

des priorités nationales de Santé publique 1997-2002



Rédaction

Hélène Valentini

Collaboration à la préparation du chapitre 4

Lynda Fortin

Coordination des travaux

Réal Lacombe⁽¹⁾

Hélène Valentini

Secrétariat

Carole Benoît

Micheline Desgagné

Jocelyne Martel

Édition

Anne Vallières

Mise en page

LES ÉDITIONS
E X C E L L

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1997
ISBN 2-550-31210-4

© Gouvernement du Québec

(1) Jusqu'au mois d'octobre 1995.

des priorités nationales de Santé publique 1997-2002



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

La publication des Priorités nationales de santé publique : 1997-2002 est un moment important dans l'action de la santé publique au Québec, auquel je m'associe avec grand plaisir, à titre de ministre de la Santé et des Services sociaux.

Se donner des priorités d'action nationales et se regrouper autour d'enjeux sont des objectifs qui m'apparaissent indispensables pour améliorer l'état de santé et le bien-être de la population.

Sept priorités constituent cette plate-forme commune, à savoir le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, les maladies évitables par l'immunisation, le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement (MTS), le dépistage du cancer du sein, le tabagisme, les traumatismes non intentionnels et intentionnels (violence, suicide), l'alcoolisme et les toxicomanies.

Ces priorités s'intègrent dans la transformation de notre système de services de santé et de services sociaux entreprise en 1995. Celle-ci comprend la promotion de la santé et la prévention, qui constituent un de ses trois axes principaux avec le redéploiement des ressources vers des interventions ambulatoires et la décentralisation des pouvoirs de décision et des niveaux de responsabilité.

Coordonné par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, Priorités nationales de santé publique : 1997-2002 a été élaboré de concert avec les directions de santé publique des régions régionales, et avec la collaboration d'intervenants et de professionnels en santé publique dont je tiens à souligner la contribution majeure.

La réalisation des actions qui sont rattachées à ces priorités sollicite la participation d'un ensemble d'acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et de nombreux partenaires intersectoriels. Leur concours est essentiel à l'atteinte des résultats escomptés.

Forts de la solidarité de cette entreprise, j'ai la conviction qu'en 2002, les représentants de la santé publique au Québec pourront clairement exprimer à la population les gains effectués dans le domaine de la santé et du bien-être sur la base de ces sept priorités et grâce à des actions visant la promotion de la santé, la prévention des problèmes sociaux et de santé et la protection de la santé de la population.

Je remercie toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de cette publication et j'invite tous ceux et celles qui sont engagés dans l'amélioration de la santé et du bien-être à unir leurs efforts et à se joindre à la mobilisation nationale que requièrent les Priorités nationales de santé publique : 1997-2002.

Le ministre,

Jean Rochon

Avant-propos

Après avoir modifié son organisation en 1993, dans le cadre de la réforme de la santé et des services sociaux, la santé publique se mobilise maintenant autour de priorités d'action communes à l'ensemble du Québec. Le Ministère et les régions régionales s'engagent solidairement à les réaliser avec leurs partenaires. Ces priorités guideront de façon majeure l'action dans le domaine de la santé publique au Québec au cours des cinq prochaines années. Elles ne comprennent cependant pas la totalité de l'activité des équipes de santé publique, notamment celles reliées à la réalisation des mandats légaux.

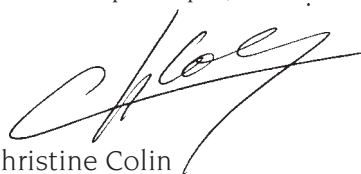
Par des approches de population et des moyens axés sur la promotion de la santé et du bien-être, la protection de la santé et la prévention des problèmes sociaux et de santé, des gains importants sont escomptés par rapport aux sept priorités retenues, et ce, pour l'ensemble de la population québécoise.

Cette publication, résultat d'un travail de réflexion, de recherche et de concertation, s'inscrit dans le cadre de la Politique de la santé et du bien-être. Elle s'appuie sur le *Cadre de référence pour l'élaboration du programme de santé publique et pour l'organisation du réseau de santé publique* produit en 1992, de même que sur seize cahiers thématiques préparés par des experts en santé publique, en 1993 et en 1994, sous la coordination du Ministère. Les travaux ont également été soutenus par deux consultations menées au printemps et à l'automne 1995. Celles-ci ont permis d'établir un consensus sur les priorités à retenir, les actions à mener et les résultats à atteindre.

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui, par leur expertise et leurs commentaires, ont largement contribué à l'élaboration du présent document, qui s'inscrit dans une démarche dont le but ultime est l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise.

