'échelle du Québec et par les dépôts régionaux est volontaire. La proportion des pertes est fort probablement sous-évaluée en raison d'un taux de déclaration inégal selon les régions et les types de vaccinoteurs (vaccinoteur du secteur privé ou vaccinoteur du secteur public). Ainsi, dans une région, le résultat attendu peut sembler atteint alors qu'en fait, les pertes ne sont tout

1. L. ST-ONGE, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique, juin 2000.

simplement pas déclarées. Inversement, dans une autre région, le résultat ne sera pas atteint parce que les pertes sont plus fidèlement rapportées.

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

La mise en place d’un mécanisme de crédit pour le retour des produits périmés dans les nouveaux contrats avec les fournisseurs a réduit de façon substantielle les pertes monétaires causées par le dépassement des dates de péremption, ce qui explique les différences observées entre les proportions d’unités non utilisées et la valeur monétaire des vaccins non utilisés. Pour ce qui est de l’atteinte du résultat attendu, il est préférable d’attendre quelques années avant de se prononcer.

Il faut aussi réaliser que les données colligées témoignent uniquement des vaccins qui ne sont pas utilisés à cause d’un bris dans la chaîne du froid ou d’un dépassement de la date de péremption. Il demeure néanmoins que des doses de vaccins peuvent ne pas être utilisées pour d’autres raisons, par exemple à cause de l’emploi de flacons multidoses ou parce que des doses sont tout simplement jetées. Il pourrait être intéressant d’évaluer ces pertes. Des comparaisons entre les vaccins achetés et les cohortes de population à vacciner pourraient permettre de faire ces estimations.

Conclusion

L’installation en 1999 d’instruments pour surveiller la température de conservation des produits biologiques chez tous les vaccinateurs québécois et les différentes mesures prises par les directions de la santé publique pour inciter les vaccinateurs à déclarer les pertes de produits ont permis de tracer cette année un bilan plus fidèle de la gestion des produits immunisants. Même si les pertes déclarées semblent atteindre le résultat visé, il faudra attendre que la surveillance se fasse partout avant de se prononcer, ce qui devrait s’avérer possible dans le prochain bilan.

Tableau 2.7.1 Taux d'utilisation des vaccins achetés - Québec et régions, 1999-2000 (données au 1^{er} avril 2000)

Régions ¹	Unités de vaccins non utilisées (N)	Unités de vaccins distribuées	Proportion (%) de vaccins non utilisés (en unités)	Proportion (%) de vaccins non utilisés (en valeur monétaire)
01	979	31 808	3,1	3,6
02	2 603	61 389	4,2	4,4
03	3 677	101 161	3,6	2,6
04	5 576	91 696	6,1	7,8
05	2 440	50 874	4,8	3,7
06	15 171	367 164	4,1	1,8
07	878	58 862	1,5	1,5
08	800	27 052	3,0	3,3
09	1 504	20 694	7,3	8,6
10	155	4 112	3,8	5,3
11	607	16 008	3,8	2,8
12	1 936	54 632	3,5	4,1
13	545	55 374	1,0	1,2
14	3 338	63 085	5,3	4,2
15	1 720	70 993	2,4	2,5
16	5 051	197 993	2,6	1,8
17 ²	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
18 ²	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Total	46 980	1 272 897	3,7	2,9

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

2. La gestion des produits biologiques de ces régions est effectuée à même celle d'autres régions. C'est pourquoi il n'y a pas de données pour ces régions.

Source : L. ST-ONGE, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique, juin 2000.

2.8 Vaccins soumis à une température inadéquate

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

Méthode

Définitions

Température inadéquate

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

Thermomètre à maximum et minimum

Défini dans la version préliminaire des *Normes et procédures de gestion des produits immunisants*, MSSS (1998). Normes et procédures de gestion des produits immunisants, Québec, Gouvernement du Québec, 20 p. et annexes.

Envois monitorés

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

Unité de vaccins

Fiole ou ampoule de vaccin.

Indicateurs

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

Collecte des données

Les données ont été fournies par les responsables régionaux au MSSS en date du 1^{er} avril 2000¹.

Résultats

Tous les envois du dépôt provincial vers les dépôts régionaux sont accompagnés de moniteurs pour vérifier la température. En ce qui a trait aux envois des dépôts régionaux vers les vaccinateurs (dépôts locaux), le portrait de la surveillance systématique des envois qui le nécessitent (trajet de plus d'une heure) est le suivant : dans sept régions, une surveillance de tous les envois est effectuée ; dans trois régions, la surveillance est partielle ; dans six régions, aucun envoi ne fait l'objet de surveillance des températures (cf. tableau 2.8.1). Pour les deux autres régions, une telle surveillance n'est pas nécessaire puisque les trajets sont de courte durée. Par rapport à l'année dernière, il y a ainsi amélioration car, en 1998-1999, on effectuait la surveillance des envois dans seulement quatre régions.

1. L. ST-ONGE, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique, juin 2000.

Sur les 1 657 réfrigérateurs répertoriés chez l'ensemble des vaccinateurs du Québec, 1 438 sont équipés d'un thermomètre à minimum et maximum, ce qui équivaut à une proportion de 85 %. Il s'agit là d'une nette progression puisque cette proportion n'était que de 9 % en 1998-1999. Mise à part une région où la proportion de vaccinateurs utilisant les thermomètres appropriés est faible, on constate que, dans la majorité des régions, la plupart des réfrigérateurs des vaccinateurs sont adéquatement munis de thermomètre.

En 1999-2000, sur 1 272 897 unités de vaccins distribuées, 16 709 n'ont pas été utilisées en raison d'un bris dans la chaîne du froid, ce qui correspond à une proportion de 1,3 %, proportion qui varie de 0,1 % à 4,3 % dans les régions (cf. tableau 2.8.2). L'équivalent en valeur monétaire de ces pertes est de 1,5 %.

Discussion

Les limites mentionnées à la discussion sur le taux d'utilisation des vaccins achetés valent également ici. De plus, la proportion des vaccins soumis à une température inadéquate est probablement sous-évaluée en raison de lacunes dans la surveillance de la température, particulièrement en cours de transport. Afin de remédier à cette situation, un projet provincial est actuellement en phase d'implantation.

Il faut tout de même reconnaître les progrès importants réalisés durant la dernière année à l'égard de la surveillance de la chaîne du froid au moment de la distribution et pendant la conservation des vaccins. Ces améliorations s'expliquent, d'une part, par le fait qu'en juin 1999, des thermomètres ont été fournis par le MSSS, afin d'en munir tous les réfrigérateurs utilisés par l'ensemble des vaccinateurs réguliers du Québec. D'autre part, les travaux visant à améliorer la surveillance en cours de transport ont également été bénéfiques. Ainsi, les conditions sont mises en place pour mieux mesurer l'atteinte du présent résultat attendu et du résultat précédent.

Toutefois, ces différentes actions n'ont évidemment pas entraîné de diminution du pourcentage de pertes par bris dans la chaîne du froid (1 % de pertes en 1998-1999 contre 1,3 % en 1999-2000). Ceci s'explique par une meilleure surveillance au cours de la dernière année. Il est donc prématuré de se prononcer sur l'atteinte du résultat attendu, mais les conditions devant permettre de le faire sont graduellement instaurées, ce qui est très encourageant.

Conclusion

La proportion des vaccins soumis à une température inadéquate semble diminuer pour atteindre le résultat attendu. Cependant, il s'agit d'une évaluation trop optimiste puisque des lacunes dans la surveillance de la température des produits immunisants sont observées et que les pertes de produits causés par une température inadéquate sont sous-déclarées. Une meilleure surveillance de ces pertes a été réalisée cette année. Elle devrait ainsi se refléter dans la mesure des résultats attendus des prochaines années.

Tableau 2.8.1 Surveillance de la température des vaccins pendant le transport, nombre et proportion de réfrigérateurs munis d’un thermomètre à maximum et minimum – Québec et régions, 1999-2000 (données au 1^{er} avril 2000)

Régions ¹	Surveillance pendant le transport ²	Nombre de réfrigérateurs munis d’un thermomètre à maximum et minimum ³	Nombre total de réfrigérateurs ³	Proportion (%) des vaccinateurs utilisant un thermomètre à maximum et minimum
01	Oui	53	53	100
02	Oui	32	32	100
03	Partiel	134	134	100
04	Oui	45	47	96
05	Non	70	70	100
06	n.a.	494	504	98
07	Non	86	88	98
08	Oui	33	35	94
09	Oui	36	37	97
10	Oui	15	15	100
11	Oui	33	35	94
12	Non	103	103	100
13	n.a.	105	120	88
14	Non	34	34	100
15	Partiel	65	75	87
16	Non	75	284	26
17	Partiel	16	16	100
18	Non	9	9	100
TOTAL		1 438	1 657	85

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

2. Dans certaines régions, les courtes distances à franchir entre le dépôt central et les vaccinateurs ne justifient pas la surveillance de la température pendant le transport.

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

Source : L. ST-ONGE, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique, juin 2000.

Tableau 2.8.2 Nombre et proportion de vaccins soumis à une température inadéquate – Québec et régions 1999-2000

Régions ¹	Nombre d'unités de vaccins non utilisées en raison d'un bris dans la chaîne du froid	Nombre total d'unités de vaccins distribués	Proportion de pertes (%) par bris dans la chaîne du froid (en unités)	Proportion de pertes (%) par bris dans la chaîne du froid (en valeur monétaire)
01	144	31 808	0,5	0,5
02	1 004	61 389	1,6	2,6
03	1 779	101 161	1,8	1,5
04	3 956	91 696	4,3	5,8
05	1 180	50 874	2,3	1,9
06	2 192	367 164	0,6	0,6
07	363	58 862	0,6	0,7
08	554	27 052	2,1	2,3
09	539	20 694	2,6	2,7
10	89	4 112	2,2	2,8
11	218	16 008	1,4	1,3
12	1 120	54 632	2,1	2,9
13	44	55 374	0,1	0,1
14	1 343	63 085	2,1	0,6
15	468	70 993	0,7	1,2
16	1 716	197 993	0,9	0,9
17 ²	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
18 ²	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
TOTAL	16 709	1 272 897	1,3	1,5

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

2. La gestion des produits immunisants de cette région est assurée par une autre région. C'est pourquoi il n'y a pas de données pour cette région.

Source : L. ST-ONGE, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la protection de la santé publique, juin 2000.

priorité 3

*LE VIH-SIDA ET LES
MALADIES TRANSMISSIBLES
SEXUELLEMENT*



Faits saillants

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

Les mesures préventives à l'intention des groupes vulnérables progressent. Tant cette année que l'an passé, dix-sept des dix-huit régions (94,4 %) offrent des programmes de prévention s'adressant principalement aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, aux jeunes en difficulté et aux personnes utilisatrices de drogues par injection. Par ailleurs, le nombre de programmes a augmenté cette année comparativement à l'an passé, passant de 44 à 76. Cette augmentation est attribuable en grande partie non pas à de nouveaux programmes, mais principalement au fait que l'on a interprété plus largement la notion de programme.

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

Tant cette année que l'an passé, seize des dix-huit régions (88,8 %) ont des centres d'accès aux seringues stériles. Quant au nombre de centres, il est passé de 646 à 656, soit une augmentation de 1,5 %. Cette augmentation est surtout attribuable à la participation d'autres CLSC. D'avril 1998 à mars 1999, 75 951 contacts avec des consommateurs de drogue ont été comptabilisés et plus d'un million de seringues stériles ont été distribuées gratuitement, nombre qui exclut celles qui ont été vendues en pharmacie.

Cette année, un certain accès à la méthadone offert dans seize régions, contre quatorze l'an passé, soit une augmentation de 14,3 %. Dans l'ensemble, plus de bénéficiaires ont reçu de la méthadone cette année, avec une augmentation observée de 36,1 % au regard de l'an dernier (1 284 en 1998 et 1 748 en 1999). Par ailleurs, le nombre de médecins qui ont prescrit de la méthadone est passé de 181 à 260 et le nombre de pharmacies participantes a progressé de 142 à 203, soit une augmentation respective de 43,6 % et de 42,9 %.

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

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

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

3.1 Programmes de prévention pour les populations vulnérables

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

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

Méthode

Définitions

Populations vulnérables au regard de l'infection au VIH

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

Populations vulnérables au regard des MTS

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

Programme visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires

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

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

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

Le programme doit également inclure une perspective de continuité.

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

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

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

Accessibilité aux moyens de prévention

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

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

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

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

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

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

Indicateurs

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

Collecte des données

Le questionnaire transmis dans les régions pour la période d'évaluation 1999-2000 a été sensiblement le même que l'année précédente. Seule une modification mineure y a été apportée, faisant qu'il inclut dorénavant les programmes et les activités visant à renforcer non seulement les comportements sexuels sécuritaires, mais aussi la consommation moins risquée des drogues par injection. Plutôt que de s'attacher uniquement aux programmes implantés durant l'année, nous avons fait porter notre demande d'information sur tous ceux qui étaient en vigueur, en vue d'obtenir un portrait plus complet de la situation.

L'information obtenue sur les programmes, les activités de prévention et l'accessibilité aux moyens de prévention dans les centres de détention est en grande partie fournie par les différents répondants. Les programmes permettant aux toxicomanes de se procurer des seringues stériles proviennent du répertoire des centres d'accès aux seringues, qui en est à sa sixième édition. Grâce à la collaboration des directions de la santé publique des régions régionales de la santé et des services sociaux, le Centre québécois de coordination sur le sida est à même de présenter chaque année la mise à jour de ce répertoire. Quant aux données sur le traitement à la méthadone, elles proviennent de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), sauf en ce qui concerne le volet psychosocial.

Résultats

Programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires

Au 31 mars 2000, on recensait dans dix-sept des dix-huit régions un ou plusieurs programmes visant de près ou de loin à renforcer les comportements sécuritaires, qu'il s'agisse de relations sexuelles ou de consommation de drogues par injection. À cet égard, il n'y a pas de changement notable par rapport à l'an passé. Cependant, il faut souligner l'augmentation du nombre de programmes qui est passé de 44 en 1998-1999 à 76 en 1999-2000 (cf. tableaux 3.1a et 3.1b). Dans toutes les régions, sauf deux, on rapporte la poursuite des mêmes programmes, et de nouveaux programmes ont vu le jour dans quatorze régions (cf. tableaux 3.1a et 3.1b). L'addition cette année des programmes visant à renforcer la consommation moins risquée de drogues par injection peut expliquer en partie cette augmentation, de même qu'une interprétation plus large de la notion de programme.

Ce sont les jeunes en difficulté, les UDI et les HARSAH qui sont principalement ciblés par respectivement 27, 24 et 19 programmes. Les jeunes – en général, dans le milieu scolaire ou lorsqu'ils sont en difficulté –, font l'objet de 46 programmes, ce qui constitue l'essentiel des nouveaux programmes. Seulement huit programmes touchent les femmes en difficulté, huit s'adressent aux personnes incarcérées et trois, aux autochtones. Enfin, aucun programme à l'intention des personnes en provenance de pays où le sida est endémique n'est offert ; précisons toutefois que ces personnes se concentrent surtout dans la région de Montréal (cf. tableau 3.1a).

Si certaines populations ne bénéficient pas ou peu de programmes particulièrement conçus à leur intention, elles ont tout de même accès à des activités ou à des interventions à plus large portée. Dans toutes les régions, on rapporte avoir organisé des activités ou des interventions visant de près ou de loin à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ou la consommation moins risquée de drogues par injection durant la dernière année (cf. tableau 3.1b). La teneur des activités ou des interventions est sensiblement la même que l'an dernier. Le service de dépistage anonyme, le travail de milieu ou de rue, la clinique jeunesse, santé sexuelle ou le *planning* familial, la diffusion de matériel, la formation des intervenants du réseau et des organismes sont les activités les plus largement répandues.

Cependant, il y a lieu de souligner l'accroissement notable du nombre de régions (de douze à seize) où l'on fait état d'activités de vaccination des populations vulnérables contre le VHA et le VHB. Il faut également noter que dans plus de régions on rapporte cette année des interventions en matière de formation des intervenants. Ce sont des thèmes qui touchent surtout les HARSAH, les UDI et les jeunes en difficulté. Enfin, il est intéressant de constater qu'un peu plus de régions, soit sept, sont pourvues d'une unité mobile qui offre des services de prévention.

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

Accessibilité aux condoms dans les écoles secondaires

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

Accessibilité aux condoms dans les centres jeunesse

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

Accessibilité au matériel de protection dans les prisons

Il faut d'abord préciser que onze régions seulement ont des centres de détention de compétence provinciale sur leur territoire, pour un total de seize centres (cf. tableau 3.1c). De ce nombre, quinze centres rendent accessibles les condoms et l'eau de Javel ; pour l'autre centre, l'information n'est pas connue. Si l'on exclut ce dernier centre de détention, 100 % des centres de détention rendent accessibles les condoms et l'eau de Javel d'une quelconque façon. Comparativement à 82,3 % des centres dans cette situation l'an passé, il s'agit de toute évidence d'une augmentation qui traduit l'atteinte du résultat en ce qui a trait à ces moyens de protection.

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

Programmes d'accès aux seringues stériles

Au 1^{er} janvier 2000, on comptait 656 centres d'accès répartis dans seize régions du Québec (cf. tableau 3.1d). Seules deux régions n'en avaient pas. Ces centres d'accès aux seringues regroupent 397 pharmacies, 166 centres rattachés aux CLSC, 51 centres hospitaliers, 30 organismes communautaires (ONG), 8 cliniques médicales et 4 centres spécialisés. La progression dans le nombre de centres d'accès aux seringues est beaucoup moins marquée cette année avec seulement 10 nouveaux centres comparativement à 146 l'an passé. Ce sont surtout les centres rattachés à des CLSC qui ont augmenté.

Mise en place de programmes d'accès à la méthadone

Au 31 mars 2000, on comptait seize régions où l'on a un certain accès à la méthadone, que ce soit par l'intermédiaire de médecins ou dans les pharmacies (cf. tableau 3.1e). Cela représente deux régions de plus que l'an dernier. Le nombre de médecins ayant prescrit de la méthadone est passé de 181 en 1998 à 260 en 1999, le nombre de pharmacies facturant de la méthadone a augmenté de 142 à 203 et le nombre de bénéficiaires s'est accru de 1 284 à 1 748, excluant ceux bénéficiant d'une assurance privée.