Les *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* déterminent quatre principes directeurs qui indiquent les axes à partir desquels les actions retenues seront accomplies. Ces principes prévoient une intensification de l'action, un engagement accru dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être, un engagement accru auprès des communautés, ainsi qu'une action mieux concertée et coordonnée. Agir selon ces principes exige une évolution des façons de faire en santé publique. Il s'agit là d'un défi majeur mais aussi très stimulant que nous devons relever au cours des prochaines années. Je sais que nous avons les compétences et la volonté pour réussir.

La sous-ministre adjointe
à la santé publique,



Christine Colin

Résumé

Priorités nationales de santé publique : 1997-2002 détermine des priorités d'action qui constitueront la base de l'action commune menée au Québec d'ici 2002 par les équipes de santé publique en collaboration avec leurs partenaires.

Le but visé est de faire des gains substantiels en matière de santé et de bien-être de la population en posant des gestes concrets et en fixant des résultats précis, dans une dynamique de coordination nationale, d'intensification et de concertation des interventions dans toutes les régions du Québec.

Déterminées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, de concert avec les régies régionales, en particulier avec leur direction de santé publique, ces actions de santé publique s'articulent autour de sept priorités. Celles-ci portent soit sur des problèmes de santé et de bien-être de la population ou de sous-groupes qui la composent, soit sur des facteurs qui ont une influence sur la santé et le bien-être de cette population, ou encore sur une période de vie particulièrement propice à la promotion de la santé et du bien-être, à la prévention des problèmes sociaux et de santé.

Ces priorités sont les suivantes :

- le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes ;
- les maladies évitables par l'immunisation ;
- le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement (MTS) ;
- le dépistage du cancer du sein ;
- le tabagisme ;
- les traumatismes non intentionnels et les traumatismes intentionnels (la violence envers les personnes, le suicide) ;
- l'alcoolisme et les toxicomanies.

Les priorités et les actions de santé publique à entreprendre s'inscrivent dans la perspective des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE) et visent à apporter une contribution à l'atteinte de ceux-ci.

Quatre principes directeurs indiquent le sens et les axes à partir desquels ces actions sont accomplies :

- « agir » et « comprendre » ;
- s'engager davantage auprès des communautés ;
- s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être ;
- intervenir de façon concertée et coordonnée.

Le succès des *Priorités nationales de santé publique* : 1997-2002 repose sur la mobilisation d'un ensemble d'acteurs. Engageant au premier chef, dans l'atteinte des résultats, le Ministère et les régies régionales, en particulier leur direction de santé publique, ce document concerne également les centres locaux de services communautaires (CLSC), pivots des interventions de santé publique sur le plan local en association avec les communautés qu'ils desservent. La collaboration de nombreux partenaires est aussi nécessaire : le réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires et de nombreux organismes et groupes professionnels engagés en santé publique. D'autres acteurs seront également sollicités, particulièrement les secteurs municipal, de l'éducation, de l'environnement, des transports, de la justice et des loisirs.

Table des matières

Introduction	13
 Chapitre 1 – Le contexte	15
Les orientations actuelles du système de santé et de services sociaux	17
La santé publique au Québec : un élément du système de santé et de bien-être	18
 Chapitre 2 – Quatre principes directeurs	23
« Agir » et « comprendre »	25
S’engager davantage auprès des communautés	26
S’engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être	27
Intervenir de façon concertée et coordonnée	28
 Chapitre 3 – Les priorités d’action	31
Le développement et l’adaptation sociale des enfants et des jeunes	36
Les maladies évitables par l’immunisation	45
Le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement (MTS)	51
Le dépistage du cancer du sein	59
Le tabagisme	62

Les traumatismes non intentionnels et intentionnels	69
• Les traumatismes non intentionnels	70
• Les traumatismes intentionnels : la violence envers les personnes	76
• Les traumatismes intentionnels : le suicide	81
L'alcoolisme et les toxicomanies	82
 Chapitre 4 – Réalisation et évaluation des actions	 83
Les conditions de réalisation	85
Le suivi et l'évaluation	86
 Conclusion	 89
 Références bibliographiques	 91
 Composition du comité responsable de l'élaboration du document	 99
 Remerciements	 100

Introduction

Priorités nationales de santé publique : 1997-2002 détermine des actions prioritaires de santé publique à mener dans l'ensemble du Québec d'ici 2002 par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régions régionales, notamment leur direction de santé publique, en collaboration avec les partenaires intéressés. Ceci, afin de :

- promouvoir la santé et le bien-être de la population ;
- prévenir des problèmes de santé et des problèmes sociaux ;
- protéger la santé de la population.

S'appuyant sur la Politique de la santé et du bien-être (PSBE), le présent document propose des actions visant à contribuer à l'atteinte des objectifs de cette politique, qui s'adressent à des populations ou à des communautés, ou encore à des sous-groupes de population.

Ces actions s'articulent autour de sept priorités. Certaines ont trait à des problématiques ou à des facteurs déterminants reliés à plusieurs problèmes de santé et de bien-être, ou encore s'attachent à une période de vie particulièrement propice à la protection et à la promotion de la santé et du bien-être et à la prévention des problèmes sociaux et de santé.

Les priorités suivantes ont été retenues :

- le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes ;
- les maladies évitables par l'immunisation ;
- le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement (MTS) ;
- le dépistage du cancer du sein ;
- le tabagisme ;
- les traumatismes : les traumatismes non intentionnels et les traumatismes intentionnels (la violence envers les personnes, le suicide) ;
- l'alcoolisme et les toxicomanies.

Habituellement, les critères retenus en santé publique pour déterminer les priorités d'intervention sont :

- la gravité des conséquences sociales et sanitaires des problèmes en cause ;
- la possibilité de faire des gains substantiels en matière de santé et de bien-être par des interventions visant la population et dont la valeur est démontrée.

Ces critères, auxquels s'ajoute la possibilité d'accroître l'efficacité et l'efficience de ces interventions par une concertation et une coordination nationales, ainsi que par la connaissance du contexte qui prévaut dans les régions et dans l'ensemble du Québec, ont conduit la Direction générale de la santé publique du Ministère et les directions de santé publique des régions régionales à retenir ces sept priorités.

Toutes ces priorités sont reliées entre elles et ont une influence les unes sur les autres. La plupart des problématiques ont des causes communes et émanent souvent des mêmes facteurs déterminant la santé et le bien-être.

La majorité de ces priorités coïncident avec les choix en matière de santé et de bien-être qui ont par ailleurs été faits par les régions et par le Ministère. Plusieurs sont déjà en voie d'être appliquées, que ce soit de façon partielle ou sur une base régionale. La plupart font l'objet de politiques ou de plans d'action. Leur intégration dans le présent document témoigne de la volonté d'agir en ce domaine partout au Québec de façon intensive et concertée, par une intervention préventive axée sur la population.

L'alcoolisme, les toxicomanies et le suicide, problèmes majeurs en matière de santé et de bien-être, s'inscrivent parmi ces priorités. Cependant, ces sujets nécessitent des travaux complémentaires. Dans cette optique, le ministère de la Santé et des Services sociaux a récemment mis sur pied deux groupes de travail chargés d'étudier ces problématiques. Ils ont pour mandat de proposer au réseau de la santé et des services sociaux et aux partenaires visés des orientations, des stratégies et des actions prioritaires en matière de prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies d'une part, et du suicide d'autre part. Les résultats de leurs travaux permettront de déterminer prochainement les résultats attendus et les actions à mener dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*.

En concordance avec la Politique de la santé et du bien-être, ces priorités sont établies pour cinq ans, soit jusqu'en 2002. Cet horizon est suffisamment proche pour être mobilisateur et suffisamment lointain pour permettre l'observation de résultats significatifs. Au cours de cette période, le choix de certaines de ces priorités ou des actions qui y sont rattachées pourra être réévalué à la lumière des résultats obtenus, de la révision de certaines politiques et plans d'action, ou encore de l'émergence de nouvelles problématiques.

Les priorités représentent une partie seulement de l'intervention de santé publique qui comprend d'autres activités, notamment celles reliées aux responsabilités établies dans différentes lois (voir chapitre 1). *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* vise à s'assurer que des actions communes soient mises en œuvre partout au Québec. Cette démarche n'entend pas réduire l'activité des équipes de santé publique, qui doit se poursuivre dans les domaines d'intervention qui leur sont propres. La réalisation des mandats légaux, première obligation et priorité implicite de l'action de santé publique, est un premier moyen d'action et les priorités d'action en sont un autre.

Le présent document comprend cinq parties. Sa finalité est définie en introduction. Le premier chapitre aborde des éléments de contexte, en particulier la PSBE, les orientations actuelles du système de santé et de services sociaux, l'évolution des connaissances en santé publique et l'organisation de celle-ci au Québec. Dans le deuxième chapitre sont énoncés les quatre principes directeurs. Les priorités et les actions de santé publique sont présentées dans le troisième chapitre, tandis que le quatrième est consacré à leur évaluation.

Le lecteur rencontrera deux types d'appels de note dans ce document. Les appels de note apparaissant entre parenthèses renvoient à des notes de bas de page, tandis que les appels de note sans parenthèses renvoient aux références bibliographiques, réunies à la fin du document.

CHAPITRE 1

LE CONTEXTE

SANTÉ PUBLIQUE 1997 - 2002



Les orientations actuelles du système de santé et de services sociaux

La Politique de la santé et du bien-être

La Politique de la santé et du bien-être (PSBE) a défini les grands enjeux qui orientent le système de santé et de services sociaux. Axée sur dix-neuf problèmes et huit groupes plus particulièrement vulnérables, cette politique convie les acteurs du système de santé à adopter, au regard des problèmes retenus, une approche orientée sur les déterminants de la santé et du bien-être, et l'incite à favoriser des stratégies d'intervention visant la promotion de la santé et du bien-être et la prévention des problèmes sociaux et de santé. Dans le cadre de la PSBE, les régions ont établi leurs priorités en fonction des caractéristiques de leur population et ont inclus dans leur planification des actions s'attachant particulièrement à la promotion et à la prévention.