Ce sont les régions plus urbanisées qui affichent des augmentations importantes de médecins, de pharmacies et de bénéficiaires. En plus des régions de Québec et de Montréal, on compte également celles des Laurentides et de la Montérégie ainsi que celles de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Dans l'ensemble, on indique dans neuf régions que le programme inclut un volet psychosocial.

Discussion

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

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

Par ailleurs, si dans certaines régions peu de programmes existent, on trouve partout, dans une mesure variable, des activités et des services qui visent un large éventail de populations vulnérables. Dans la plupart des régions, les programmes existants sont maintenus et d'autres voient le jour.

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

À la troisième année d'évaluation, il y a lieu de parler de plafonnement de certaines mesures après qu'elles aient connu un essor important. Il suffit de penser au nombre de centres d'accès aux seringues ; toutes les régions en ont, à l'exception des régions 17 et 18 où l'accès aux seringues stériles demeure tout de même une préoccupation. D'avril 1998 à mars 1999, 75 951 contacts avec des consommateurs de drogue ont été comptabilisés et plus d'un million de seringues stériles ont été distribuées gratuitement, ce qui représente une réduction de l'ordre d'environ 3 000 contacts, mais une augmentation du nombre de seringues stériles par rapport à l'an passé.

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

Seules les mesures liées au traitement à la méthadone connaissent encore une augmentation importante. Selon les experts du Comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone³, il y aurait de 10 000 à 12 000 consommateurs d'héroïne par injection, vivant pour la plupart à Montréal. Quoiqu'il y ait une augmentation des bénéficiaires de la RAMQ qui ont reçu de la méthadone, leur nombre étant passé de 1 284 à 1 748 depuis un an, il s'agit encore d'une faible proportion qui profite de ce traitement par rapport au nombre probable de consommateurs d'héroïne.

Conclusion

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

gains supplémentaires pourront être faits dans la réduction de la transmission du VIH et des MTS.

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

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

Tableau 3.1a Programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ou la consommation moins risquée de drogue par injection et groupes ciblés, selon les régions, 1999-2000

Régions ¹	Nombre	Groupes ciblés ³								Programmes
		HARSAH	UDI	Jeunes	J. scol.	J. diff.	F. diff.	Incarc.	Autocht.	
01	5 (+3)	X				X				Intervention dans les parcs Travail de milieu auprès des jeunes de la rue Campagne de la Saint-Valentin (distribution de condoms) Projet d'éducation par les pairs dans les maisons de jeunes Programme d'échange de seringues
02	7 (+4)				X	X				Mon bien-être sexuel et celui de l'autre Programme d'intervention pour les jeunes en CRJDA Travail de milieu et vaccination VHA et VHB Le Mascu-Lien et vaccination VHA et VHB Formation « Faire sa veine » Programme d'échange de seringues Programme d'intervention auprès des travailleuses du sexe
03	7 (+3)					X				Interventions auprès des jeunes en difficulté d'adaptation Interventions auprès des femmes en difficulté Programme d'échange de seringues Interventions auprès des HARSAH Projets/interventions auprès des jeunes gais Projets/interventions en maison de transition pour toxicomanes Projets/interventions auprès des jeunes de la rue
04	6 (+3)	X	X		X	X				Intervention dans les parcs Programme d'échange de seringues Mon bien-être sexuel et celui des autres Travail de milieu, de rue Intervention en maison pour toxicomanes (vaccination) Prévention auprès des autochtones et des personnes en alphabétisation
05	4 (=)		X				X			Interventions auprès des UDI Catwoman IRIS : intervention auprès des danseuses SAP : prévention et dépistage en centre de détention Équinoxe : hommes gais et bisexuels
06	6 (=)	X					X			Action Séro-Zéro : travail de milieu (bars, saunas et parcs), interventions individuelles et de groupes Projet prostitution de Séro-Zéro Actions de Stella auprès des travailleuses du sexe Action communautaire des CJM et de la DSP Programme de prévention MTS/VIH/hépatites en milieu carcéral Programme à plusieurs volets de prévention auprès des UDI
07	3 (=)	X				X	X			Intervention dans les parcs Projet du BRAS « Jeunesse – IDEM » Projet du BRAS « Les gens de la rue »
08	4 (+1)	X				X				Programme « travail de rue » Comité jeunes gais Vaccination contre le VHA et le VHB des groupes vulnérables Programme de formation parents d'accueil

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

Régions ¹	Nombre	Groupes ciblés ³							Programmes
		HARSAH	UDI	Jeunes	J. scol.	J. diff.	F. diff.	Incarc.	
09	2 (+1)			X		X			Programme d'intervention, sexualité et prévention en CRJDA Programme de prévention pour les 15-30 ans, à risque ou atteints d'une MTS
10	2 (+1)			X					Campagne de la Saint-Valentin Travail de milieu
11	4 (+3)				X	X	X		Promotion de la santé sexuelle dans le cadre du programme de santé Mon bien-être sexuel et celui de l'autre Informe tes pairs Programme d'échange de seringues
12	3 (+1)	X			X	X			Démystification de l'homosexualité en milieu scolaire Mon bien-être sexuel et celui de l'autre Programme d'échange de seringues
13	5 (+2)	X	X				X		Intervention dans les parcs Intervention Vénus Jouer avec le feu : jeunes de 12 à 17 ans Théâtre forum : jeunes des 1 ^{re} , 2 ^e et 3 ^e années du secondaire Programme d'échange de seringues
14	4 (+3)	X	X		X	X			Mon bien-être sexuel et celui de l'autre Travail de rue Projet ACE : travail de milieu, gais, lesbiennes et bisexuels Programme d'échange de seringues
15	3 (+1)	X	X		X	X	X		Programme visant à renforcer les comportements sexuels Clinique des jeunes en milieu scolaire Action de Sida Amitié – interventions individuelles et de groupe, dans les parcs, distribution de condoms, échange de seringues
16	10 (+6)	X	X		X	X			Programme « ACCÈS-IP » Programme « Action-santé » Programme « Sex-oh-fun » Programme « Express Protection » Programme « Cascade aux pairs » Travail de rue Projet interventions préventives, Centre Le Virage Programme « Sexprimer » dans les organismes communautaires Programme « Éclipse », en hébergement, en centre de détention Programme d'échange de seringues
17	1 (+1)				X				« Canadian Guidelines for Sexual Health Education »
18	0 (-1)								
Total	76	19	24	6	13	27	8	8	3

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

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

3. Les groupes ciblés sont :

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

UDI : Utilisateurs de drogues par injection

Jeunes : Jeunes en général

J. scol. : Jeunes en milieu scolaire

J. diff. : Jeunes en difficulté

F. diff. : Femmes en difficulté

Incarc. : Personnes incarcérées

Autocht. : Autochtones

Tableau 3.1b Nombre de régions où des activités ou des interventions sont offertes aux populations vulnérables, 1999-2000

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

1. Les populations vulnérables sont :

HARSAH : les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
End. : les personnes originaires de pays où le sida est endémique
Scol. : les jeunes en milieu scolaire
CDI : les consommateurs de drogues par injection
J. diff. : les jeunes en difficulté
F. diff. : les femmes en difficulté
Inc. : les personnes incarcérées
Autr. : autres groupes jugés prioritaires
précisez : jeunes en général

Aut. : les autochtones
PVIH : les personnes vivant avec le VIH

Tableau 3.1c Moyens de prévention offerts dans les centres de détention de compétence québécoise, selon les régions, 1999-2000

Régions ¹	1998-1999				1999-2000			
	Nombre de centres	Nombre de centres où des moyens de prévention existent			Nombre de centres	Nombre de centres où des moyens de prévention existent		
		Cond. ²	Jav. ³	Inj. ⁴		Cond. ²	Jav. ³	Inj. ⁴
01	1	0	0	0	1	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.
02	2	2	2	2 ⁵	2	2	2	2 ⁵
03	1	1	1	1 ⁵	1	1	1	1 ⁵
04	1	1	1	0	1	1	1	0
05	1	1	1	0	1	1	1	0
06	3	3	3	0	3	3	3	0
07	1	1	1	0	1	1	1	0
08	1	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	1	1	1	0
09	2	2	2	0	2	2	2	2 ⁵
10	0	0	0	0	0	0	0	0
11	1	1	1	0	1	1	1	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0
15	1	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	0	0	0	0
16	2	2	2	0	2	2	2	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	17	14	14	3	16	15	15	5

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

Tableau 3.1d Portrait des centres d'accès aux seringues du Québec
au 1^{er} janvier 1999
et au 1^{er} janvier 2000

Région ¹	Nombre de centres d'accès aux seringues rattachés aux établissements suivants :												Total	
	CH		Cliniques médicales		CLSC		ONG		Centres spécialisés		Pharmacies			
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
01	7	7	0	0	10	10	0	0	0	0	17	17	34	34
02	5	5	4	4	9	9	9	9	0	0	28	28	55	55
03	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	30	30	31	31
04	9	9	0	0	15	15	6	7	0	0	0	0	30	31
05	6	6	1	1	17	17	2	2	0	0	29	29	55	55
06	0	0	0	0	3	9	2	2	3	3	149	150	157	164
07	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	15	15	18	18
08	4	4	0	0	8	8	0	0	0	0	14	14	26	26
09	2	2	0	0	4	6	0	0	0	0	13	11	19	19
10	0	0	0	0	6	6	0	0	0	0	1	1	7	7
11	3	3	0	0	20	20	0	0	0	0	24	24	47	47
12	4	0	0	0	18	18	0	0	0	0	0	0	22	22
13	0	0	0	0	4	4	1	1	0	0	15	13	20	18
14	2	2	0	0	2	6	1	0	0	0	31	30	36	38
15	3	3	0	0	3	5	4	5	0	0	0	0	10	13
16	6	6	3	3	30	31	3	3	0	0	37	35	79	78
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	52	51	8	8	151	166	29	30	4	4	403	397	646	656

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

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

Tableau 3.1e Composantes de programmes permettant aux toxicomanes de se procurer de la méthadone, selon les régions, du 1^{er} janvier au 31 décembre 1999

Régions ¹	Nombre de médecins ² ayant prescrit de la méthadone		Nombre de pharmaciens propriétaires ayant facturé de la méthadone		Nombre de régions offrant un volet psycho-social		Nombre de bénéficiaires ³ ayant reçu de la méthadone	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
01	1	3	1	4	0	n.s.p.	3	8
02	4	4	2	3	n.s.p.	0	4	7
03	14	19	8	13	Oui	Oui	58	120
04	1	4	2	8	Oui	Oui	27	58
05	5	8	12	16	Oui	Oui	24	31
06	98	128	43	52	Oui	Oui	819	1 038
07	1	3	1	3	0	0	5	7
08	0	0	1	2	0	0	0	2
09	0	0	1	5	n.s.p.	0	2	1
10	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	2	0	3	0	n.s.p.	0	3
12	6	7	5	8	n.a.	Oui	12	18
13	6	8	9	6	Oui	Oui	75	86
14	5	12	11	11	Oui	Oui	39	56
15	9	20	18	27	Oui	Oui	80	113
16	20	26	28	42	0	Oui	120	171
17	0	1	0	0	0	0	1	1
18	0	0	0	0	0	0	0	0
Indéterminée	11	15	0	0	0	0	15	28
Total	181	260	142	203	7	9	1 284	1 748

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

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

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

Source : les données proviennent de la RAMQ, août 2000, sur la base de la facturation des pharmaciens propriétaires pour les personnes assurées au régime général d'assurance médicaments.

3.2 Politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie

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

Méthode

Définitions

Politique nationale

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

Réduction des méfaits

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

Indicateur

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

Résultats

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

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

Le Groupe de travail sur la prévention de la toxicomanie, conseiller auprès du sous-ministre adjoint à la Direction générale de la santé publique, a produit en août 1998 un document de consultation au sujet d'orientations et d'actions préventives en matière de substances psychotropes, tout en abordant la question de la réduction des méfaits liés à

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

un usage inapproprié de ces substances, intitulé *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations et stratégie*. Plutôt bien reçu par la plupart des gens consultés, le document a donné lieu à une proposition finale d'orientations en prévention de la toxicomanie qui est en voie d'approbation.

Si ce document aborde explicitement la question de la réduction des méfaits liés à un usage inapproprié de ces substances, il ne s'agit pas pour autant d'une politique nationale de réduction des méfaits. Compte tenu de l'évolution des mentalités sur le sujet, il faut y voir actuellement une réponse suffisante en vue d'une éventuelle politique nationale. Un travail important de sensibilisation et de promotion de cette approche reste à faire auprès des autres ministères intéressés afin de mettre en œuvre des actions concertées dans ce domaine.

Dans le but de connaître davantage les perceptions de la population québécoise entourant cette question, un projet de sondage est mené conjointement par la Direction générale de la santé publique et la Direction générale des services à la population, en partenariat avec l'Institut national de santé publique du Québec. Ce projet vise à mesurer les attitudes de la population québécoise à l'égard des mesures de prévention destinées aux personnes toxicomanes et à trouver les solutions qui semblent les plus acceptables pour réduire les méfaits associés à la toxicomanie. Les résultats devraient permettre de préciser les facteurs facilitant ou limitant l'intervention à l'intérieur d'une pareille approche.

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

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

Méthode

Définition

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

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

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

Indicateurs

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

Collecte des données

En vigueur depuis mai 1997, le Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse a fait l'objet, dès la première année, de passablement d'activités de formation et d'information organisées par les régies, si bien qu'il a été jugé plus opportun de diriger l'évaluation vers la collecte d'autres types de données suivant de plus près le processus d'implantation du programme.

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

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

En ce qui concerne la proportion de femmes enceintes qui ont subi un test de dépistage du VIH, les résultats sont tirés des formulaires spécialement conçus pour la prescription du test anti-VIH aux femmes enceintes, dans le cadre du Programme québécois d'intervention sur l'infection par le VIH, et d'une étude pilote.

Résultats

Proportion des médecins qui informent les femmes enceintes

Quoique le précédent bilan faisait état plus en détail des résultats, il faut retenir que la proportion de médecins qui offrent le test anti-VIH à toutes les femmes enceintes a augmenté de 50,8 % à 82,3 % après l'implantation du programme. Il y a tout lieu de croire que l'offre universelle du test anti-VIH aux femmes enceintes est en voie d'être intégrée dans la pratique médicale. Il n'a donc pas été jugé utile de refaire cette année ce sondage auprès des médecins.

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

Les résultats obtenus laissent voir une sous-utilisation des formulaires spécialement conçus pour la prescription du test anti-VIH aux femmes enceintes. En effet, de juin 1997 à mars 1999, selon ces résultats, seulement 10 950¹ femmes enceintes ont subi un test de dépistage du VIH, ce qui représente moins de 10 % des femmes enceintes pour la même période, alors qu'il y en aurait bien davantage de femmes enceintes qui auraient subi un test. Cette source de données ne nous permet donc pas de savoir de manière suffisamment précise dans quelle proportion les femmes enceintes ont passé le test anti-VIH.

Une étude pilote² a alors été réalisée, visant à déterminer la faisabilité et les coûts d'une recherche plus poussée dans les dossiers hospitaliers des femmes ayant accouché, afin d'évaluer la proportion de femmes enceintes testées. Deux hôpitaux ont été sélectionnés pour l'étude : l'hôpital du Saint-Sacrement, du CHA, à Québec et l'hôpital Sainte-Justine, du CHUM, à Montréal. Ce sont les dossiers des femmes ayant accouché entre le 16 août et le 7 novembre 1998 à Québec et entre le 1^{er} mars et le 30 mai 1998 à Montréal qui ont été consultés pour obtenir l'information sur le test prénatal de dépistage des anti-VIH.

Proportion de femmes ayant accouché qui ont passé un test anti-VIH, selon deux hôpitaux

	Saint-Sacrement	Sainte-Justine
Nombre de femmes ayant accouché	789	1 017
Nombre de dossiers hospitaliers retenus	784	1 011
Nombre de femmes testées	212	527
Nombre de tests positifs	0	4

1. C. POULIN, données transmises au Centre québécois de coordination sur le sida, 1999.

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

Par ailleurs, plus de la moitié des dossiers hospitaliers consultés ne révèlent aucune information relative au test anti-VIH, notamment en ce qui a trait à l'information transmise sur le sujet par le médecin ou à la décision des femmes enceintes de subir ou non le test.

Discussion

Les résultats de l'étude pilote montrent que 26 % des femmes qui ont accouché à l'hôpital du Saint-Sacrement et 52 % de celles qui ont accouché à Sainte-Justine dans la période visée par l'étude ont passé le test anti-VIH au cours de leur grossesse ou dans l'année précédente. Il semble que le test anti-VIH soit plus souvent prescrit aux femmes enceintes de la région de Montréal qu'à celles de Québec. La prévalence du VIH plus élevée à Montréal qu'à Québec pourrait en partie expliquer cette différence. Quoi qu'il en soit, les résultats suggèrent qu'un bon nombre de femmes enceintes ou qui désirent le devenir ne passent pas le test anti-VIH malgré la mise en place du programme.

Par ailleurs, à la lumière des résultats obtenus, il ressort que la révision des dossiers hospitaliers de femmes ayant accouché fournit des informations intéressantes, quoique partielles. Pour un grand nombre de dossiers, l'information sur le test anti-VIH est manquante. De plus, rien n'indique si les médecins ont informé les femmes enceintes sur les questions liées au VIH et à la grossesse, ce qui est l'objectif premier du programme. La proportion de femmes enceintes ainsi testées constituent une donnée faible pour mesurer l'implantation du programme, sans compter la complexité et le coût assez élevé de la méthode de collecte des données. Il a donc été convenu de ne pas poursuivre une étude plus approfondie.

Conclusion

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

Si le sondage auprès des médecins révèle qu'une forte proportion (82,3 %) d'entre eux informent les femmes enceintes depuis la mise en vigueur du programme, l'étude pilote dans les dossiers des femmes ayant accouché fait cependant voir que moins de la moitié ont subi le test. Il y a lieu de considérer que le programme n'a atteint qu'un certain degré d'implantation. Il reste à étendre son action pour que l'offre d'un test anti-VIH assortie de l'information appropriée soit faite à toutes les femmes enceintes ou qui désirent le devenir, et que cela devienne une norme de pratique.

Afin d'assurer le suivi du programme, une étude en cours à l'hôpital Sainte-Justine vise tant à obtenir de l'information sur l'accès au test de dépistage du VIH durant la grossesse et sur la qualité du processus de dépistage du VIH durant la grossesse qu'à évaluer l'incidence de ce programme sur la pratique médicale. Les résultats seront possiblement connus avant le prochain bilan.