La transformation du système de santé et de services sociaux

La transformation du système de santé et de services sociaux est maintenant engagée et les mutations présentes et à venir sont considérables. Cette transformation comporte trois axes, soit une décentralisation accrue du système de santé et de services sociaux au profit des régions, une modification des différents systèmes de services tant dans les domaines médicohospitaliers que sociaux (en favorisant par exemple les services ambulatoires) et une action accrue sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Le virage promotion/prévention

Ce virage met l'accent sur la mise en place et le renforcement d'actions en amont des problèmes de santé et de bien-être, au moyen d'interventions effectuées auprès des populations au regard des principaux déterminants de la santé et du bien-être. Il implique l'adoption de stratégies dont l'efficacité est reconnue en ce qui a trait à la prévention des problèmes sociaux, des maladies et des traumatismes, au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise.

La santé publique au Québec : un élément du système de santé et de bien-être

Quelques faits saillants de l'évolution de la santé publique⁽¹⁾

Bien qu'elle tire ses racines des observations d'Hippocrate au 5^e siècle avant Jésus-Christ, la santé publique se développe surtout au 19^e siècle autour du contrôle des maladies transmissibles, à partir de mesures orientées vers la salubrité et l'hygiène personnelle. Au 20^e siècle, la mise au point des vaccins et des antibiotiques permet de faire d'énormes progrès, allant du contrôle de plusieurs maladies graves comme la poliomyélite ou l'*Hæmophilus influenzae* jusqu'à l'éradication de la variole.

Au cours du 20^e siècle, l'évolution des connaissances et l'essor technologique apportent une meilleure compréhension des maladies chroniques alors en augmentation ainsi que la mise en place de systèmes de soins axés sur le diagnostic et le traitement des maladies. L'intervention de santé publique s'oriente davantage vers l'éducation, dans une perspective de prévention où les facteurs de risque sont le plus souvent considérés sur un plan individuel.

Plus récemment, le fait d'avoir constaté la limite des interventions centrées principalement sur les individus, de même que la persistance d'un écart en matière de santé et de bien-être entre les groupes les mieux nantis et les plus démunis, a suscité une étude plus approfondie des déterminants collectifs de la santé. Cette analyse a permis de comprendre davantage les liens entre la santé et les conditions et milieux de vie. Elle a également conduit à développer la promotion de la santé, approche positive qui contribue à améliorer la santé et le bien-être personnels et collectifs en développant le potentiel des personnes et en stimulant l'établissement de conditions favorables à la santé et au bien-être. Consistant essentiellement à fournir les moyens de maîtriser davantage sa santé et de l'améliorer, elle requiert la participation des individus et des communautés. Les méthodes privilégiées sont l'action communautaire, l'éducation, le changement social, la communication stratégique, le marketing et l'action politique. La promotion de la santé touche aussi le développement social, par des actions qui s'attachent aux facteurs sociaux et économiques influençant l'état de santé de la population : revenu, emploi, éducation, etc.

La santé publique au Québec

L'intervention actuelle de santé publique est définie comme :

« l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être au niveau de la population et des systèmes qui la régissent⁽²⁾ ».

(1) L'évolution de la santé publique, ses fonctions et l'ensemble de son champ d'action sont décrits plus en détail dans le *Cadre de référence pour l'élaboration du programme de santé publique et pour l'organisation du réseau de santé publique*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, avril 1992.

(2) *Ibid.*, p. 7.

Ces déterminants sont aujourd'hui divisés en cinq catégories :

- les facteurs endogènes ou biologiques ;
- les habitudes de vie et les comportements ;
- l'environnement physique ;
- l'environnement social : milieux de vie (famille, école, travail) et conditions de vie (revenu, scolarité, logement, emploi, événements stressants) ;
- l'organisation du système de soins et de services.

Dans la réalité, l'état de santé et de bien-être de la population résulte de la conjonction de ces nombreux déterminants et de leurs multiples interrelations.

L'intervention de santé publique est principalement régie par quatre lois : la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁽³⁾, la Loi sur la protection de la santé publique, la Loi sur la santé et la sécurité au travail et la Loi sur la qualité de l'environnement.

Les interventions de santé publique reposent sur quatre fonctions :

- la connaissance et la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population ;
- la promotion de la santé et du bien-être ;
- la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ;
- la protection de la santé publique.

Les stratégies et les méthodes d'intervention utilisées en santé publique sont très diversifiées. Elles s'appuient notamment sur les stratégies de la Politique de la santé et du bien-être et sur celles de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé⁽⁴⁾.

L'organisation de la santé publique depuis 1993

L'organisation de la santé publique a été modifiée au Québec en 1993, dans le cadre de la réforme du système de santé et de services sociaux. Les équipes de santé publique qui œuvraient dans 32 départements hospitaliers de santé communautaire (DSC) sont maintenant intégrées dans 18 régions régionales. Ces dernières ont eu la responsabilité de créer les directions de santé publique et gèrent actuellement le programme de santé publique (c. 42, art. 371)⁽⁵⁾.

Les directeurs de la santé publique sont nommés par le ministre, sur recommandation des régions régionales. Ils ont la responsabilité (c. 42, art. 373) :

- « d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin ;

(3) Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4-2).

(4) La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) a été élaborée lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé qui s'est déroulée à Ottawa le 21 novembre 1986.

(5) Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4-2).

Priorités nationales de santé publique : 1997-2002

- « d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de veiller à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection ;
- « d'assurer le développement d'une expertise en prévention et en promotion de la santé au bénéfice de l'ensemble des programmes confiés à la région régionale ».

L'article 375 confie aux directeurs de la santé publique la responsabilité d'informer le ministre de toute situation d'urgence ou de toute situation mettant en danger la santé de la population.

Au niveau central, le ministère de la Santé et des Services sociaux a créé la Direction générale de la santé publique, qui a la responsabilité de coordonner le programme de santé publique (art. 431.8) et d'assurer la protection de la santé publique (art. 431.8). Elle a aussi le mandat de mettre à jour et de promouvoir les connaissances relatives à l'état de santé et au bien-être de la population, ainsi que les stratégies sectorielles et intersectorielles ayant trait à la promotion de la santé et du bien-être et à la prévention des problèmes sociaux et de santé.

Sur le plan local, la loi a renforcé la mission des CLSC, qui est « d'offrir en première ligne à la population de leur territoire des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ». Ces services sont fournis dans les CLSC et dans les milieux de vie, à l'école, au travail ou à domicile⁽⁶⁾.

Les équipes de santé publique des régions régionales

En raison de la multidisciplinarité de l'action de santé publique, les équipes sont généralement constituées de professionnels issus des sciences de la santé, mais aussi des sciences humaines et sociales, des sciences économiques, etc.

Leurs interventions couvrent les domaines suivants :

- les habitudes de vie et les comportements (nutrition, activité physique, santé dentaire, alcoolisme et toxicomanie, tabagisme, etc.) ;
- les milieux et conditions de vie (programme famille-enfance-jeunesse, programme *Villes et Villages en santé*, etc.) ;
- les maladies infectieuses, les MTS et le VIH-sida ;
- la santé au travail ;
- la santé environnementale ;
- les traumatismes ;
- l'organisation et l'évaluation des programmes et des services préventifs.

Le travail des équipes varie d'une région à l'autre, en fonction des caractéristiques régionales, de la composition des équipes et des ressources disponibles.

La santé publique et les CLSC

Les CLSC représentent des acteurs majeurs en santé publique. Leur engagement au sein de la communauté leur permet de détecter les problèmes et d'être vigilants au regard de situations épidémiologiques anormales, ce qui contribue à une meilleure

(6) Loi sur les services de santé et les services sociaux (art. 80)

connaissance et à une meilleure surveillance de l'état de santé de la population. Tout comme les directions de santé publique, les CLSC ont des responsabilités en matière de protection de la santé, en particulier dans le contrôle des maladies infectieuses et dans le domaine de la santé au travail. De plus, les CLSC proposent à la population des activités de prévention, notamment en périnatalité et auprès des jeunes, de même que dans les domaines de la santé au travail, de la santé mentale, des maladies cardiovasculaires, de la toxicomanie ou de la violence. Depuis plusieurs années, ils sont engagés dans divers milieux, soutenant des réalisations qui visent la mobilisation des individus et des communautés ainsi que l'amélioration de leur santé et de leur bien-être (ex. : *Villes et Villages en santé*, corporations de développement économique et communautaire, mise en place de ressources communautaires telles les maisons de jeunes, les maisons de la famille, les cuisines collectives, etc.).

Le rôle des CLSC dans la promotion de la santé et du bien-être et dans la prévention des problèmes doit être particulièrement soutenu étant donné l'importance de maintenir, dans le contexte du virage ambulatoire, les services préventifs s'adressant à l'ensemble de la population et tout particulièrement à l'enfance, à la jeunesse et à la famille (périnatalité, interventions en milieu de garde et en milieu scolaire). En ce qui a trait à la mobilisation des communautés et au développement local, l'engagement des CLSC doit aussi être consolidé.