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

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

Méthode

Définition

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

Indicateur

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

Résultats

L'infection par le VIH fait référence au stade précoce de la maladie, avant l'apparition du sida. L'infection par le VIH n'est pas une maladie à déclaration obligatoire au Québec. Un groupe de travail s'est penché sur les moyens d'améliorer la surveillance du VIH. À cette fin, un rapport recommande la déclaration obligatoire du VIH par les médecins et les laboratoires. À la suite de l'approbation des recommandations par la Direction générale de la santé publique, un projet de modifications au Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique relatives à la déclaration obligatoire du VIH et du VHC a été rédigé. Le projet a été soumis à la Commission d'accès à l'information du Québec et au Collège des médecins du Québec pour avis. Les démarches se poursuivent en vue de la modification effective du règlement. Par ailleurs, une entente est sur le point d'être conclue avec Santé Canada concernant l'implantation d'un système de surveillance élargie du VIH et des autres MTS.

Les MTS à déclaration obligatoire comprennent les infections à *Chlamydia trachomatis*, l'hépatite B et l'herpès néonatal, qui font l'objet d'une déclaration nominale, et les maladies vénériennes, qui sont à déclaration anonyme : les infections gonococciques, la syphilis (incluant la syphilis congénitale), le chancre mou, la lymphogranulomatose vénérienne et le granulome inguinal. Des démarches ont été entreprises pour faire valoir le bien-fondé de l'utilisation d'un élément identificateur pour chaque personne, tout en protégeant la confidentialité et en rendant possible le repérage des doublons, et l'importance de retenir cette disposition dans la future loi sur la santé publique. Par ailleurs, des mesures sont à prévoir afin que les résultats de laboratoire positifs au sujet de l'hépatite B et de la syphilis soient confirmés, en règle générale, par un diagnostic clinique. Enfin, les efforts se poursuivent afin de généraliser l'utilisation d'un questionnaire standardisé pour les enquêtes épidémiologiques.

Les MTS virales, soit l'herpès génital (VHS) et l'infection par le virus du papillome humain (VPH), sont parmi les MTS les plus fréquentes et ne sont pas à déclaration obligatoire. Il n'existe pas de définition de cas suffisamment sensible et précise qui pourrait permettre une surveillance épidémiologique. Une meilleure connaissance de la question s'impose, tant du point de vue épidémiologique que du point de vue clinique. La Stratégie québécoise de lutte contre les MTS, rendue publique en juin dernier, préconise d'accentuer la recherche dans ce domaine afin d'en avoir une meilleure connaissance épidémiologique.

Les complications liées aux MTS, notamment en ce qui a trait aux grossesses ectopiques et aux salpingites, sont maintenant plus difficiles à surveiller étant donné les changements dans les pratiques hospitalières et l'apparition de nouveaux traitements ambulatoires. L'analyse du fichier Med-Écho ne suffit pas à fournir un portrait juste de la situation. Il y a lieu de se pencher sur ces questions afin de trouver d'autres sources de données qui pourraient remplacer ou compléter les données de ce fichier.

priorité 4

*LE DÉPISTAGE
DU CANCER DU SEIN*



Faits saillants

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

Au 31 mars 2000, en considérant les critères établis, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein était implanté dans treize régions. Les critères utilisés sont basés sur la transmission, par la Régie de l'assurance maladie aux radiologistes de la région, de la date d'entrée en vigueur du nouveau code de l'acte « mammographie de dépistage » et sur la mise en place des structures de base du programme, à savoir la nomination d'un coordonnateur administratif et d'un responsable médical, la désignation d'au moins un centre de dépistage et un centre de référence pour investigation (ou une entente de service), la formation du personnel et l'utilisation du système d'information.

Dans les régions, 93 % (39/42) des centres de dépistage privés désignés ont mis en place le PQDCS comparativement à 60 % (31/52) pour les centres de dépistage publics. Quant aux centres de référence pour investigation désignés, 58 % (25/43) d'entre eux sont actuellement en activité.

Les délais liés au déploiement du système d'information et le retard des centres de dépistage et des centres de référence pour investigation à s'engager dans le processus de correction et d'instauration de méthodes de contrôle de la qualité menant à la certification justifient le décalage dans l'implantation du programme. La mise en œuvre du programme, réalisée dans un contexte de transformation du réseau et de restrictions budgétaires, a engendré des contraintes supplémentaires. Il demeure néanmoins que le programme est implanté dans la plupart des régions et qu'il le sera dans les dernières régions au cours de 2000-2001.

Des informations portent sur le taux de participation de la population cible. De plus, les travaux du groupe de travail qui s'est penché sur la mise en place d'un programme intégré de surveillance de la lutte contre le cancer du sein sont terminés. Deux rapports ont été publiés :

- *Plan de surveillance de la lutte contre le cancer du sein. I – Cadre conceptuel et indicateurs ;*
- *plan de surveillance de la lutte contre le cancer du sein. II – Évolution de la lutte contre le cancer du sein au Québec.*

4.1 Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein

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

Méthode

Définition

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

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

Indicateur

Proportion des régions où est implanté le PQDCS.

Collecte des données

La collecte de l'information a été achevée le 31 mars 2000. Cette information a été validée avec les renseignements obtenus de façon centrale au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du PQDCS, afin d'apporter les corrections appropriées le cas échéant.

Résultats

Au 31 mars 2000, treize régions répondaient à l'ensemble des critères définis pour l'implantation du PQDCS, représentant 89 % des femmes visées par le programme (cf. tableau 4.1). Toutefois, il convient de préciser que toutes les structures prévues dans les régions, soit les centres de dépistage et les centres de référence pour investigation, ne sont pas nécessairement mises en place à la même date et que l'implantation peut s'échelonner sur une période plus ou moins longue. Dans toutes ces régions, leurs coordonnateurs administratifs et médicaux ont été désignés. Le code de l'acte « mammographie de dépistage » était en vigueur le 31 mars 2000 dans ces treize régions.

Dans l'ensemble des régions, 42 centres de dépistage privés et 52 centres de dépistage publics sont prévus. Les régions de Montréal et de la Montérégie se distinguent par leur nombre élevé de centres de dépistage privés, et certains de ces centres disposent de plus d'un mammographe (cf. tableau 4.1). Au 31 mars 2000, 39 centres privés (comme

l'année précédente) et 31 centres publics (il y en avait 15 l'année précédente) étaient désignés centres de dépistage dans les régions ayant mis en place le PQDCS, soit respectivement 90 % et 60 % de l'ensemble des centres désignés (cf. tableau 4.1). Le secteur public compte aussi 25 centres de référence pour investigation (il y en avait 7 l'année passée) sur un total prévu de 43. C'est donc 60 % des centres de référence pour investigation qui sont actuellement en activité (cf. tableau 4.1). Il faut toutefois noter que certains centres (notamment à Montréal) ont été certifiés et désignés par leur région sans exercer pour autant les activités prévues au programme.

La formation des différentes catégories de personnel comprend trois modules. De plus, une trousse est également destinée aux médecins de première ligne. Cette formation a commencé dans toutes les régions, à l'exception de la région 17. Le rythme est inégal d'une région à l'autre. La formation est terminée dans sept régions.

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

Un projet d'unité mobile de mammographie est présentement à l'étude. Il devrait démarrer sous forme de projet pilote au cours de l'année 2000-2001, pour être officialisé en 2001. Certaines régions dépourvues du service de mammographie ou présentant une faible densité de population pourraient bénéficier de ce service mobile. Certaines régions, qui sont dans l'expectative, essaient de composer avec les ressources actuelles en attendant le service mobile, ce qui explique en partie certains retards.

Discussion

Au 31 mars 2000, selon la définition adoptée, on comptait treize régions où était implanté le PQDCS. Les délais sont principalement liés au retard des centres de dépistage et de référence pour investigation qui n'ont pu s'engager à temps dans le processus de correction et d'instauration de méthodes de contrôle de la qualité menant à la certification. Même dans les régions où est implanté le PQDCS, certains centres ne répondent pas encore aux critères de certification. Il faut également souligner que c'est le premier programme de dépistage à être mis en place. Le programme commande des changements de pratique pour plusieurs intervenants. De plus, ce programme a été mis en œuvre dans le contexte de la transformation du réseau et des restrictions budgétaires.

Conclusion

L'implantation du programme québécois de dépistage du cancer du sein se poursuit. De fait, cette année, on comptait treize régions où était implanté le PQDCS, le rendant ainsi accessible à 90 % des femmes visées par le programme. Dans ces régions, 93 % des centres de dépistage privés désignés ont mis en place le PQDCS comparativement à 60 % pour les centres de dépistage publics. On connaît ainsi un retard dans l'atteinte de l'objectif fixé dans les priorités nationales. Il demeure néanmoins que l'implantation est enclenchée et progresse vers l'objectif souhaité. Le projet d'unité mobile favorisera l'implantation presque complète au cours de 2000-2001.

Tableau 4.1 Implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, situation au 31 mars 2000

Régions ¹	Code d'acte en vigueur		Nombre de désignations effectives/prévues				Formation module ²					Utilisation du SI	Commentaires
			Centres de dépistage		Centres d'investigation		Terminée (T) Non amorcée (N)		En cours(C)				
	O/N	Prévu	Privés	Publics	Privés	Publics	1	2A	2B	3	Trousse		
01	Non	aut. 00	0/0	4/4	0/0	2/2	T	T	T	N	C	Non	Fonctionne dans les CSR. Développement des interfaces avec centrale de rendez-vous et système clientèle requis. 2B : une formation a été offerte également aux bénévoles et infirmières travaillant auprès des femmes atteintes de cancer ou susceptibles de l'être.
02	Non	À déterminer	1/1	5/5	0/0	5/5	T	N	N	T	C	Oui	
03	Oui		4/4	2/3	0/0	1/1	C	C	C	T	C	Oui	Une formation sur les aspects psychosociaux en rapport avec la problématique du cancer du sein pour les intervenants psychosociaux de la région est en cours.
04	Oui		1/1	5/5	0/0	4/5	T	T	T	T	T	Oui	Le seul centre à ne pas être reconnu par l'association canadienne des radiologistes et par le LSPQ est le CH Hôtel-Dieu d'Arthabaska, mais l'information est transmise à la CSR qui reconduit ces informations dans le SI.
05	Oui		2/2	1/1	0/0	1/1	T	T	C	T	T	Oui	Le volet « Perfectionnement » du module II est prévu en mai 2000.
06	Oui		17/18	2/3	0/0	3/5	T	T	T	T	T	Oui	Le volet « Perfectionnement » du module II est en cours.
07	Oui		0/0	3/5	0/0	1/1	C	C	C	C	C	Oui	
08	Oui		0/0	5/5	0/0	5/5 ³	T	T	T	T	T	Oui	La formation des technologues en CRID aura lieu en juin 2000. La formation « Sensibilisation à l'approche à privilégier à l'endroit des femmes visées par le PQDCS », activités de perfectionnement, aura lieu en mai 2000.
09	Non	Automne	0/0	1/3	0/0	0/2	T	T	T	N	N	Non	Le démarrage est conditionnel à l'accréditation des CDD prévus à la détermination des modalités de service pour les milieux isolés ou éloignés des CDD. L'installation du SI est prévue quelques semaines avant le démarrage. Une formation sur l'impact psychosocial du cancer du sein a eu lieu pour vingt bénévoles environ.
10	Oui		0/0	1/1	0/0	0/0	T	T	N	T	T	Oui	
11	Oui		0/0	3/5	0/0	0/0	T	T	T	T	C	Oui	
12	Oui		1/1	3/3	0/0	4/4	T	T	T	T	T	Oui	2 journées de formation ont été offertes à 76 bénévoles ; 6 journées de formation sur le soutien psychosocial ont aussi été offertes à 40 intervenants.
13	Oui		2/2	0/0	0/0	1/1	T	T	T	T	T	Oui	
14	Oui		2/2	1/1	1/1 ⁴	1	T	T	T	T	T	Oui	La clinique de Joliette fait partie du

Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 3^e bilan

Régions ¹	Code d'acte en vigueur		Nombre de désignations effectives/prévues				Formation module ²					Utilisation du SI	Commentaires	
			Centres de dépistage		Centres d'investigation		Terminée (T) En cours(C) Non amorcée (N)							
			O/N	Prévu	Privés	Publics	Privés	Publics	1	2A	2B			3
														CRID par entente avec le CHRDL.
15	Oui		1/1	2/4	0/0	0/1	T	C	C	T	T	Oui		
16	Oui		10/11	2/3	0/0	4/9	T	T	T	T	T	Oui	Une formation a été donnée aux intervenants psychosociaux des CRID. Les bénévoles du PQDCS qui font de l'écoute pour les femmes en attente d'un diagnostic ont reçu une formation sur mesure.	
17	Non	2000-2001	0	0	0	0	N	n.a.	N	N	N	Non	Le dépistage sera effectué au moyen du projet d'unité mobile qui est à l'étude.	
18	Non	2000-2001	0	0	0	0	C	n.a.	n.a.	N	C	Non		
Total au 31/03/00			39	31	1	25								Le total exprimé ici représente les centres désignés pour les régions où le code d'acte est en vigueur.
Total prévu			42	52	1	43								

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

4.2 Taux de participation de la population cible

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

Méthode

Indicateur

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

Collecte des données

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

Résultats

Pour les treize régions où est implanté le PQDCS, le taux de participation a augmenté progressivement au cours des mois. Il était à 29,7 % en moyenne au 31 décembre 1999, pour des périodes d'activité variant de 6,5 à 19,5 mois. Au 31 mars 2000, un cycle de deux ans de dépistage n'était complété dans aucune région.

Conclusion

Étant donné que le PQDCS vient d'être mis en place dans la majorité des régions du Québec, la participation devrait augmenter au cours des prochains mois, au fur et à mesure de son implantation dans les dernières régions.

4.3 Taux de cancers détectés

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

Méthode

Indicateurs

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

Collecte des données

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

Résultats

Le taux de référence pour investigation était de 11 % au 31 décembre 1999 dans l'ensemble du Québec. Le taux est relativement stable depuis le début des opérations.

Conclusion

Le taux de détection de cancers n'est pas encore connu. Le processus de collecte des données devra être revu complètement afin de s'assurer de la disponibilité future de cet indicateur.

Seul le taux de référence pour investigation était disponible de façon complète ; il atteignait 11 % au 31 décembre 1999 pour l'ensemble du Québec. Le taux est relativement stable depuis le début des opérations.

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

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

Méthode

Indicateur

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

Résultat

Dans le plan de surveillance publié au printemps 2000, le taux comparatif de mortalité est un indicateur retenu. Les données sont actuellement disponibles jusqu'à 1996. Il faudra attendre encore quelques années pour pouvoir vérifier l'impact du programme.

priorité 5

LE TABAGISME



Faits saillants

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

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

Les données les plus récentes concernant les taux de tabagisme chez les personnes de 15 ans ou plus proviennent de deux enquêtes, soit l'*Enquête sociale et de santé 1998* menée par l'Institut de la statistique du Québec et l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* menée par Santé Canada en 1999. Selon les données de ces enquêtes, la proportion de fumeurs (réguliers et occasionnels) parmi la population de 15 ans ou plus au Québec était de 34 % en 1998 et de 30 % en 1999.

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

5.1 Stratégie de prévention du tabagisme

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

Méthode

Définition

La définition d'une stratégie de prévention n'a pas pu être révisée cette année tel qu'il a été recommandé l'année dernière.

Indicateur

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

Collecte des données

Compte tenu de la difficulté à recueillir l'information sur les activités de prévention du tabagisme en milieu scolaire dans chaque région, il n'y a pas eu de collecte d'information.

Résultats

Aucune donnée disponible pour cette année.

Discussion

L'année dernière, il avait été proposé d'intégrer le résultat visé par la stratégie de prévention du tabagisme chez les jeunes à la priorité « Développement et adaptation sociale des enfants et des jeunes ».

Comme il n'y a pas eu de collecte de données pour le résultat attendu « programmation intégrée en milieu scolaire », l'application d'une stratégie de prévention du tabagisme dans toutes les écoles primaires et secondaires du Québec n'a donc pas été mesurée.

Par ailleurs, la possibilité d'une collecte de données auprès des écoles menée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) avec l'appui du ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) avait été explorée au cours des années précédentes, mais cette collecte n'a pu être faite.

Toutefois, les discussions entreprises entre le MSSS et le MEQ concernant la révision des programmes d'études dans le contexte de la réforme de l'éducation représentent une excellente occasion de revoir les approches utilisées avec les jeunes et, par conséquent, la façon de les mesurer.

L'année prochaine, il faudra réviser la définition opérationnelle d'une « stratégie de prévention du tabagisme dans les écoles ». À cet effet, un avis de santé publique a été

demandé à l'Institut national de santé publique du Québec sur les interventions efficaces en matière de prévention du tabagisme en milieu scolaire et parascolaire. Ces orientations devraient permettre de mieux préciser l'intervention en milieu scolaire ainsi que la mesure de ces interventions.

Enfin, l'entrée en vigueur le 17 décembre 1999 de la Loi sur le tabac instaurait l'interdiction de fumer partout dans les écoles primaires et secondaires, édictant par le fait même la politique minimale à adopter sur l'usage du tabac dans ces lieux. Comme de telles politiques font partie intégrale de toute stratégie de prévention du tabagisme, les démarches pour évaluer l'implantation de la Loi devraient permettre de connaître son respect en milieu scolaire.

Conclusion

La définition du résultat visé et les indicateurs pour le mesurer seront révisés pour l'an prochain.

5.2 Réduction du tabagisme chez les 15 ans et plus

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

Méthode

Définition

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

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

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

Indicateurs

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

Collecte des données

L'information relative à ce résultat attendu est issue de deux enquêtes : l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* et l'*Enquête sociale et de santé 1998*.

Résultats

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

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

Tableau 5.2a Proportion de fumeurs selon la région au Québec

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

Source : *Enquête sociale et de santé 1998*.

Selon l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* menée par Santé Canada en 1999, la proportion de fumeurs actuels chez les 15 ans ou plus est de 30 % au Québec (donnée non publiée). Au Canada, cette proportion s'élève à 24 %.