CHAPITRE 2

QUATRE PRINCIPES DIRECTEURS

SANTÉ PUBLIQUE 1997 - 2002



Priorités nationales de santé publique : 1997-2002 prône un « front commun » en matière de santé publique où tous les acteurs engagés agissent dans la même direction, quel que soit leur niveau d'intervention, selon les quatre principes directeurs suivants :

- « agir » et « comprendre » ;
- s'engager davantage auprès des communautés ;
- s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être ;
- intervenir de façon concertée et coordonnée.

Ces principes constituent la trame de fond du présent document. Ils indiquent les axes à partir desquels les actions sont accomplies et le sens qui leur est donné, et doivent donc se refléter dans ces actions.

« Agir » et « comprendre »

Ces deux éléments clés de l'intervention de santé publique doivent être renforcés et davantage articulés l'un à l'autre, à savoir :

AGIR EN AMONT DES PROBLÈMES

L'intervention de santé publique s'effectue surtout avant l'émergence des maladies et des problèmes, en agissant sur le renforcement des facteurs de protection de la santé et du bien-être, sur les conditions de vie favorables au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être, sur la détection précoce des problèmes sociaux et de santé et sur la réduction des facteurs de risque.

Pour obtenir des résultats concrets, l'intervention de santé publique consiste principalement à :

- déterminer les problèmes évitables ;
- mettre de l'avant des stratégies de promotion et de protection de la santé et du bien-être, de même que des stratégies de prévention coordonnées, soutenues et suscitant la participation de la population ;
- implanter et consolider les interventions préventives dont l'efficacité est prouvée et abandonner les autres ;
- explorer de nouvelles interventions, particulièrement au regard des déterminants psychosociaux, entre autres au moyen de projets-pilotes ;
- expérimenter des stratégies pour modifier les pratiques professionnelles, les évaluer et les diffuser auprès des professionnels, des gestionnaires et de la population.

COMPRENDRE POUR ACCROÎTRE LA CAPACITÉ D'ACTION

Certaines priorités exigent un développement des activités visant la connaissance et la surveillance des déterminants de la santé et du bien-être et des problématiques en émergence, à savoir :

- la conception de nouveaux indicateurs quant aux problématiques psychosociales (abus, négligence, violence, etc.), aux facteurs de protection (soutien social, compétences parentales ou sociales, dynamisme des communautés, etc.), aux déterminants socio-économiques et socioculturels, et quant à certaines populations vulnérables ;
- la compréhension des éléments liés au cumul des facteurs de risque et de protection et aux diverses interactions entre ces facteurs pour mieux expliquer l'émergence des problèmes et pour proposer des solutions ;
- une meilleure perception du rôle des valeurs et des facteurs culturels dans l'adoption de comportements individuels ou collectifs favorables ou défavorables à la santé et au bien-être, et la compréhension des facteurs expliquant la persistance intergénérationnelle de certains problèmes.

L'enrichissement des activités relatives à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population doit notamment se faire par le renforcement d'approches interdisciplinaires et par l'intégration du savoir des intervenants qui œuvrent sur le terrain au savoir des chercheurs universitaires et des équipes de santé publique.

S'engager davantage auprès des communautés

C'est dans les villes, les quartiers, les villages..., bref, dans les communautés, que sont quotidiennement vécus les problèmes liés à la santé et au bien-être et qu'une multitude d'initiatives voient le jour pour améliorer les milieux et les conditions de vie. De nombreux leviers d'action permettant d'agir efficacement et de façon durable sur les déterminants de la santé et du bien-être se trouvent également dans les communautés.

Les dynamiques communautaires doivent être encouragées, soutenues et multipliées. Pour ce faire, il faut mettre à contribution les acteurs du domaine de la santé publique afin de déceler les problèmes, de déterminer les interventions efficaces et de démarrer ou de soutenir des projets-pilotes ou des initiatives communautaires.

« Il faut qu'il y ait des équipes de santé publique qui restent sur le terrain, qu'elles soient très impliquées avec les CLSC, les groupes communautaires et avec tous ceux qui travaillent à l'intégration de l'action⁽¹⁾. »

(1) Entrevue de Jean Rochon, ministre de la Santé et des Services sociaux, *Journal de santé publique*, vol. 2, n° 4, 23 décembre 1994, p. 2-3.

S'engager davantage auprès des communautés signifie :

- travailler en étroite collaboration avec les décideurs locaux et régionaux et les autres acteurs des communautés ;
- appuyer les organismes des communautés et les CLSC dans leur participation à des initiatives communautaires et au développement local ;
- améliorer l'information destinée au public par la diffusion régulière pour le Québec et pour chaque région de bilans sur l'état de santé et de bien-être de la population et sur les actions entreprises pour améliorer cet état ;
- encourager et alimenter les échanges publics sur les enjeux majeurs de santé publique.

Le réseau québécois de *Villes et Villages en santé* illustre bien la mobilisation des communautés locales par rapport à la santé et au bien-être⁽²⁾. Né dans le sillage d'un mouvement international amorcé en 1986 par le Bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé et porté à ses débuts par un petit noyau d'intervenants des DSC et des CLSC, d'élus et d'administrateurs municipaux, ce mouvement est devenu, à partir de 1990, un réseau structuré. Il compte maintenant cent dix municipalités québécoises où habitent près de trois millions de personnes. S'appuyant essentiellement sur les ressources, les capacités et les compétences de leur communauté, ces municipalités ont réalisé des centaines de projets novateurs, dans des domaines comme l'environnement, l'intégration et le soutien social, l'aménagement, la sécurité, les loisirs et l'activité physique, la lutte contre la pauvreté.

S'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être

Qu'il s'agisse de la mortalité, de la morbidité, de l'adaptation sociale ou des comportements, l'influence des conditions de vie sur la santé est aujourd'hui bien connue et bien documentée. Le lien entre le statut socio-économique, la santé et le bien-être vaut pour l'ensemble des catégories socio-économiques, mais il est particulièrement marqué pour les sous-groupes les plus démunis. On sait aussi que la distance culturelle qui existe entre les intervenants des différents services sociaux et de santé et les groupes en situation de pauvreté se traduit par un recours moins spontané aux services. D'une part, les conditions de vie de ces groupes les rendent moins réceptifs aux formes traditionnelles de prévention et, d'autre part, les intervenants doivent agir dans un milieu qu'ils connaissent peu ou mal, qu'ils ont de la difficulté à comprendre et au regard duquel ils sont souvent mal préparés, ce qui constitue autant d'obstacles à une prestation adéquate des services.

De plus, on constate l'émergence de nouvelles formes de pauvreté, celle des familles monoparentales ou biparentales à bas revenu, des jeunes en chômage ou encore des itinérants.

(2) Un exemple du type d'intervention effectué dans le cadre de *Villes et villages en santé* vous est donné à la fin du présent chapitre, à la page 29.

Les inégalités entre les groupes sociaux se remarquent à tous les âges.

Bien que les leviers d'action relatifs aux conditions de vie se situent la plupart du temps hors du réseau sociosanitaire, l'intervention de santé publique peut contribuer à réduire les inégalités socio-économiques, d'une part, et à diminuer leurs effets négatifs sur la santé et le bien-être de la population, d'autre part.

Cette intervention consiste principalement à :

- déceler les conséquences de la pauvreté sur la santé et le bien-être et déterminer les interventions les plus efficaces et les mieux adaptées aux groupes en situation de pauvreté ;
- faire connaître et promouvoir les interventions capables de réduire les écarts de santé et de bien-être entre les différents groupes de la population ;
- apporter un soutien à la formation des intervenants pour favoriser l'acquisition ou la consolidation d'attitudes favorables et de comportements adaptés aux réalités socioculturelles des groupes en situation de pauvreté ;
- soutenir la solidarité sociale et l'entraide communautaire, qui peuvent réduire l'influence des conditions de vie sur la santé et le bien-être ;
- faciliter l'action des organismes de la communauté qui travaillent à l'atteinte d'une plus grande autonomie des personnes en situation de pauvreté.

La lutte contre les inégalités sociales, qui doit s'inscrire davantage dans une perspective de développement social, suppose l'accentuation de la coopération multisectorielle si l'on veut réduire les coûts humains, sociaux et économiques de la pauvreté.

Intervenir de façon concertée et coordonnée

Un des objectifs des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* est de susciter l'adhésion d'un ensemble d'acteurs à des priorités communes et de favoriser l'intensification des efforts et la solidarité quant à la réalisation des actions en vue d'atteindre des résultats concrets d'ici 2002. La concertation de tous ces acteurs sera soutenue par une coordination nationale mobilisatrice visant une cohérence de l'action et des résultats optimaux (voir chapitre 4).

Cet engagement concerté concerne, au premier chef, le Ministère et les régions régionales, qui sont solidaires dans l'application des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* et sont responsables conjointement des résultats. Il s'agit aussi de la base de l'action commune que mèneront au cours des six prochaines années toutes les directions de santé publique du Ministère et des régions régionales, ces priorités nationales faisant partie intégrante de leurs programmations.

L'atteinte des résultats escomptés requiert aussi l'adhésion de nombreux partenaires. Ceux du système de santé et de services sociaux sont particulièrement touchés par la nécessité d'une concertation accrue et d'une interaction constante en promotion et en prévention, en particulier les CLSC, les centres jeunesse, les

centres hospitaliers, les cliniques médicales, les groupes professionnels et tous les autres organismes de la communauté engagés en santé publique.

D'autres acteurs dont les décisions ont une influence sur la santé et le bien-être de la population seront aussi sollicités dans les secteurs municipaux et économiques, de l'éducation, de l'environnement, des transports, de la justice, des loisirs, etc. En effet, par la nature de son action, l'intervention en santé publique demande une mobilisation qui dépasse le secteur de la santé et des services sociaux et requiert une véritable collaboration intersectorielle.