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

Conclusion

Selon les données présentées, la proportion de fumeurs (réguliers et occasionnels) parmi la population âgée de 15 ans ou plus au Québec était de 30 % en 1999. Il est important de continuer à suivre l'évolution du tabagisme chez les Québécois de 15 ans ou plus afin de voir si la baisse observée se maintient dans le temps et si le résultat attendu de 28 % en 2002 sera atteint ou non.

5.3 Réduction du tabagisme chez les jeunes

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

Méthode

Définitions

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

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

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

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

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

Indicateurs

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

Collecte des données

L'information sur le tabagisme chez les jeunes est obtenue par l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*, menée par Santé Québec, pour le compte du Ministère, tous les deux ans depuis l'automne de 1998. Les seuls résultats disponibles de cette enquête sont ceux de 1998, présentés en novembre 1999. Actuellement, l'enquête est en cours dans les écoles et les résultats seront connus en 2001.

Résultats

Rappelons qu'en 1998, 20 % des adolescents québécois fréquentant l'école secondaire étaient des fumeurs actuels (quotidiens et occasionnels) et un peu plus de 10 % étaient des fumeurs débutants, c'est-à-dire en phase active d'expérimentation de la cigarette.

La proportion de fumeurs actuels était de 22,5 % chez les filles et de 17,3 % chez les garçons. Il y avait 13,5 % de fumeuses quotidiennes et 9,1 % de fumeuses occasionnelles. Chez les garçons, on comptait 10,6 % de fumeurs quotidiens et 6,7 % de fumeurs occasionnels. Les fumeurs débutants se retrouvaient dans une proportion de 11,6 % chez les filles et de 9,5 % chez les garçons.

Discussion

Les résultats obtenus peuvent sembler encourageants, mais il faut tenir compte du fait que les fumeurs débutants ne sont pas inclus dans le taux des fumeurs actuels en 1998 alors qu'ils pouvaient l'être dans la définition du résultat visé.

De plus, il est impossible de comparer les taux de tabagisme chez les jeunes entre 1994 et 1998, tant au niveau national qu'au niveau régional, puisque les définitions et les questions ne sont pas les mêmes d'une enquête à l'autre. Les données de 2000, disponibles l'année prochaine, permettront de connaître l'évolution du tabagisme chez les jeunes du secondaire.

Conclusion

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

5.4 Soutien à l'abandon du tabagisme

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

Méthode

Définition

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

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

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

Le **service de *counseling* individuel** se caractérise par une démarche structurée et séquentielle, étalée dans le temps, dont le but est de faire progresser le fumeur selon les étapes de changement du comportement vers l'abandon. Ce service peut être donné au cours d'une rencontre ou au téléphone par des professionnels de la santé, par des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ou des personnes mandatées par ce réseau, et par d'autres intervenants spécialisés travaillant pour un organisme à but lucratif ou à but non lucratif.

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

Accessibilité aux services

Le concept de l'accessibilité aux services pour cesser de fumer n'est pas défini dans les priorités nationales. Afin de mieux cerner ce concept, cinq critères ont été établis.

Ces critères sont :

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

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

Promotion des programmes

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

Indicateurs

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

Collecte des données

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

Disponibilité des services et accessibilité

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

Dans un second temps, si le service (ou la méthode) était considéré comme accessible, on devait indiquer les critères sur lesquels s'appuyait l'appréciation. Ces critères étaient la proximité, les coûts, l'horaire, l'adaptation du service et la publicité.

Promotion des programmes

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

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

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

- la publicité dans les médias ;
- d'autres moyens (à préciser).

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

Résultats

Disponibilité des services et accessibilité

Services d'information et de référence

Dans seize régions, on offre au moins un service d'information et de référence dans chaque territoire de CLSC. Ces services étaient jugés accessibles si deux critères parmi les cinq proposés étaient respectés (cf. tableau 5.4a).

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

Par ailleurs, il existe des services d'information et d'orientation offerts à toute la population québécoise puisqu'ils existent dans toutes les régions. Mentionnons la ligne 1-888-POUMON-9 de l'Association pulmonaire du Québec et la ligne d'information de la Société canadienne du cancer. Certaines compagnies pharmaceutiques offrent aussi des services téléphoniques qui donnent de l'information sur les thérapies de remplacement de la nicotine. Dans cette analyse, seuls les services régionaux ont été répertoriés.

Services de counseling individuel

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

Les services sont variés : cliniques d'aide aux fumeurs, *counseling* par des professionnels de la santé, en personne ou au téléphone, parfois visant différentes populations particulières, médecines parallèles, etc.

Services (ou méthodes) de groupe

Les services (ou méthodes) de groupe sont présents dans dix-sept régions. Dans neuf de ces régions, ils sont proposés dans tous les territoires de CLSC (cf. tableau 5.4c).

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

Promotion des programmes

Moyens de promotion utilisés

Dans toutes les régions, on utilise au moins un des moyens présentés plus haut pour faire la promotion des programmes (cf. tableau 5.4d). Dans la grande majorité des régions, les quatre moyens sont utilisés. Dans neuf régions, on mentionne d'autres moyens de nature variée.

Promotion de façon continue

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

Conclusion

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

On peut donc dire que chacun des trois types de services de soutien à l'abandon du tabagisme existe dans la majorité des régions.

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

En comparant avec les résultats de l'an dernier, on constate une amélioration dans la disponibilité des services de soutien à l'abandon du tabagisme et dans l'accessibilité à ces services. Plus précisément, le nombre de régions où, l'an passé, étaient offerts des services d'information et de référence (quatorze) ainsi que des services de *counseling* individuel (sept) dans tous les territoires de CLSC a augmenté à quinze et à onze respectivement cette année. Dans toutes les régions, on fait la promotion de façon continue, contre quatorze l'an passé.

Enfin, le nombre de régions où les trois types de services sont offerts dans tous les territoires de CLSC a augmenté de cinq à sept.

De façon générale, on peut dire qu'il y a progression dans l'accessibilité aux services de soutien à l'abandon du tabagisme, et dans la promotion de ces services vers l'atteinte du résultat attendu.

Tableau 5.4a Soutien à l'abandon du tabagisme : services d'information et de référence, 1999-2000

Régions ¹	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type	Nombre de territoires de CLSC	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	Service ou méthode publicisé	
01	Programme « À vous de jouer » en réadaptation cardiovasculaire	8/8		X	X			
02	Aide à l'arrêt tabagique chez les femmes enceintes	5/6	X	X	X	X	X	
	« Oui, j'arrête ! »	4/6		X	X	X	X	
	Professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, conseillers en promotion de la santé)	6/6	X	X	X	X	X	
03	DSP	2/8	X	X	X	X	X	
	CLSC, personne-ressource	8/8	X	X	X	X	X	
	Clinique d'aide aux fumeurs	1/8	X	+-	X	X	X	
04	Répertoire de services et ressources régionales pour soutenir les personnes qui désirent cesser de fumer	11/11	X	X	X	X	X	
05	Intégré à « Info-Santé »	7/7	X	X	X	X	X	
06	Centre de référence du Grand-Montréal	29/29	n.a.	X	X	?	X	
07	Personnes-ressources des programmes de cessation tabagique individuel ou en groupe en CLSC/CH	7/8	X	X	X	X	X	
	Intervenant en cessation tabagique-DSP	8/8	n.a	X	X	X	X	
	Info-Santé CLSC	8/8	n.a	X	X	X	X	
08	Clinique du cœur (5)	5/6	X	X	X	X		
	Info-Santé	6/6	X	X	X	X	X	
	Direction de la santé publique (par la répondante régionale)	6/6	X	X	X	X	X	
	Pharmacies	6/6	X	X	X	X	X	
09		6/6	X	X	X	X	X	
10	Clinique d'arrêt tabagique	5/5	X		X	X	X	
	Médecins	5/5	X	X	X	X	X	
11	CLSC Mer et Montagnes	6/6		X	X	X	Non	
	CLSC Malauze			X	X	X	X	
	CLSC des Îles			X	X	X	X	
	CLSC Pabok			X	X		Non	
	CH-CLSC-CHLD de la MRC de Denis-Riverin			X	X	X	X	
	CLSC Chaleurs			X			Non	

Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 3^e bilan

Régions ¹	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type	Nombre de territoires de CLSC	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	Service ou méthode publicisé	
12	Service téléphonique d'information du CLSC	11/11	X	X	X	X		
	DSP	11/11						
13	Ligne d'information régionale : Info-« oxygène »	4/4	X	X	X	X	X	
	Ligne Info-Santé régionale	4/4	X	X	X	X	X	
	Ligne téléphonique du Centre de référence du Grand-Montréal	n.a	X	X	X	X	X	
	Société canadienne du cancer – Région de Laval	n.a	X	X	n.s.p	X	X	
	Fondation des maladies du cœur du Québec-Région de Laval	n.a	X	X	n.s.p	X	X	
	Programme « À Laval, on fait un tabac » Références- Prof. de la santé et intervenants du réseau	4/4	X	X	+	X	n.a	
	Kiosques d'information et de références	4/4	+	X	X	X	X	
14	DSP	6/6	X	X	X	X	X	
15	Info-Santé CLSC	1/7	X	X	X			
	Retour d'appel de la personne ressource	1/7	X	X	X	X		
	Info à l'accueil du CLSC	1/7	X	X	X	X		
	Publicité-Dépliants 5 ^e année/1 école	1/7	n.a	X	X	X	X	
16	DSP (par les intervenants de l'équipe tabac)	19/19	X	X	X	X	X	
	Par téléphone, Info-Santé CLSC	19/19	X	X	X	X	X	
	Professionnels de la santé (md en cliniques privées, pharmaciens, intervenants en CLSC, responsables des programmes de groupe)	19/19	X	X	X	X	X	
17	Personnes-ressources formées pour donner de l'information dans leur communauté	10/14	X	X	X	X	X	
18	Réceptionnistes ayant reçu une formation sur le tabagisme	9/9	X	X	X	X	+-	

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

Tableau 5.4b Soutien à l'abandon du tabagisme : services de counseling individuel, 1999-2000

Régions ¹	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type	Existe dans combien de territoires de CLSC	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	Service ou méthode publicisé	
01	Programme d'intervention auprès des patients fumeurs hospitalisés	5 CH/6	?	-	X	X		
02	Service d'aide à l'arrêt tabagique par un professionnel de la santé (médecin, infirmière, pharmacien)	6/6	X	X	X	X	X	
	Programme d'aide à l'arrêt tabagique chez les femmes enceintes par des infirmières et intervenants sociaux de CLSC	5/6	X	X	X	X	X	
	Programme d'aide à l'arrêt tabagique chez les personnes aux prises avec des problèmes de santé par des infirmières de clinique de prévention des MCV et de centre d'enseignement sur l'asthme	1/6	X	X	X	X	X	
	Programme « NICOT » par le Groupe de recherche et d'aide psychosocial (GRAP)	6/6	X		X	X	X	
03	Clinique d'aide aux fumeurs	3/7	+-	+-	X	X	+-	Coûts de base de 150 \$ et 25 \$ par rencontre individuelle supplémentaire
	Programme d'aide pour cesser de fumer : « Aide à la cessation tabagique » et « Clinique d'intervention tabagique »	(*)/7	n.s.p.	X	X	X		(*) Selon les médecins formés
	Méthode « Cesser de fumer et rester non-fumeuse/non-fumeur »	n.r.						6 rencontres au coût de 50 \$ chacune
	Programme d'intervention tabagique (PIT)	1/7					X	
	Programme Santé sans fumée	n.r.					X	6 séances pour 350 \$
04	Services privés	11/11	X		X	X	X	
05	« Ça vient de s'éteindre »	7/7	X	X	X	X	X	Dans les milieux de travail Adolescents en milieu scolaire ou maison de jeunes
06	Centre d'abandon du tabac du CHUM	29/29	n.s.p.	X		X	(*)	(*) Connus des lignes d'information et d'orientation
	Clinique du traitement du tabagisme « Le poumon rose » EPIC	29/29	n.s.p.	X	X	X	(*)	
	Médecins omnipraticiens formés en counseling tabagique (env. 400)	Dans au moins 14/29	n.s.p.	X	n.s.p.	n.s.p.		
	Programme pour cesser de fumer du CH Mont-Sinaï	29/29	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	X	(*)	

Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 3^e bilan

Régions ¹	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type	Existe dans combien de territoires de CLSC	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	Service ou méthode publicisé	
	Devenir non-fumeur pour la vie – Institut thoracique de Montréal	29/29	n.s.p.	X	X	X	(*)	
	Programme de cessation du tabac – Hôpital général de Montréal	29/29	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	n.s.p.	(*)	
	Vivre mieux sans fumer – Centre Vivre mieux sans fumer	29/29	n.s.p.			X	(*)	
	Respirer à pleins poumons – Fédération des églises adventistes du 7 ^e jour	29/29	n.s.p.	X		X		
07	Programme « Santé sans fumée »	5/8	X	(*)	X	X	X	(*) Coût de 50 \$ pour deux territoires de CLSC et gratuit pour les trois autres
	Médecins en CLSC	2/8	X		X	X	X	
	Jeunes sans fumée	6/8	X		X	X		
08	Médecines parallèles	4/6	X	X	X	X	X (*)	(*) Dans le répertoire régional des services en cessation Guide et documentation
	Société canadienne du cancer	6/6		X	X	X	X	
09	Service individuel offert par un médecin à la clientèle du CLSC des Sept-Rivières à Sept-Îles	1/6	X	X	X	X		
10	Clinique d'arrêt tabagique	4/5	X	X	X	X	X	Gratuit
11	Unité de médecine familiale de Gaspé	1/6		X	X(*)	X		(*) Heures d'ouverture des CLSC ou UMF des CLSC Femmes enceintes Femmes enceintes
	CLSC de Pabok	1/6		X	X(*)	X	Peu	
	CH-CLSC-CHLD de la MRC de Denis-Riverin	1/6		X	X(*)	X	Peu	
12	« Ça vient de s'éteindre »	11/11	X	X	X	X	X	Pour les 12-17 ans
	Par l'animatrice du programme de groupe, par téléphone	11/11	X	X	X	X		
13	Counseling médical antitabagique	4/4	X	n.a.	RV	X	na	Sur rendez-vous
	Centre cardiovasculaire de Laval	4/4	+-	n.a.	RV	X	X	
	Méthode « Oxygène » – version individualisée	4/4	X	75\$	RV	X	X	
	Programme « À Laval, on fait un tabac », counseling antitabagique – intervention brève, professionnels de la santé et intervenants du réseau	4/4	X	n.a.	X	X	n.a.	
	Acupuncture	4/4	X	n.s.p.	RV	n.s.p.	X	
	Hypnothérapie	2/4	+-	n.s.p.	RV	n.s.p.	X	

Régions ¹	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type	Existe dans combien de territoires de CLSC	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	Service ou méthode publicisé	
14	Clinique tabac (médecin)	1/6	X	X	RV		X	Sur rendez-vous
	Médecines parallèles (hypnologue, homéopathe, acupuncture)	6/6	X	n.s.p.	n.s.p.		n.s.p.	
15	Aucun sauf après une consultation médicale avec timbres transdermiques	1/7	X	X	X			Horaire variable
	Par téléphone ou rencontre individuelle au CLSC	2/7	X	X	X	X		Horaire variable
	Suivi avant et après rencontres de groupe	1/7	X	X	X	X		Horaire variable
16	Centre anti-tabagisme Francine B.-Marsan	1/19	X		X	n.s.p.	X	
	Centre de naturothérapie	1/19	X		X	n.s.p.	X	
	Respirez à pleins poumons	1/19	X	X	X	X	X	
	Centre Vivre mieux sans fumer	1/19	X	X	X	X	X	
17	Guidelines for Reducing Tobacco Use	10/14	X	X	9-5	X	X	Gratuit
	How to quit smoking and stay quit	10/14	X	X	9-5	X	X	Gratuit
	Breathing Easy	14/14 (écoles)	X	X	9-3		X	Gratuit
18	<i>Counseling</i> par un professionnel de la santé	9/9	X	X		X	+-	

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

Tableau 5.4c Soutien à l'abandon du tabagisme : services (ou méthodes) de groupe, 1999-2000

Régions ¹	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type	Existe dans combien de territoires de CLSC	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	Service ou méthode publicisée	
01	Atelier « Oui, j'arrête ! »	8/8	n.s.p.	25 \$	X	X	X	
02	« Oui, j'arrête ! »	4/6	X	X	X	X	X	
	Forum patients donnés par des pharmaciens	4/6	X	X	X	X	X	
	Programme « J'éteins pour la vie » donné par Consultant Olympe	6/6	X		X	X	X	
	Programme « NICOT » donné par le Groupe de recherche d'aide psychosociale (GRAP)	6/6	X		X	X	X	
03	Clinique d'aide aux fumeurs	1/7	+-	+-	X	X	+-	Coût de base de 150 \$ et 25 \$ par rencontre individuelle supplémentaire De 150 \$ à 250 \$ par personne 6 séances, 225 \$ par personne De 25 \$ à 45 \$
	Méthode « Cesser de fumer et rester non-fumeuse/non-fumeur »							
	Programme « Santé sans fumée » « Respirez à pleins poumons », méthode de l'Église Adventiste			X			X	
	Programme d'intervention tabagique (PIT) Centre Vivre mieux sans fumer	1/7						
04	« Oui, j'arrête »	10/11	X	X	X	X	X	Adolescents
	« Le plan de 5 jours »	1/11	X	X	X	X	X	
	« Ça vient de s'éteindre »	11/11	X	X	X	X	X	
05	« Oui, j'arrête »	7/7	X	X	X	X	X	Femmes de 18-44 ans de faible revenu
	« Ça vient de s'éteindre »	7/7	X	X	X	X	X	
06	« Oui, j'arrête »	n.s.p./29	nsp	X	X	X	(*)	(*) Connu des deux lignes téléphoniques d'information et d'orientation
	« Programme pour cesser de fumer », Centre hospitalier Mont-Sinaï	29/29			X	X	(*)	
	« Devenir non-fumeur pour la vie », Institut thoracique de Montréal	29/29			X	X	(*)	
	Atelier de cessation du tabac, hôpital du Sacré-Cœur	29/29			X		(*)	
	Vivre mieux sans fumer – Centre Vivre mieux sans fumer	29/29			X		(*)	
	Santé sans fumée – Clinique médicale Brunswick	29/29			X		(*)	
	Respirer à pleins poumons – Fédération des églises adventistes du 7 ^e jour	29/29		X				

Régions ¹	Services ou méthodes	Disponibilité	Critères d'accessibilité					Remarques
	Nom ou type	Existe dans combien de territoires de CLSC	Proximité	Coûts	Horaire	Service ou méthode adapté	Service ou méthode publicisé	
07	Programme « Santé sans fumée »	6/8	X	(*)	X	X	X	(*) Coût de 50 \$ pour deux territoires de CLSC et gratuit pour les quatre autres Méthode non reconnue efficace en santé publique
	OBL – Poumons roses	2/8	X	75 \$	X		X	
	« Ça vient de s'éteindre »	6/8	X		X	X		
	« Jeunes sans fumée »	6/8	X		X	X		
08	« Bien respirer pour mieux vivre »	1/6	X	100 \$	X	X	X	
	« Oui, j'arrête ! »	4/6	X	X	X	X	X	
09	Oui, j'arrête !	3/6	X	X	X	X	X	
10	Programme « Devenir non-fumeur »	3/5	X	X	X	X	X	Gratuit
11	« Oui, j'arrête ! »	4/6	X	X	X	X	X	Aucun coût
12	« Oui, j'arrête ! »	11/11	X	X	X	X	X	
13	Méthode « Oxygène » - version groupe	4/4	X	45 \$	X	X	X	Clientèle spécifique En français seulement
	Programme « J'arrête pour la vie », Centre cardio-vasculaire de Laval	4/4	+-	185 \$	X	X	X	
	Programme de cessation de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Hors territoire	+-	95 \$	X	X	X	
	Groupe de soutien (animé par des bénévoles formés à cet effet)	4/4	X	0 \$	X	X	X	
	Groupe du Centre communautaire Val-Martin	1/4	X	n.s.p.	X	X	X	
14	« Oui, j'arrête ! »	5/6	X	30 \$			X	Disponibles dans les CAB
15	« Devenir non-fumeur pour la vie », Centre thoracique de Montréal	6/7	X	X	X	X	X	De 30 \$ à 50 \$, soir
16	« À vos marques, prêts, arrêtez ! »	18/19	X	X	X		X	
	Centre « La délivrance »	1/19	X		X		X	
	« Respirez à pleins poumons »	1/19	X	X	X		X	
	Centre « Vivre mieux sans fumer »	1/19	X	X	X	X	X	
17	Breathing Easy (Pauktutit)	14/14	X	X	9-5	X	X	Gratuit, en anglais
	How to quit smoking and stay quit	10/14	X	X	X	X	X	Sur demande
18	–	–						

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

Tableau 5.4d Promotion des services (ou méthodes) pour cesser de fumer, 1999-2000

Régions ¹	Moyens de promotion utilisés					Promotion de façon continue
	Inventaire sur demande	Inventaire dans des points de services	Matériel promotionnel	Publicité dans les médias	Autres	
01	Oui	Oui	Non	Oui	–	Oui Publicité ateliers « Oui, j'arrête ! » biannuelle dans les médias
02	Oui	Oui	Oui	Oui	Distribution d'une liste des ressources d'aide à l'arrêt tabagique aux organismes et établissements	Oui Hebdos, radio et télévision lors de « J'arrête, j'y gagne » et journée mondiale sans tabac et semaine
03	Oui	Oui	Oui	Oui	Distribution du guide de méthodes et ressources disponibles dans la région	Oui Durant la Semaine québécoise sans fumer, événements particuliers, formations, conférences, programmes santé du cœur, etc.
04	Oui	Oui	Oui	Oui	–	Oui Répertoire disponible toute l'année, publicité faite par les organismes prestataires de services
05	Non	Non	Oui	Non	Info-Santé CLSC	Oui ex : « Ça vient de s'éteindre », promotion faite dans 90 % des écoles
06	Oui	Oui	Non	Non	Site Internet de la DSP	Oui Promotion du « Point final », inventaire des ressources en cessation à Montréal, correspondance auprès des médecins
07	Oui	Oui	Oui	Oui	Publicité : concours « J'arrête, j'y gagne », lors d'interventions dans les lieux ciblés par la Loi sur le tabac, conférences ou formations s'adressant aux professionnels de la santé avec 700 envois de matériel publicitaire (dépliants et affiches)	Oui
08	Oui	Oui	Oui	Oui	Subvention pour ateliers de groupe offert aux org. comm. et établissements de santé	Oui Plan de communication
09	Oui	Oui	Oui	Oui	–	Oui
10	Oui	Oui	Oui	Oui	Journaux, Publisacs, casiers postaux, TV communautaire, dépliants et affiches dans des endroits stratégiques	Oui Plusieurs fois par année au niveau régional Planifiée en fonction de la Semaine québécoise sans fumée et des périodes où il y a moins d'achalandage dans les cliniques
11	Oui	Oui	Oui	Non	–	Oui Les CLSC font la promotion de leurs services au moment opportun
12	Oui	Oui	Oui	Oui	Auprès d'entreprises et dans les milieux de travail	Oui Médias, cabinets, kiosques
13	Oui	Oui	Oui	Oui	Publicité sur les panneaux électroniques de Laval, concours médiatisé « Défi cessation », ligne d'attente d'Info-Santé dans les quatre CLSC, etc.	Oui Au début de l'automne, de l'hiver et du printemps

Régions ¹	Moyens de promotion utilisés					Promotion de façon continue
	Inventaire sur demande	Inventaire dans des points de services	Matériel promotionnel	Publicité dans les médias	Autres	
14	Oui	Oui	Oui	Oui	Projet pilote Ligne téléphonique « Troquez vos trucs »	Oui Deux envois par année du dépliant « Une croisière sans fumée », achat de placements publicitaires 6/an
15	Oui (dans deux territoires)	Oui (dans un territoire)	Oui (dans cinq territoires)	Oui (dans cinq territoires)	Publicité dans Hebdo, cabinets de médecins, écoles, industries, radio locale, TV communautaire	Oui Publicité 2/an dans hebdos locaux, stands d'information, dans six CLSC
16	Oui	Oui	Oui	Oui	–	Oui Au cours d'événements médiatiques ponctuels, interventions diverses dans les milieux d'entreprises
17	Oui	Oui	Oui	Oui	–	Oui 2/an sur chacune des deux côtes
18	Non	Non	Oui	Oui	–	Oui Semaine des non-fumeurs
Total	15	16	16	15	9	18

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

Tableau 5.4e Accessibilité à au moins un service pour cesser de fumer dans tous les territoires de CLSC de la région et promotion continue de ces services par au moins un moyen, 1999-2000

Régions ¹	Service d'information et de référence	Service de <i>counseling</i> individuel	Service (ou méthode) de groupe	Promotion	
				Au moins un moyen	Façon continue
01	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
02 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
03	Oui	Non	Non	Oui	Oui
04 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
05 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
06 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
07	Oui	Non	Non	Oui	Oui
08	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
09	Oui	Non	Non	Oui	Oui
10 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
11	Oui	Non	Non	Oui	Oui
12 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
13 ²	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
14	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
15	Non	Non	Non	Oui	Oui
16	Oui	Non	Non	Oui	Oui
17	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
18	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Total	16	11	9	18	18

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

2. Région qui offre les trois types de services pour arrêter de fumer dans tous ses territoires de CLSC.

Faits saillants

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

Depuis l'année 1997-1998, des projets ayant trait à la prévention des blessures à domicile ont été réalisés dans la majorité des régions pour différents types de traumatismes. Le présent bilan permet de conclure que le premier objectif de l'expérimentation de cinq projets pilotes a été largement atteint. Par ailleurs, en rapport avec le second objectif, la démonstration de l'efficacité pour réduire les blessures elles-mêmes reste à faire.

En ce qui concerne la prévention des chutes dans les établissements, le *Guide de prévention des chutes en établissement*, mis au point dans la région de Québec, n'a toujours pas fait l'objet d'une évaluation au 31 mars 2000, comme le voulait l'énoncé de la priorité.

Pour une troisième année consécutive, des programmes d'application sélective (PAS) visant la conduite sans alcool ont été réalisés dans dix-sept régions du Québec. Ces interventions ont été menées au printemps et à l'automne de 1999. Le taux de conduite avec facultés affaiblies demeure conforme à celui attendu, soit moins de 1 % au moment de l'application de ce programme. De plus, quatre autres PAS ont été recensés dans les régions de l'Estrie (fixation de sièges d'enfant), du Nord-du-Québec (ceinture de sécurité), du Nunavik (VTT et motoneige) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (ceinture de sécurité et alcool).

En ce qui a trait aux législations et réglementations, rappelons que la grande majorité des lois et règlements indiqués dans les priorités nationales avaient été adoptés au 31 mars 1998 ou étaient en voie de l'être. À la même date, de nouvelles lois et de nouveaux règlements étaient en préparation. En conséquence, la contribution des équipes de santé publique a principalement consisté à sensibiliser les organismes responsables à l'importance de ces lois et règlements pour la sécurité et la prévention des traumatismes, à réaliser des études, à produire des avis et à préparer des mémoires pour des commissions parlementaires.

Enfin, pour l'année 1999-2000, les responsables en Montérégie ont collaboré à un comité intersectoriel portant sur l'élaboration d'un projet de loi concernant la sécurité relative aux piscines privées. Dans la région, on a également élaboré une politique municipale sur la gestion de l'alcool qui a été adoptée dans cinq municipalités.

6.1 Prévention des blessures à domicile

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

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

Méthode

Définition

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

Indicateur

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

Collecte des données

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

Résultats

Au 31 mars 2000, treize des dix-huit régions comptabilisaient vingt-deux projets mis en œuvre depuis 1997-1998. Ces projets se regroupent principalement sous deux populations visées au regard de la prévention des blessures à domicile, soit les personnes âgées et les enfants (cf. tableau 6.1 a).

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

À ce jour, un rapport d'évaluation est disponible pour huit des dix projets réalisés et évalués.

Discussion

Afin de porter un jugement sur l'efficacité des mesures présentées depuis le premier bilan et sur la pertinence de les étendre dans d'autres régions du Québec, le groupe responsable a effectué, pour le deuxième bilan, une analyse des projets réalisés et pour lesquels un document d'évaluation était disponible. L'analyse a porté sur dix projets pour lesquels une information suffisante était déposée (cf. tableau 6.1b).

Trois constats ressortent de cette analyse. Premièrement, presque tous les projets visent la prévention des blessures à domicile. Deuxièmement, les projets portent, en ordre d'importance, sur les catégories de déterminants suivants : les habitudes de vie, l'environnement physique et le système de services. Troisièmement, les projets sont surtout axés sur des méthodes d'éducation au regard de la santé.

L'analyse des projets se terminait avec la troisième collecte d'information. Aussi, trois nouveaux rapports d'évaluation ont été déposés (cf. tableau 6.1b). Deux rapports portent sur le processus d'implantation tandis qu'un autre aborde les facteurs de risque liés à la réduction des blessures.

Conclusion

Aucun projet ne permet d'obtenir des résultats probants sur la diminution des blessures et de définir des conditions nécessaires à une implantation généralisée.

Plus particulièrement en ce qui a trait aux résultats, un seul projet comportait un protocole, avec un groupe contrôle, qui semble adéquat. De même, un seul projet mesure le résultat attendu, soit la diminution des blessures ; cependant, les résultats ne sont pas significatifs et les informations transmises ne permettent pas de juger de la validité du devis. Trois autres projets ont évalué les effets de certains facteurs de risque. Enfin, toutes les évaluations sur la faisabilité ont conduit à des recommandations visant la bonification des programmes.

Quant à la généralisation des projets, les documents déposés ne permettent pas d'apprécier la portée des programmes et leurs répercussions financières pour l'ensemble du Québec. De plus, des informations précisant la durée des effets attendus et le suivi requis pour assurer leur pérennité seraient nécessaires pour soutenir cette généralisation.

En conclusion, en ce qui concerne les objectifs de la prévention des blessures à domicile, on constate qu'il y a eu effectivement expérimentation et évaluation de plus de cinq projets pilotes. Néanmoins, la démonstration de l'efficacité eu égard à la cible finale – les blessures – reste à faire. Le troisième bilan maintient donc les conclusions de l'année précédente, à savoir que le travail relatif à l'évaluation doit se poursuivre pour soutenir la prise de décision quant à l'application des mesures dans toutes les régions du Québec. Dans cette optique, il convient d'envisager de mettre en place l'ensemble des conditions nécessaires à l'évaluation des effets notamment au regard de la durée et du financement des projets.

Tableau 6.1a Projets pilotes en prévention des blessures à domicile, de 1997 à 2000

Régions ¹	Nombre de projets pilotes	Année de la mise en œuvre	Catégories					Population			État de réalisation ²	Information telle qu'elle est rapportée par les répondants					Commentaire	
			Intoxi-cation	Brûlu-res	Chutes	Noya-des	Suffo-cation	Enfants	Aînés	Autres (préciser)		Obj. d'interv.	Rapport d'implan-tation	Obj. d'éval.	Devis d'éval.	Rapport d'évalua-tion		Autres (préciser)
01	1	97-98	x	x	x		x	x			R, E	x		x	x	x (1999)		
02	1	97-98			x				x		R, E					x (1999)		
03	1	97-98	x	x	x	x	x	x			V	x						
04	1	97-98			x				x		R, E	x	x	x		x (1999)		
	1	97-98	x					x			R, E	x	x	x		x (1999)		
	1	99-00			x				x		A							
05	1	97-98			x				x		R,E	x	x	x	x	x (2000)		
06	1	97-98			x				x		R, E	x	x	x	x	x (1999)		
	1	98-99	x	x	x		x	x			R, E	x				x (2000)		
07	1	97-98	x	x	x		x	x			R, E	x	x				x	Réalisation d'une vidéo
	1	97-98	x	x	x				x		R, E	x						
08																		
09																		
10																		
11	1	97-98			x				x		R,E	x	x	x	x	x (2000)		
12	1	98-99	x	x	x		x			Femme	V	x					x	
	1	99-00							x		V							
13	1	97-98			x				x		V	x		x	x			
14	1	97-98			x				x		(intégré à 99-00)	x					Résultats prélimi-naires	
	1	99-00			x				x		V	x						
15																		
16	1	97-98				x		x			R	x	x					
17	1	97-98	x	x	x	x	x	x			R	x						
	1	97-98			x			x			A							
	1	98-99	x	x	x	x	x			Étudiants sec. III	R							
	1	98-99		x				x	x		R							
18																		

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

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

Tableau 6.1b Documentation reçue sur les projets pilotes visant la prévention des blessures à domicile, 1999-2000

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

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

6.2 Prévention des blessures dans les établissements

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

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

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

6.3 Programmes d'application sélective

Que dans toutes les régions du Québec, soient régulièrement mis en œuvre des programmes d'application sélective (PAS) visant notamment la conduite sans alcool et le port du casque à vélo¹.

Qu'au moment de l'application de ces programmes, on observe un pourcentage inférieur à 1 % de conduite avec alcool et un taux de 40 % du port du casque à vélo.

Méthode

Définition

Un programme d'application sélective (PAS) est une action concertée et intensive réalisée au moyen d'activités visant à faire adopter ou à modifier un comportement dans une population. Il comprend habituellement un volet médiatique, jumelé à une intervention policière, et comporte quatre éléments :

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

Indicateur

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

Collecte des données

Les données concernant les PAS sur l'alcool proviennent de la Société de l'assurance automobile du Québec.

Résultats

En mai-juin et en novembre-décembre 1999, des PAS sur l'alcool au volant ont été réalisés dans dix-sept régions du Québec (cf. tableau 6.3).

Au printemps, une région, soit le Bas-Saint-Laurent, présentait une proportion de conducteurs avec facultés affaiblies (1,3 %) qui était supérieure à l'objectif fixé de 1 %. À l'automne, la région Nord-du-Québec dépassait le seuil maximum attendu avec un taux

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

de 45,5 %. Ce chiffre doit cependant être interprété avec une grande prudence, car il porte sur un très petit nombre (11) de conducteurs interpellés.

L'information recherchée concernait également la mise en œuvre de PAS autres que l'alcool. Selon les données recueillies, quatre projets ont eu lieu au cours de l'année 1999-2000 : un PAS sur la fixation des siège d'enfant dans la région de l'Estrie, un PAS sur le port de la ceinture de sécurité dans la région du Nord-du-Québec, un PAS sur les véhicules tout-terrain et les motoneiges dans la région du Nunavik et un PAS sur le port de la ceinture de sécurité et sur l'alcool dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Conclusion

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

Tableau 6.3 Programme d'application sélective (PAS), de 1997-1998 à 1999-2000

Régions ¹	PAS sur l'alcool en 1997	PAS sur l'alcool en 1998		PAS sur l'alcool en 1999		Autres PAS en 1999-2000
	Taux (%) de conduite avec alcool Mai-octobre	Taux ² (%) de conduite avec alcool Mai-juin	Nov.-déc	Taux (%) de conduite avec alcool Mai-juin	Nov.-déc.	
01	0,6	0,5	0,9	1,3	0,5	
02		0,7	0,6	0,7	0,2	
03		0,4	0,4	0,4	0,3	
04a		0,5	0,3	0,3	0,3	
04b		0,4	0,4	0,2	0,2	
05		0,5	0,4	0,4	0,6	Fixation de sièges d'enfant
06	0,4	0,7	0,3	0,4	0,3	
07		0,4	0,4	0,4	0,1	
08	0,7	0,8	0,7	0,7	0,0 (< 0,1)	
09		0,6	0,4	0,6	1,0	
10	6,0	1,1	0,7	0,7	45,5 ³	Ceinture de sécurité
11		1,3	0,7	1,0	Aucun	
12	1,3	0,5	0,5	0,3	0,2	
13	0,3 (05/97) et 0,6 (10/97)	n.d.	1,0	0,1	0,0 (< 0,1)	
14	0,3	0,4	0,3	0,3	0,6	
15		0,5	0,4	1,0	0,4	
16	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	
17						VTT et motoneige
18		Aucun	Aucun	n.d.	n.d.	Ceinture de sécurité et alcool
Total		0,5	0,4	0,4	0,3	
Nombre de régions	8	17	17	17	16	

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

2. Nombre de conducteurs dépassant la limite légale d'alcoolémie mesurée à l'alcootest par 100 conducteurs et interceptés au moment des barrages routiers.

3. Il s'agit d'un très petit nombre de conducteurs interpellés et testés (11) : à interpréter avec une grande prudence.

6.4 Législation et réglementation

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

Législation et réglementation provinciales

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

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

Maintien d'une réglementation

La réglementation actuelle sur l'équipement protecteur requis pour la pratique du hockey sur glace est maintenue telle quelle, à la demande notamment du réseau de la santé publique.

Nouvelles lois et réglementations

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

Entrée en vigueur de lois et de règlements

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

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

Ajouts législatifs en préparation

Le ministre des Transports a tenu une commission parlementaire sur des modifications au Code de la sécurité routière, à savoir :

- de nouvelles dispositions pour l'alcool ;
- des dispositions pour le patin à roues alignées ;
- l'obligation du port du casque à vélo ;

- une modification sur le virage à droite au feu rouge ;
- une disposition pour le contrôle de la vitesse par photo-radar.

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

Piscines résidentielles

La Direction de la santé publique de la Montérégie a représenté le réseau des directions de la santé publique à un comité de travail intersectoriel portant sur l'élaboration d'un projet de loi qui prévoit l'adoption d'un règlement sur la sécurité relative aux piscines privées applicable à l'ensemble des municipalités.

Réglementation municipale

Peu d'activités en région ont été réalisées dans des dossiers qui font notamment appel à l'approche d'intervention axée sur la réglementation en milieu municipal (exemples : aires de jeu, morsures de chien, noyades en piscine résidentielle, circulation en motoneige, véhicules tout-terrain, aménagement de corridors récréotouristiques). En terminant, mentionnons qu'en Montérégie, une politique municipale sur la gestion de l'alcool a été élaborée puis adoptée dans cinq municipalités.

priorité

6a

LES TRAUMATISMES INTENTIONNELS:

La violence envers les personnes



Faits saillants

Les résultats attendus quant à la priorité relative aux traumatismes intentionnels : la violence envers les personnes sont :

- la réalisation d'une campagne nationale de sensibilisation à la violence faite aux femmes ;
- la mise en place de projets pilotes ou d'initiatives visant la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence envers les personnes ;
- la conception et la mise en application dans toutes les régions de protocoles de référence interorganismes.

La deuxième année de la campagne nationale de sensibilisation à la violence faite aux femmes s'est déroulée entre décembre 1999 et avril 2000. Douze régions y ont participé. Dans onze régions, on poursuivait ainsi le travail entrepris au cours de la phase I de la campagne et, dans une région, on y participait pour la première fois. Parmi les dix régions qui ont spécifiquement mentionné avoir distribué du matériel de promotion national, la moitié ont distribué seulement les affiches de la phase II. Cinq régions rapportent avoir produit du matériel régional lié à la phase II de la campagne nationale.

Dans six régions, on a implanté neuf nouveaux projets pilotes ou initiatives, soit dix-sept de moins que l'an dernier. Il y a toujours deux régions où l'on ne signale ni projet pilote ni initiative depuis le début du suivi de l'implantation des priorités nationales. Plus de 80 % des projets pilotes ciblent les jeunes.

Au Québec, 78 protocoles sont maintenant en application. Donc treize régions s'appliquent un ou plusieurs protocoles de référence interorganismes et, dans six régions, ces protocoles couvrent l'ensemble du territoire. Selon les réponses obtenues, il appert que 76 % de ces ententes prévoient un mécanisme de formation et 66 %, un mécanisme d'évaluation.

Le questionnaire a été rempli dans l'ensemble des régions. En revanche, dans une région, on mentionne n'avoir aucune donnée disponible étant donné qu'il n'y avait pas eu de personne attirée au dossier violence cette année.

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

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

Méthode

Définition

La campagne de sensibilisation nationale comprend :

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

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

Indicateurs

- Nombre de régions où ont été réalisées une ou des activités en rapport avec la campagne de sensibilisation ;
- nombre de régions où a été produit du matériel régional lié à la campagne de sensibilisation ;
- nombre de régions où ont été utilisés les résultats du sondage Étude de perception à l'endroit de la violence faite aux femmes, SOM, 1997 ;
- nombre de régions où ont été utilisés les résultats du sondage Étude de perception à l'endroit de la violence faite aux femmes, SAINE Marketing, 1999 ;
- nombre de régions ayant un responsable du dossier de la violence envers les personnes dans ses aspects promotion-prévention.

Collecte des données

Les données proviennent d'un questionnaire rempli en région par des personnes intervenant en matière de violence envers les personnes.

Résultats

Au niveau national

Les activités de la deuxième année de la campagne nationale de sensibilisation à la violence faite aux femmes ont débuté le 3 décembre 1999 et se sont terminées en avril 2000. Pour cette année, les activités visaient plus particulièrement les jeunes et, dans

une moindre mesure, la population en général. Tout en définissant les différentes formes de violence comme c'était le cas dans la phase I, cette nouvelle phase visait également à introduire la promotion des rapports égalitaires entre les garçons et les filles.

La phase II de cette campagne coordonnée par le MSSS a été lancée par la diffusion, dans les salles de cinéma, d'un message en français de 56 secondes. De plus, un message publicitaire de 30 secondes en français et en anglais a été diffusé sur les ondes de quatre chaînes de télévision.

La station de télévision Musique Plus, en plus de diffuser le message publicitaire, a aussi lancé un concours où les jeunes étaient invités à soumettre, sous forme de bandes dessinées, d'écrit ou de graffiti, des solutions à la violence et à formuler des façons de promouvoir des rapports égalitaires.

Une affiche a en outre été réalisée et produite en 2 500 exemplaires. Cette affiche reprenait le thème de la campagne ainsi qu'une reproduction photographique de différentes scènes du message télévisé.

En collaboration avec le ministère de l'Éducation, un ensemble d'activités à caractère pédagogique centrées sur la prévention de la violence ont été conçues, dont la publication de trois articles dans le magazine *Jeunesse* en décembre 1999, février 2000 et avril 2000. De plus, un bulletin de liaison leur suggérant une activité d'apprentissage à réaliser avec leurs élèves a été envoyé aux enseignantes et enseignants.

Au niveau régional

Pour la période 1999-2000, les répondants de douze régions déclarent des réalisations au cours de cette deuxième phase de la campagne. Dans onze de ces régions, le travail amorcé l'an dernier s'est poursuivi et, dans une, il s'agissait de la première année de participation à cette campagne. Dans quatre régions, on ne poursuit pas le travail entrepris l'an dernier (*cf.* tableau 6a.1).

En 1999-2000, des activités régionales liées à la campagne de sensibilisation ont été réalisées dans neuf régions. Dans la moitié des cas, il s'agissait d'activités de relations publiques afin de renforcer le contenu du message à l'échelle régionale et de promouvoir les ressources du milieu. De plus, des activités de sensibilisation et de formation ont été tenues. Dans une région, on mentionne une action particulière afin d'adapter le message aux différentes communautés culturelles de son territoire (*cf.* tableau 6a.1).

Production de matériel régional

Du matériel régional, tel que bottin de ressources ou bilans régionaux, a été produit dans cinq régions (*cf.* tableau 6a.1).

Utilisation du sondage SOM 1997

Les résultats du sondage SOM 1997 ont été utilisés dans neuf régions. Dans deux régions, on n'a pas répondu. Pour le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, la question est non pertinente parce qu'un tel sondage n'est pas représentatif de la réalité socioculturelle du territoire. Dans une région, on mentionne ne pas connaître ce sondage. Dans les régions où ils ont été utilisés, les résultats de ce sondage ont servi de trois

façons : comme élément de contenu pour certains événements (colloques, sessions de formation et rapport d'évaluation), comme information de base diffusée auprès des partenaires lors des tables de concertation et, enfin, comme information stratégique pour décider du plan de communication des campagnes régionales (cf. tableau 6a.1).

Utilisation du sondage de SAINE Marketing 1999

Les résultats du sondage SAINE Marketing 1999 qui en fait reprenait les questions de celui de SOM 1997, ont été utilisés dans deux régions, et ce, à titre d'outil d'information de base diffusé auprès des partenaires. Dans cinq régions on n'a pas répondu. Pour le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, la question n'est pas pertinente, car un tel sondage n'est pas représentatif de la réalité socioculturelle du territoire. Dans quatre régions, on mentionne ne pas connaître ce sondage (cf. tableau 6a.1).

Responsable régional

On dénombre treize régions où un responsable du dossier de la violence est chargé des volets de la promotion et de la prévention, soit trois de moins que l'an dernier. Dans cinq régions, on déclare ne pas en avoir.

Discussion

En matière de prévention de la violence, les seules interventions évaluées qui sont considérées comme efficaces ont nécessité la collaboration des différents secteurs visés. Cette condition essentielle de réussite est bien démontrée dans le cadre de la Campagne nationale de sensibilisation à la violence faite aux femmes, et ce, tant au niveau national qu'au niveau régional.

Les raisons invoquées dans les quatre régions où on a cessé de participer à cette campagne sont le manque de ressources humaines, la priorité d'une autre cible pour une campagne régionale ou la décision de la Table intersectorielle régionale. En effet, dans une région, on a mentionné ne pas avoir participé à cette deuxième phase parce que celle-ci contenait des messages contradictoires. Pour une autre région, cette campagne n'était pas adaptée à la réalité des communautés autochtones.

Un dernier sondage sur la perception à l'endroit de la violence faite aux femmes est prévu pour mesurer les changements de perception et les taux de pénétration du message diffusé au cours de la phase II de la campagne.

Conclusion

En 1997-1998, dans douze régions, on a réalisé au moins une activité. Dans la moitié des cas, il s'agissait d'études ou de la mise en place de stratégies et de plans d'action. En 1998-1999, la campagne s'est enclenchée avec les actions dans seize régions. En 1999-2000, cette deuxième phase de la campagne n'a regroupé que douze régions.

Une seule région n'a pas, en date du 31 mars, participé à une phase ou l'autre de la campagne, les résultats sont ainsi presque atteints. La troisième phase de la campagne nationale sera donc réalisée telle qu'elle avait été prévue.

Tableau 6a.1 Sensibilisation au phénomène de la violence faite aux femmes, 1999-2000

Régions ¹	Responsable promotion/prévention (depuis)	RÉALISATION D'ACTIVITÉ		TYPES D'ACTIVITÉ			Utilisation du sondage SOM	Utilisation du sondage SAINÉ Marketing
		1998-1999	1999-2000	Distribution de matériel national	Production de matériel régional	Autres activités régionales liées à la campagne		
1	1987	Oui	Oui	Affiches	Non	Non	Oui	Oui
2	1998	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Ne connaît pas ce sondage
3	1994	Oui	Oui	Affiches	Oui Élaboration d'un bilan des actions en promotion/prévention et des besoins en formation	Tournée des tables de concertation afin de renforcer le message de prévention de la campagne	Oui	Ne connaît pas ce sondage
4	Il n'y en pas	Non	Oui	Affiches	Bottin des ressources	Tournée médiatique et promotion des ressources régionales	Oui	n.r.
5	1994	Oui	Non	Affiches	Non	Non	Oui	Oui
6	1995	Oui	Oui	Oui	Oui Adaptation de la campagne auprès des communautés culturelles	Activités de relations publiques, organisation d'un sondage auprès des jeunes, activités de sensibilisation des jeunes, des parents et des intervenants jeunesse	Oui	Non
7	Il n'y en a pas	Oui	Oui	Affiches	non	Non	n.r.	n.r.
8	1991	Oui	Oui	Affiches	non	Non	Oui	Ne connaît pas ce sondage
9	1979	Oui	Oui	Affiches	Oui Diffusion d'un message à la radio communautaire	Oui	Non	Non
10	1993	Oui	Oui	Non	Oui Distribution d'un guide des ressources et de cartes ressources	Activités de sensibilisation, de formation et d'information	n.r.	n.r.

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

Régions ¹	Responsable promotion/prévention (depuis)	RÉALISATION D'ACTIVITÉ		TYPES D'ACTIVITÉ			Utilisation du sondage SOM	Utilisation du sondage SAINÉ Marketing
		1998-1999	1999-2000	Distribution de matériel national	Production de matériel régional	Autres activités régionales liées à la campagne		
11	Il n'y en a pas							
12	1999	Oui	Non	Non	Non	Non	Ne connaît pas ce sondage	Ne connaît pas ce sondage
13	2000	Oui	Non	Non	Non	Non	n.a.	n.a.
14	1996	Oui	Oui	Affiches	Non	Non	Oui	Non
15	2000	Oui	Oui	Affiches	Non	Conférence de presse	Non	n.r.
16	1997	Oui	Oui	Affiches	Non	Animation d'activités de sensibilisation et de renforcement de la phase II de la campagne	Oui	n.r.
17	Il n'y en a pas	Oui	Oui	n.r.	Non	Rencontre du comité consultatif régional afin de se doter de recommandations d'actions	n.a.	n.a.
18	Il n'y en a pas	Non	Non	La campagne n'est pas adaptée à notre région	Non	Non	Non	Non

6a.2 Promotion des comportements pacifiques et prévention de la violence envers les personnes

Que d'ici 2002, toutes les régions du Québec aient mis sur pied des projets pilotes ou des initiatives ayant pour objet la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence envers les personnes.

Méthode

Définition

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

Indicateur

Nombre de régions ayant mis sur pied des projets pilotes de prévention de la violence et de promotion du pacifisme correspondant à la définition précédente.

Collecte des données

Les données proviennent d'un questionnaire rempli, dans les régions, par des personnes intervenant en matière de violence envers les personnes.

Résultats

En 1999-2000, neuf nouveaux projets pilotes ou initiatives ont vu le jour dans six régions. Dans dix régions, on déclare ne pas avoir expérimenté de projet.

Dans deux régions seulement on mentionne l'absence de projets pilotes ou d'initiatives depuis le début du suivi de l'implantation des priorités nationales. La population privilégiée au cours des trois périodes d'observation vise les jeunes ; en 1999-2000, près de 80 % de tous les projets s'adressaient à eux (cf. tableau 6a.2).

Parmi les projets qui ciblent les jeunes, quatre se déroulent en milieu scolaire et s'adressent aux enseignants et aux jeunes, un aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires, deux au personnel des milieux sportifs et de loisirs. Les autres projets ciblent les personnes âgées et le traitement de la violence dans les médias. Ces catégories ne s'excluent pas mutuellement, car des projets visent parfois plus d'une population cible (cf. tableau 6a.2). Parmi les neuf projets pilotes répertoriés ici, un seul est en cours et quatre ont été réalisés. Les autres projets sont en phase de démarrage ou de développement et un est en voie d'évaluation. Nous

ne disposons pas d'information permettant de décrire l'état d'avancement d'un projet (cf. tableau 6a.2).

Discussion

Le tiers des projets pilotes mentionnés en 1999-2000 concernent la prévention des agressions sexuelles chez les jeunes. Une nouvelle thématique s'ajoute cette année aux sept thèmes exploités au cours des années antérieures, soit le traitement de la violence par les médias.

Des projets sur la prévention de la violence et le règlement pacifique des conflits ont été expérimentés dans une région. Enfin, un projet portant sur la violence faite aux personnes âgées est mis en place dans une région.

Plus du tiers des projets pilotes ont été financés par des directions de santé publique. Un projet n'a reçu aucun financement particulier et, pour deux autres projets, la question de la source de financement est demeurée sans réponse.

Le bilan ne permet pas de connaître les suites données aux projets. Pour la troisième année d'évaluation, nous avons demandé des rapports d'évaluation mais nous n'en avons reçu aucun.

Un projet pilote, pour être retenu, doit être innovateur et expérimental. Les projets portant sur la prévention de la violence et la promotion des comportements pacifiques doivent dépasser l'étape d'expérimentation. Les projets considérés comme efficaces devront être généralisés.

Les conditions de succès¹ des projets en matière de prévention de la violence sont la concertation intersectorielle, la participation de plusieurs partenaires, la diversité des moyens d'action, la prise en considération de la dynamique des rapports homme-femme dans le choix des moyens d'action, l'assurance que le projet bénéficiera d'un soutien financier adéquat pendant plusieurs années et son insertion dans un plan d'action plus large. L'analyse des données recueillies ne permet pas de savoir si les projets pilotes expérimentés ont bénéficié de ces conditions.

Conclusion

En date du 31 mars 2000, eu égard à la définition de projet pilote (innovateur et expérimental), l'absence de tels projets ne visait que deux régions. Le résultat attendu fixant l'échéance en 2002 pour entreprendre un projet novateur, nous ne sommes donc pas très loin de l'atteindre. Plusieurs projets s'adressent aux jeunes, ce qui constitue une bonne avenue de prévention. Nous ne disposons d'aucune information concernant l'efficacité et le potentiel de généralisation des projets expérimentés.

1. Service de la condition féminine, *Promotion et prévention en matière de violence conjugale. Une démarche d'évaluation*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 1999.

Tableau 6a.2 Portrait des projets pilotes et des initiatives en promotion des comportements pacifiques et en prévention de la violence envers les personnes, 1999-2000

Régions ¹	NOMBRE DE PROJETS		PORTRAIT DES PROJETS PILOTES RÉALISÉS EN 1999-2000					
	1998-1999	1999-2000	Descriptif	Problématique visée	Population cible	Financement	État d'avancement	Nombre de personnes rencontrées
1	1	1	Projet éducatif	Agression à caractère sexuel	Jeunes des 3 ^e et 4 ^e années du secondaire	12 000 \$ de l'enveloppe Promotion et prévention	En évaluation	1 500
2	3	0						
3	4	1	Étude	Enfants exposés à la violence conjugale et facteurs de protection qui freinent la reproduction intergénérationnelle	Intervenantes et intervenants auprès des enfants exposés à la violence conjugale	215 000 \$ de Justice Canada	En démarrage	n.d.
4	0	0						
5	1	1	Projet éducatif	Prévention de l'agression sexuelle chez les adolescents	Adolescents d'une école secondaire	9 000 \$ du programme d'action concertée	Projet en évaluation	± 100
6	2	0						
7	0	0						
8	n.s.p.	0						
9	3	2	Programme de formation Programme de formation	1. Violence à l'endroit des personnes âgées 2. Agressions sexuelles et violence dans les milieux de loisirs et de sports	1. Intervenants du réseau SSS 2. Organismes de loisirs et de sports	1. n.r. 2. 4 000 \$	1. En cours 2. En cours	1. ± 110 2. n.d.
10	0	0						

Régions ¹	NOMBRE DE PROJETS		PORTRAIT DES PROJETS PILOTES RÉALISÉS EN 1999-2000					
	1998-1999	1999-2000	Descriptif	Problématique visée	Population cible	Financement	État d'avancement	Nombre de personnes rencontrées
11	1	n.r.						
12	0	0						
13	0	n.r.						
14	2	0						
15	6	2	Projet éducatif Projet éducatif	1. Règlement pacifique des conflits 2. Prévention de la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes	1. Personnels et élèves des écoles primaires 2. Élèves de 5e et 6e années du primaire	1. 3 000 \$ de la DSP 2. 0 \$	1. Terminé 2. Terminé	1. 400 2. ± 150
16	2	2	Élaboration et implan-tation de politiques Étude	1. Prévention de la violence et des agressions sexuelles dans les sports et les loisirs chez les jeunes 2. Traitement de la violence dans les médias	1. Personnel et bénévoles des milieux sportifs et de loisirs 2. Milieu journalistique et organismes travaillant auprès des victimes de violence	1. 11 500 \$ de la DSP et 50 000 \$ de Justice Canada 5 000 \$ du MSSS 2. 18 300 \$ de la DSP	1. En dévelop-pement 2. Recherche terminée	1. n.s.p. 2. ± 150
17	1	0						
18	0	0						
Total	26	9						

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

Tableau 6a.2.1 Projets pilotes selon le type de violence¹ pour les années 1997-1998, 1998-1999 et 1999-2000

Régions ²	Agressions sexuelles ³	Jeunes en milieu scolaire	Relations amoureuses	Conjugale	Territoriale	Familiale	Travail	Aînés	Traitement média
01	1	1	1						
02		3							
03		1		4	4		1	1	
04									
05		2		1					
06		2	2		4				
07		1							
08			1						
09	1	2		2				1	
10									
11			1						
12			1						
13			1						
14		2							
15		5	1			2			
16	1	2	1	3	2	2			1
17				1					
18		1		1					
Total	3	22	9	12	10	4	1	2	1

1. Pour l'année 1999-2000, les projets ont été classés selon le principal type de violence abordé par le projet et en fonction des milieux de vie ou des populations auxquels il s'adresse. Aucun changement n'a été fait pour les projets des années antérieures.

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

3. Nouvelle catégorie en 1999-2000.

6a.3 Protocole de référence interorganisme

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

Méthode

Définition

Par protocole, on entend une entente formelle entre des organismes (gouvernementaux, institutionnels et communautaires) visant la coordination et la concertation des actions pour venir en aide aux personnes victimes de violence. Il existe trois types de protocoles :

- le protocole sociojudiciaire vise particulièrement l'offre de service dans le cadre du processus judiciaire criminel et est habituellement signé entre les corps policiers et les maisons d'aide et d'hébergement, les centres de femmes ou le CAVAC (centre d'aide aux victimes d'acte criminel) ;
- le protocole de suivi psychosocial vise particulièrement l'offre de service de nature psychosociale et est habituellement signé entre les corps policiers et les CLSC ;
- le protocole de référence psychosocial et sociojudiciaire est celui qui décrit les procédures usuelles d'accueil, d'intervention et de suivi dans les organismes auxquels font appel les femmes violentées et agressées ainsi que les modalités de référence et de collaboration entre les organismes. Ce protocole peut comprendre plusieurs ressources, notamment les CLSC, les maisons d'aide et d'hébergement, les corps policiers, les CAVAC centres de femmes et les CALACS (centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel).

Indicateurs

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

Collecte des données

Les données proviennent d'un questionnaire rempli, dans les régions, par des personnes intervenant en matière de violence envers les personnes.

Résultats

Les protocoles de référence interorganismes en application

En 1999-2000, des protocoles interorganismes étaient en application dans treize régions. L'ensemble du territoire est couvert dans six de ces régions. À titre comparatif, pour l'année 1998-1999, de tels protocoles s'appliquaient dans dix régions. Pour quatre de ces régions, les ententes couvraient l'ensemble des territoires de CLSC (cf. tableau 6a.3.1).

Au Québec, 78 protocoles sont en application et, dans plusieurs régions, d'autres en sont à l'état de projets dont l'avancement est variable.

L'étendue des territoires couverts par les protocoles s'avère relativement complexe à cerner. Dans certaines régions, tous les organismes visés souscrivent à la même entente. Pour d'autres régions, les ententes sont de divers types et couvrent certaines parties du territoire de CLSC. De plus, le découpage local de certains territoires occasionne l'application de plus d'un protocole. En 1999-2000, nous avons néanmoins tenté de connaître le pourcentage de territoire de CLSC couvert par un protocole (cf. tableau 6a.3.1).

Les types de protocoles

Les protocoles en application concernent le suivi sociojudiciaire dans 33 % des cas, répartis dans cinq régions. Le suivi psychosocial constitue 13 % des protocoles en application dans quatre régions. Pour sept protocoles, il n'y a pas de précision quant aux types de protocoles. Enfin, près de 45 % de l'ensemble des protocoles en application est de type psychosocial et sociojudiciaire (cf. tableau 6a.3.1).

Évaluation et formation

L'évaluation des mécanismes de l'entente et la formation des intervenants et intervenantes sont des conditions essentielles de réussite de ces ententes¹. Selon les réponses obtenues, il appert que 66 % de ces ententes prévoient un mécanisme d'évaluation et 76 %, de la formation. Ces résultats s'avèrent très encourageants (cf. tableau 6a.3.1).

Violence envers les aînés

Dans une région, on poursuit l'application de protocoles ayant pour population cible les personnes âgées victimes d'abus et de violence. Près de 40 % des territoires de CLSC de cette région sont couverts par ce type d'entente (cf. tableau 6a.2.2).

Discussion

Comme il était mentionné dans les deux bilans précédents, l'absence d'ententes formelles (protocoles) ne signifie nullement qu'aucune intervention concertée et efficace n'est menée afin de venir en aide aux personnes victimes de violence. Dans plusieurs

1. H. CADRIN, F. ALARY ET M.-J. PINEAULT, *Le Protocole sociojudiciaire en matière de violence conjugale du Bas-Saint-Laurent : Conception, mise en œuvre, expérimentation et évaluation*, décembre 1999.

régions, on mentionne des activités en matière de violence telles que des tables de concertation et la diffusion de bottins de ressources.

Pour cette troisième année, nous avons demandé une copie des protocoles actuellement en application dans les régions. À la lecture de plusieurs de ces ententes, nous constatons que leur contenu permet d'obtenir un profil plus exact des modalités d'ententes, des tâches et des responsabilités des signataires.

Au cours des prochaines années, il y aurait lieu de connaître le nombre de personnes qui se sont prévaluées des services d'orientation pour les victimes et qui ont eu recours aux services offerts par les organismes mobilisés par les protocoles. Nous avons peu d'information concernant l'utilisation des protocoles pour les femmes victimes ainsi que sur les différentes actions des intervenants des organismes signataires de ces ententes.

Conclusion

En 1997-1998, dans huit régions s'appliquaient des protocoles interorganismes et, dans trois d'entre elles, l'ensemble du territoire était couvert. En 1998-1999, c'était dix régions où s'appliquaient de tels protocoles et, dans quatre de ces régions, l'ensemble du territoire était couvert. En 1999-2000, on en compte treize, dont six où l'ensemble du territoire est couvert.

On observe ainsi des progrès d'année en année quant à l'amélioration de la couverture des territoires par les protocoles de référence interorganismes.

Tableau 6a.3.1 Protocoles de référence interorganismes en application, 1999-2000

Régions ¹	Nombre de protocoles en application	TYPES			% du territoire de CLSC couvert par un protocole	Évaluation prévue %	Formation prévue %	DATE D'ÉCHÉANCE PRÉVUE	
		Sociojudiciaire	Psychosocial	Psychosocial et sociojudiciaire				OUI	NON
1	11	8		3	100 %	100 %	50 %		x
2	1	1			17 %	100 %	100 %		x
3	8		2	6	100 %	37,5 %	75 %		x
4	10			10	n.d.	40 %	10 %		x
5	7				n.d.	0 %	71 %		
6	7	1	6		100 %	71 %	28 %		
7	2		1	1	50 %	0 %	n.s.p.		x
8	1	1			20 %	100 %	n.s.p.		x
9	6	6			100 %	100 %	100 %		x
10	0								
11	n.r.								
12	11	9	1	1	100 %	100 %	73 %	x	x
13	n.r.								
14	1			1	100 %	100 %	100 %		
15	1			1	14 %	100 %	100 %		
16	12			12	84 %	100 %	100 %		
Total	78	26	26	10					

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

priorité

6b

LES TRAUMATISMES INTENTIONNELS:

Le suicide



Faits saillants

Cette année, deux résultats sont attendus quant au suicide : le taux de suicide au Québec et le nombre de projets pilotes financés en prévention du suicide.

Les données les plus récentes sur la mortalité attribuable au suicide portent sur l'année 1998. Sans égard au sexe, le taux de suicide cette année-là était de 18,7 par 100 000 habitants comparativement à 18,9, 20,1 et 19,9 personnes respectivement pour 1997, 1996 et 1995. Relativement au sexe, le taux de suicide était, en 1998, trois ou quatre fois plus élevé chez les hommes (29,4 personnes) que chez les femmes (8,4 personnes).

Au chapitre des projets pilotes d'intervention ou d'évaluation du suicide, dix-sept étaient financés en 1999, dans onze régions. Les populations visées étaient principalement les personnes à risque pour ce qui est du suicide ou de la tentative de suicide. La population masculine était particulièrement visée par ces projets mais aussi les jeunes dans leur ensemble.

6b.1 Taux de suicide au Québec

Que, d'ici 2002, la progression du taux de suicide soit ralentie.

Méthode

Définition

Le suicide est défini comme un acte posé par l'individu pour se donner la mort. Le nombre de décès attribuables au suicide provient des fichiers du Bureau du coroner du Québec.

Indicateur

Taux de suicide au Québec.

Collecte des données

Les données obtenues sont tirées directement des fichiers de l'Institut de la statistique du Québec et du MSSS. Pour l'évaluation, la période étudiée va de 1995 à 1998.

Résultats

Les données les plus récentes sur la mortalité attribuable au suicide couvrent l'année 1998. Sans égard au sexe, le taux de suicide était cette année-là de 18,7 par 100 000 habitants. En 1997, 1996 et 1995, ce taux était respectivement de 18,9, 20,1 et 19,9 personnes. En 1998, le taux de suicide était trois ou quatre fois plus élevé chez les hommes, 29,4 personnes, que chez les femmes, 8,4 personnes (*cf.* tableau 6b.1).

6b.2 Projets pilotes de prévention du suicide

Que, d'ici 2001, des projets de prévention aient été expérimentés et évalués dans certaines régions du Québec auprès des groupes pour lesquels le risque est le plus élevé en ce qui a trait au suicide.

Méthode

Définition

Un projet pilote en prévention du suicide se définit comme un projet d'intervention ou d'évaluation auprès de groupes qui présentent un risque accru de suicide ou de tentative de suicide.

Indicateur

Nombre de projets pilotes en prévention du suicide au Québec.

Collecte des données

Les données sur le nombre de projets pilotes financés sont obtenues directement des fichiers du MSSS. Ces projets pilotes ont débuté à l'automne de 1999 dans plusieurs régions du Québec.

Résultats

Dix-sept projets pilotes d'intervention ou d'évaluation ont été financés en 1999, répartis dans onze régions (*cf.* tableau 6b.2). Les populations visées étaient principalement les personnes ayant des idées ou des comportements suicidaires sérieux, celles qui souffraient de troubles mentaux ou qui avaient une dépendance à l'alcool et aux drogues à laquelle s'ajoutent des facteurs de risque. L'intervention ciblait les milieux de travail, rural, carcéral et de réadaptation. La population masculine était particulièrement visée par ces projets mais aussi les jeunes dans leur ensemble (*cf.* tableau 6b.2).

Discussion

Les données statistiques actuelles démontrent que, depuis 1996, le taux de suicide a légèrement diminué au Québec, tout en demeurant élevé. Les différents projets pilotes de prévention du suicide soutenus financièrement par le Ministère vont sans aucun doute aider à mieux connaître les façons les plus appropriées d'intervenir auprès des groupes pour lesquels les risques de suicide et de tentative de suicide sont les plus élevés. Une analyse des résultats de ces projets permettant le transfert des connaissances est également envisagée.

Élaboration d'un cadre d'évaluation de la Stratégie québécoise d'action relative au suicide

À l'occasion du premier Congrès international de la francophonie en prévention du suicide, qui s'est tenu à Québec en avril 2000, le ministre Gilles Baril, dans son allocution, mettait à l'ordre du jour l'évaluation de la Stratégie québécoise d'action relative au suicide. En résumé, monsieur Baril s'attend à ce qu'une évaluation de l'implantation de la stratégie, effectuée en partenariat avec les gens du milieu, permette d'améliorer cette dernière.

La prochaine année sera donc consacrée à l'élaboration d'un cadre d'évaluation. Ce cadre contiendra différentes propositions de projets ayant pour objectifs :

- d'évaluer l'implantation des différents moyens d'action liés aux objectifs de la Stratégie et de comprendre l'influence du milieu sur l'actualisation de ces objectifs ;
- d'explorer les façons de faire les plus novatrices, afin de dégager différents enseignements utiles par rapport à l'organisation des services ;
- d'effectuer l'analyse et la mise à profit des résultats des projets d'intervention et d'évaluation auprès des populations à risque ;
- de conduire, sur une base multisites, différents projets d'évaluation définis par les régies régionales et le Ministère.

Afin de voir à la réalisation de ce cadre d'évaluation, un comité d'évaluation a été formé à la demande de la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation. Ce comité est composé de représentants du Ministère et des régies régionales. Il est rattaché au comité mixte MSSS/régies qui conseille le Ministère au regard de la Stratégie québécoise d'action relative au suicide.

Les travaux du comité d'évaluation se termineront à l'automne de 2001. Le cadre d'évaluation qu'il propose contiendra différentes propositions concrètes d'évaluation qui seront soumises aux autorités du Ministère afin qu'elles puissent décider des suites à leur donner.

Conclusion

En ce début du troisième millénaire, nous sommes unanimes : le suicide a pris l'ampleur d'un véritable fléau pour notre société et nous devons concerter nos efforts pour le contrer. Le taux de suicide demeure élevé au Québec, particulièrement chez les hommes. Nous croyons que les différents projets d'intervention et les expériences menées par certains organismes sensibilisés à la problématique du suicide vont aider à consolider le filet de sécurité autour des personnes à risque.

Tableau 6b.1 Mortalité attribuable au suicide au Québec, 1995-1998

Âge	Taux de mortalité par suicide ¹ (taux par 100 000 habitants)											
	Masculin				Féminin				Total			
	1995	1996	1997	1998	1995	1996	1997	1998	1995	1996	1997	1998
10-14 ans	2,1	3,4	5,6	4,8	4,4	1,8	1,8	3,7	3,2	2,6	3,8	4,2
15-19 ans	35,0	33,5	31,2	28,0	7,0	7,0	9,1	12,9	21,4	20,6	20,5	20,6
20-24 ans	43,1	45,3	39,0	41,5	6,5	7,3	8,1	8,8	25,1	26,7	23,9	25,5
25-29 ans	38,3	44,6	32,4	40,5	7,5	8,1	9,6	9,4	23,2	26,8	21,2	25,3
30-34 ans	50,3	40,4	39,1	39,1	9,5	8,5	6,8	10,0	30,3	24,8	23,3	24,9
35-39 ans	45,7	49,4	38,3	39,4	11,1	15,5	10,1	12,0	28,5	32,6	24,4	25,9
40-44 ans	41,6	45,4	46,8	37,4	16,3	18,3	10,1	12,1	28,9	31,9	28,5	24,8
45-49 ans	44,2	35,3	49,2	41,6	15,0	18,7	16,0	11,1	29,6	27,0	32,5	26,3
50-54 ans	44,1	36,0	36,9	36,8	13,9	11,9	12,2	12,2	28,9	23,9	24,4	24,4
55-59 ans	37,6	30,5	33,7	33,7	12,2	14,7	7,6	9,3	24,7	22,5	20,4	21,3
60-64 ans	29,8	30,0	29,0	32,4	8,6	4,9	10,0	6,9	18,8	17,0	19,1	19,1
65-69 ans	24,5	32,5	25,9	17,6	5,8	4,5	4,5	8,3	14,4	17,4	14,4	12,6
70-74 ans	25,1	35,4	32,8	28,3	4,5	5,9	8,8	8,7	13,3	18,5	19,1	17,2
75-79 ans	29,5	28,4	28,3	35,7	2,1	6,0	4,8	6,5	12,7	14,7	14,0	18,0
80-84 ans	5,6	38,6	29,6	21,2	0,0	4,4	7,1	2,8	1,9	16,2	14,9	9,1
85 ans ou +	43,7	9,4	40,7	21,6	1,8	1,8	5,1	1,6	13,3	3,9	14,7	7,1
Total	32,0	31,7	30,4	29,3	8,1	8,9	7,7	8,4	19,9	20,1	18,9	18,7

1. Institut de la statistique du Québec.

Tableau 6b.2 Projets pilotes financés en prévention du suicide, 1999-2000

Région ¹	Titre	Organisme	Populations visées	Principaux objectifs
01	Formation de sentinelles en milieu de travail (prévention, suicide et violence)	Trajectoires Hommes et Centre Ressources Intervention Suicide, Gilles Gagné et Marie-Josée d'Amours	Hommes de 18 à 77 ans dans les milieux de travail	Développer des habiletés à décoder et à agir auprès d'hommes qui ont besoin d'aide. Utiliser l'approche des pairs aidants. Rencontres de groupe avec des participants dans différents projets.
01	Les éléments déterminants de la lutte contre le suicide et l'élaboration d'une approche d'intervention sécuritaire de l'établissement de détention de Rimouski	Établissement de détention de Rimouski, France-Sylvie Loisel et Séraphin Niamba	Personnes contrevenantes du secteur sécuritaire présentant des risques suicidaires très élevés	Produire une grille d'évaluation du risque suicidaire en milieu carcéral. Déterminer et tester les principaux facteurs de risque.
01	La détection du risque et l'intervention auprès des personnes présentant un risque élevé de suicide parmi la population du Centre de réadaptation en toxicomanie du Bas-Saint-Laurent	Centre de réadaptation en toxicomanie du Bas-Saint-Laurent, Jean-Paul Huard	Population générale du centre (hommes et femmes)	Effectuer l'inventaire des outils disponibles. Mettre au point des techniques efficaces de dépistage des personnes à risque. Fournir au personnel des outils concrets d'intervention. Produire un guide pour identifier les sentinelles dans l'entourage des personnes à risque.
02	Les hommes adultes avec des problèmes d'abus ou de dépendance sur le territoire du Saguenay-Lac Saint-Jean	CPS 02	Hommes adultes surconsommateurs ou dépendants à l'alcool et aux drogues présentant des facteurs de risque	Former 60 sentinelles pour mieux agir auprès de la population à risque, plus spécifiquement les hommes toxicomanes. Améliorer la performance des traitements chez les hommes toxicomanes en utilisant des aidants naturels. Renforcer l'intervention curative par une formation sur la détermination des indices de risque, l'urgence suicidaire et l'intervention auprès des personnes suicidaires.
03	Intervention de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide	CPS Québec	Toute personne ayant eu besoin d'une intervention après une tentative de suicide	Offrir à la personne suicidaire une intervention individualisée adaptée à ses besoins (suivi individuel, familial et dans le milieu d'appartenance). Recueillir de l'information pour mieux connaître les caractéristiques de la population visée, de l'intervention elle-même, des intervenants et des modalités organisationnelles.

Région ¹	Titre	Organisme	Populations visées	Principaux objectifs
03-04	Dépistage systématique et prise en charge des hommes incarcérés suicidaires	UQTR Marc Daigle	Hommes en détention présentant des problèmes de toxicomanie et de troubles mentaux	Assurer un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge des hommes incarcérés suicidaires. Évaluation systématique de la santé mentale, du risque suicidaire, du cheminement des individus dépistés et implantation du dépistage systématique.
05	La concertation pour la vie de nos jeunes	Centre jeunesse de l'Estrie	Jeunes des centres jeunesse qui ont des troubles mentaux graves et des comportements suicidaires.	Acquérir une expertise et un langage commun en ce qui concerne le dépistage et l'évaluation des problèmes mentaux et des risques de tentatives de suicide. Offrir aux jeunes et à leurs parents les services dont ils ont besoin. Assurer aux intervenants et aux partenaires intéressés la formation et la supervision professionnelles nécessaires. Évaluer les effets du projet sur les jeunes touchés et les intervenants visés. Définir les conditions de succès et d'efficacité.
06	Intervention systémique privilégiant l'existence d'un contrat de non-suicide entre le patient et son réseau personnel	Centre hospitalier St.Mary, Suzanne Lamarre, Nathalie Belda et Suzanne Marcotte	Adultes suicidaires qui se sont présentés à l'urgence	Compiler des données afin d'établir la prévalence des personnes suicidaires vues à l'urgence psychiatrique. Vérifier l'effet d'une intervention systémique engageant le patient et les membres de son réseau personnel.
06	Projet novateur « Aide-moi à aider tes "chums" ! »	Mouvance Viviane Doré- Nadeau et Marc Daigle	Jeunes de 14 à 19 ans présentant des facteurs de risque, personnes ayant fait plusieurs tentatives de suicide, jeunes ayant des habitudes de vie néfastes et sans appartenance fixe à un milieu de vie (travail ou scolaire)	Entrer en contact avec les jeunes à risque et concevoir un outil d'intervention. Production d'un cahier d'art prévention suicide jeunesse.
06	Évaluation de sept projets pilotes d'aide aux hommes suicidaires âgés de 20 à 55 ans, par l'intermédiaire de leurs proches	Suicide Action Montréal, B. Lavoie et B.-L. Mishara	Hommes de 20 à 55 ans, toxicomanes ou ayant des problèmes de santé mentale	Intervenir auprès des proches afin de favoriser la prise en charge de l'intervention par le réseau de soutien naturel. Arriver à une résolution positive de la crise suicidaire des hommes soutenus par les proches. Alléger le fardeau psychologique des proches dans la gestion de la crise de la personne suicidaire.
06	Évaluation de l'expérience de la prévention du suicide chez les policiers et policières de la	PAE des policiers de la CUM	Communauté policière (85 % d'hommes et 60 % de l'effectif âgé de 25 à	Sensibiliser et informer la communauté policière sur la problématique du suicide. Aider le personnel à acquérir de nouveaux réflexes pour les amener à reconnaître les

Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – 3^e bilan

Région ¹	Titre	Organisme	Populations visées	Principaux objectifs
	Communauté urbaine de Montréal		44 ans)	signes précurseurs du risque suicidaire et favoriser le dépistage précoce du policier en difficulté. Innovier sur le plan organisationnel pour la mise en place de nouveaux services liés à la gestion de l'employé en difficulté et à la prévention du suicide.
07	Réseau d'entraide pour hommes du Pontiac	CLSC, CHSLD, CH Pontiac, Paul Drouin	Hommes de 20 à 55 ans en milieu rural	Établir, dans le cadre d'une approche intégrée (violence, suicide, itinérance), un réseau de sentinelles dans la communauté et former des personnes au dépistage et à l'intervention auprès des hommes à risque.
12	Les Sentinelles	Comité régional de prévention du suicide Michel Larochelle	Hommes de 20-29 ans en priorité et de 30-49 ans (complémentaire)	Concevoir et mettre à jour divers outils de sensibilisation et de formation destinés à former directement dans le milieu des volontaires afin de dépister, d'orienter et d'accompagner des personnes suicidaires vers des ressources et des services d'aide.
13	Santé mentale et intervention précoce chez des jeunes filles en difficulté, une expérience lavalloise de recherche-action	UQTR – RRSSS Laval – Hôpital Sacré-Cœur – Comm. scol. Laval, Réal Labelle	Jeunes filles de 14 à 19 ans présentant plusieurs facteurs de risque	Mobiliser les intervenants pour établir un protocole régional de recherche permettant d'intervenir auprès de la population visée. Appliquer et évaluer une action thérapeutique comprenant une évaluation de la santé mentale, une liaison entre les services et une prise en charge des adolescentes.
15	Projet de prévention des situations à risque pour contrer le suicide chez les hommes qui vivent une rupture amoureuse	CLSC d'Argenteuil, Dominique Martelle et Richard Paquette	Hommes adultes en rupture amoureuse	Formation d'un groupe de soutien pour les hommes qui vivent une rupture amoureuse. Dépister les hommes à risque et promouvoir la mise en place de ressources et de services adaptés à leurs besoins.
16	Programme de prévention du suicide auprès d'une population à risque en collaboration avec les médecins omnipraticiens : expérimentation et évaluation de l'implantation du programme	DSP de RRSSS Montrégie, Michel Préville et Marie Julien	Personnes avec idéations suicidaires sérieuses/comportements suicidaires, personnes avec trouble mental, personnes toxicomanes consultant un omnipraticien	Améliorer la capacité du médecin à reconnaître les sujets à risque, à intervenir auprès d'eux et à les orienter vers les ressources dont ils ont besoin. Améliorer la collaboration entre les ressources communautaires pour assurer un suivi des sujets suicidaires dans la communauté (CPS et autres organismes communautaires).
Prov.	Semaine de prévention du suicide et population masculine	UQTR, Marc Daigle	Hommes de 20 à 40 ans	Faire le bilan des efforts faits à ce jour (réorientation vers la population masculine de la Semaine de prévention du suicide, édition 1999). Évaluer le processus de préparation et les retombées des SPS 2000 et 2001 auprès des hommes à risque.

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

Conclusion

À mi-chemin de la réalisation des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, le présent bilan trace un portrait du niveau d'atteinte des résultats visés par les priorités d'action que nous nous sommes données collectivement en matière de santé publique.

Rappelons que sept priorités d'action ont été fixées : 1) le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, 2) les maladies évitables par l'immunisation, 3) le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement, 4) le dépistage du cancer du sein, 5) le tabagisme, 6) les traumatismes non intentionnels et les traumatismes intentionnels (la violence envers les personnes et le suicide), et 7) l'alcoolisme et les toxicomanies. De ces priorités découlent 53 résultats attendus. Les priorités s'appuient également sur quatre principes directeurs soit 1) agir et comprendre, 2) s'engager davantage auprès des communautés 3) s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être et 4) intervenir de façon concertée et coordonnée.

Compte tenu de l'ampleur du mandat, nous avons évalué que les résultats attendus des priorités nationales. Cette année, la priorité relative au suicide a été évaluée pour la première fois, alors que celle qui porte sur l'alcoolisme et les toxicomanies devrait faire partie du prochain bilan. Au cours de la première année, le travail de l'équipe d'évaluation était concentré en grande partie sur la mise au point des instruments de mesure permettant de rendre compte des résultats visés par les priorités nationales. Ce travail s'est poursuivi pendant les deux autres années. Quant aux principes directeurs, ils font l'objet cette année d'une recherche évaluative dans le cadre d'un projet réalisé par l'Institut national de santé publique du Québec.

Le troisième bilan permet de prendre conscience du chemin parcouru depuis la première année. On note des réalisations au regard de six priorités dans chacune des régions. De plus, une progression appréciable est constatée dans différents domaines.

Les résultats

En matière de **développement et d'adaptation sociale des enfants et des jeunes**, la proportion de femmes pauvres sous-scolarisées rejointes par un programme du type NEGS sans égard à la présence de l'ensemble des composantes prévues par un tel programme, s'établit à 47,2 % de la population visée alors que 87,1 % des CLSC sont engagés dans l'offre d'un tel programme. Les données colligées montrent toutefois que le programme est rarement offert avec toutes ses composantes. Bien que la méthode de calcul ait été modifiée par rapport au bilan antérieur, on conclut à une augmentation de la population cible desservie entre 1998-1999 et 1999-2000. Des démarches ultérieures seraient toutefois susceptibles d'accroître la validité des données recueillies : on peut mentionner, principalement, la précision de la question concernant la taille de la population rejointe par un programme de type NEGS et des actions favorisant une interprétation commune des composantes de ce programme sur l'ensemble du territoire. Concernant, l'allaitement maternel, la mise en place d'une méthode uniforme et systématique de collecte de données serait souhaitable. Quant à la valorisation du rôle du père, la démarche susceptible d'accroître la validité des données recueillies serait l'identification d'indicateurs permettant l'évaluation quantitative de cette priorité. Enfin, il serait par ailleurs souhaitable d'élargir le suivi aux priorités qui n'ont pas été abordées à ce jour dans les bilans annuels, à savoir les programmes intégrés en milieu de garde pour les enfants d'âge préscolaire et la programmation intégrée en milieu scolaire.

En ce qui concerne **les maladies évitables par l'immunisation**, des résultats sont déjà atteints relativement à certaines de ces maladies. Cependant, concernant la couverture vaccinale, très peu de données régionales sont fournies pour les enfants de 2 ans, ceux de la maternelle, ceux du primaire ou les adolescents. L'implantation du système d'information (SIV) pour la couverture vaccinale n'est pas encore assez avancée pour permettre de connaître adéquatement la couverture vaccinale des Québécois de ces groupes d'âge. Si la situation ne change pas, il sera donc impossible de mesurer la couverture des enfants et des adolescents d'ici 2002. Cependant, la couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus s'est améliorée, tant en CHSLD qu'en milieu ouvert, représentant ainsi une amélioration sur l'an dernier. De plus, pour la première fois, la couverture provinciale a atteint le résultat attendu pour celles qui vivent dans un CHSLD.

Pour ce qui est de la priorité touchant **le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement**, des gains ont été faits. Le nombre de programmes de prévention à l'intention des groupes vulnérables a augmenté. De même, il y a une augmentation du nombre de centres de détention provinciaux qui rendent accessibles les condoms et l'eau de Javel. Cette année comparativement à l'an passé, le traitement à la méthadone est accessible dans plus de régions. De nouveaux sites d'accès aux seringues stériles se sont ajoutés malgré le nombre relativement appréciable de sites existants. Quant au programme d'intervention sur l'infection du VIH et la grossesse, l'implantation est en partie réalisée dans toutes les régions du Québec, mais des efforts doivent être maintenus afin d'arriver à ce que tous les médecins offrent le test de dépistage du VIH aux femmes enceintes ou à celles qui désirent le devenir.

Quant au **dépistage du cancer du sein**, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est implanté dans treize régions, représentant 89 % des femmes visées par le programme. Il demeure néanmoins que l'implantation est enclenchée et progresse vers l'objectif souhaité. Le projet d'unité mobile de mammographie favorisera l'implantation presque complète de ce programme au cours de l'année 2000-2001.

Relativement au **tabagisme**, le présent bilan indique une baisse du nombre de fumeurs québécois âgés de 15 ans ou plus. Il est important de continuer à suivre l'évolution du tabagisme chez les québécois de 15 ans ou plus afin de voir si la baisse observée se maintient dans le temps et si le résultat attendu de 28 % en 2002 est atteint ou non. L'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire permettra de suivre l'évolution des comportements tabagiques des jeunes et les résultats seront connus en 2001. Par ailleurs, les trois types de services de soutien à l'abandon du tabagisme, soit l'information et la référence, le *counseling* individuel et de groupe, sont offerts dans tous les territoires de CLSC de sept régions.

En ce qui a trait aux **traumatismes non intentionnels**, dix des vingt-deux projets sur la prévention des blessures à domicile principalement auprès des personnes âgées et des enfants ont été réalisés et évalués dans les régions depuis 1997-1998. Huit ont présenté un rapport qui a permis d'identifier la portée de l'évaluation en terme d'efficacité. Cependant, la démonstration de l'efficacité qui permettrait d'en généraliser l'implantation dans toutes les régions reste à faire. C'est pourquoi les démarches qui visent l'évaluation de projets et l'identification des conditions nécessaires à une implantation généralisée doivent se poursuivre. À l'égard du résultat attendu voulant que des programmes d'application sélective (PAS) sur l'alcool au volant soient réalisés dans toutes les régions

du Québec d'ici 2000, l'objectif est presque atteint et l'action doit être maintenue. En effet, le taux de conduite avec facultés affaiblies demeure conforme à celui qui était attendu, soit moins de 1 % au moment de l'application de ce programme. Enfin, le travail se poursuit dans le domaine de la prévention des blessures dans les établissements et dans la législation et la réglementation.

Relativement aux **traumatismes intentionnels visant la violence envers les personnes**, presque dans toutes les régions du Québec (17/18), en date du 31 mars 2000, on a participé à une phase ou l'autre de la campagne de sensibilisation nationale ; les résultats sont près d'être atteints. Enfin, de plus en plus de protocoles de référence interorganismes sont en application dans les différentes régions du Québec. Il y a donc progrès à chaque année, mais il faudra continuer d'agir en ce domaine si l'on désire atteindre l'objectif visé, et cela, sur l'ensemble des territoires.

En ce qui a trait aux **traumatismes intentionnels visant le suicide**, on constate depuis quelques années que la mortalité attribuable au suicide semble être légèrement à la baisse. Par ailleurs, en 1999, dix-sept projets pilotes ont été financés par le MSSS et ils étaient répartis dans onze régions. Les populations cibles sont les personnes qui ont des idées ou des comportements suicidaires sérieux, celles qui souffrent de troubles mentaux ou de dépendance à l'alcool, et les groupes qui présentent des facteurs de risque. L'intervention vise les milieux de travail, rural, carcéral et de réadaptation. Une évaluation globale de ces projets est en voie d'être réalisée.

Les enjeux de l'évaluation

Jusqu'à maintenant, l'évaluation des priorités nationales est demeurée une opération descriptive dont l'objectif est de rendre compte du degré d'atteinte des résultats visés. Au cours des trois premières années d'implantation, il est apparu essentiel d'informer rapidement les acteurs du domaine de la santé publique sur cette progression en vue d'appuyer la nécessaire mobilisation du réseau au regard des résultats escomptés.

Aujourd'hui, l'opération est rodée et sa reconduction annuelle ne fait plus de doute. Notre évaluation peut désormais avoir une portée plus large. Tout au long du présent bilan, certaines questions d'évaluation ont été abordées. Ces questions concernaient entre autres la validité des données recueillies, la variabilité des résultats d'une région à l'autre et les difficultés d'implantation de certaines priorités. À cet effet, mentionnons qu'il importera, pour la quatrième année d'évaluation, d'entreprendre des démarches qui seraient susceptibles d'accroître la validité des données recueillies au regard de plusieurs priorités. Quant aux deux autres aspects, des mécanismes de soutien sont définis et mis en œuvre pour s'assurer de l'implantation des mesures prévues et l'atteinte des résultats attendus. Ainsi, les bilans seront exploités au maximum pour en dégager des pistes d'action. Plusieurs questions attirent notre attention, par exemple : Que doit-on retenir de ces bilans ? Quelles perspectives pouvons-nous dégager en matières de développements à consolider ou de mesures de soutien à mettre en œuvre ? Où doit-on intensifier nos efforts pour que la volonté d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être se traduise de la façon la plus concrète possible ?

Enfin, pour la première fois, les principes directeurs font l'objet d'une évaluation. De fait, dans nos communications avec les acteurs du domaine de la santé publique des régions, l'importance de ces principes est fréquemment réaffirmée. La recherche évaluative des principes directeurs est réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec, à

laquelle la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux participe financièrement. Trois des quatre principes directeurs sont évalués, soit 1) agir et comprendre, 2) s'engager davantage auprès des communautés, et intervenir de façon concertée et la coordonnée. La méthode proposée est une évaluation participative et formative, fondée sur l'étude de cas. La recherche vise à répondre à la question suivante : Comment les principes directeurs ont-ils été utilisés par les équipes de santé publique (nationale et régionales) pour atteindre ou tenter d'atteindre les résultats attendus des priorités nationales ? Puisque certains résultats visés par les priorités nationales sont plus sensibles que d'autres à la façon dont se traduisent les principes directeurs, l'étude de quatre cas est proposée, soit Naître égaux – Grandir en santé (1.1 et 1.1A) ; la prévention en matière de VIH-sida (3.1) ; la campagne de sensibilisation nationale au phénomène de la violence faite aux femmes (6a.1) et les protocoles de référence interorganismes en matière de violence conjugale (6a.3). Ce projet de recherche sur les principes directeurs est d'autant plus pertinent dans le contexte de l'élaboration du programme national de santé publique.

Poursuivre le travail

Les objectifs fixés dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* doivent être atteints en 2002. Cependant, en ce qui concerne certaines priorités, les résultats actuels sont loin des objectifs visés et certains efforts sont encore nécessaires. À cet effet, les acteurs du domaine de la santé publique devront continuer à mettre en commun leurs forces vives et ce pour l'atteinte des objectifs qui ont été convenus collectivement.