Villes et villages en santé :

Un exemple de mobilisation et d'engagement auprès des communautés

Le réseau québécois de *Villes et Villages en santé* est l'illustration d'une mobilisation des communautés locales en faveur de la santé et du bien-être. Les projets réalisés dans ce cadre bénéficient pour la plupart du soutien immédiat des CLSC et sont, dans quelques régions (notamment la Côte-Nord et les Laurentides), soutenus activement par la régie régionale et son équipe de santé publique. Des mesures d'appui sont également mises en place dans certaines municipalités régionales de comtés (MRC) (entre autres Pabok et Mattawinie).

Ces projets sont en général extrêmement concrets, et réalisables à court terme, par exemple celui de Rouyn-Noranda dans le début des années 1990. La publication par les autorités régionales de santé publique des résultats d'une enquête sur l'exposition au plomb des enfants d'un quartier de la ville, causée par la fonderie de cuivre de Minéraux Noranda, avait alors déclenché une démarche de concertation animée par l'équipe *Ville en santé*. Tous les acteurs concernés y participèrent : la compagnie, son syndicat, le bureau régional du ministère de l'Environnement, la Direction de santé publique, le CLSC, la Chambre de commerce, des groupes écologiques et des résidents du quartier. Ces acteurs, dont les intérêts divergeaient, mais qui partageaient cependant un objectif commun, parvinrent à s'entendre sur une démarche ayant pour but

d'éliminer le problème. Une étude réalisée quelques années plus tard démontrait une réduction majeure du taux de plombémie chez les enfants du quartier en question.

Les projets mis sur pied par les municipalités se comptent par dizaines dans des domaines comme l'environnement, l'aménagement, la sécurité, les loisirs, l'intégration sociale, etc.

Depuis le milieu des années 1990, des municipalités engagées depuis plusieurs années dans divers projets de *Villes* ou de *Villages en santé* commencent à mobiliser leurs partenaires autour d'enjeux plus complexes et à plus long terme. C'est le cas, par exemple, du forum socio-économique de Verdun, ou encore le cas de Sherbrooke, dont le comité *Ville en santé*, présidé par le maire, a fait de la lutte contre la pauvreté son unique priorité depuis 1994. Le projet *Sherbrooke : la pauvreté, soyons solidaires* comprend différentes stratégies d'action visant à canaliser et à coordonner les actions existantes et à ouvrir de nouvelles avenues afin d'intervenir davantage sur les causes de la pauvreté : agir sur les politiques internes des milieux de travail et des organisations, sensibiliser les décideurs et la population et engendrer chez ceux-ci un esprit de solidarité face à la pauvreté, renforcer la vie de quartier, notamment en relation avec l'école, se doter d'un plan de développement local et communautaire qui intègre davantage la rentabilité économique et sociale des projets, etc.

CHAPITRE 3

LES PRIORITÉS D'ACTION

SANTÉ PUBLIQUE 1997 - 2002



Les priorités

Les priorités retenues s'inscrivent dans la perspective des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE) et visent à apporter une contribution à leur atteinte. Celle-ci est schématiquement illustrée dans un tableau qui figure à la page 35 ; un rappel des objectifs de la PSBE précède ce tableau.

Chaque priorité de santé publique est accompagnée d'un bref exposé de la problématique, des éléments pertinents relatifs aux interventions, d'une présentation des résultats attendus et des actions permettant de les atteindre, et enfin d'exemples d'interventions efficaces ou d'initiatives prometteuses.

Les résultats attendus

Les résultats attendus sont des réalisations concrètes et observables, attribuables aux actions de santé publique. Ils ont trait à la santé et au bien-être des populations visées, aux déterminants et aux facteurs protecteurs ou encore à l'organisation des services.

Les actions

Les actions sont des moyens qui visent tantôt le renforcement du potentiel des personnes et des milieux de vie, tantôt l'amélioration des conditions de vie ou le développement d'environnements sains et sécuritaires. Outre la population et les communautés, elles concernent aussi les systèmes et les acteurs qui régissent ou qui sont en position d'agir sur les conditions déterminant la santé et le bien-être (mesures législatives et réglementaires, ministères et organismes, etc.).

Les actions à réaliser sont regroupées sous deux rubriques, autour des principes « agir » et « comprendre ».

Le choix de ces actions a été fait, entre autres, à partir de documents (cahiers thématiques) préparés en 1992-1993 par le réseau de santé publique, sous la coordination du Ministère. Un nombre réduit a été conservé de façon à ce que l'ensemble des équipes de santé publique, en collaboration avec leurs partenaires, puissent se concentrer sur l'essentiel de ce qui doit être accompli. Ces actions sont donc peu nombreuses mais prometteuses en matière de gains de santé et de bien-être pour la population.

Le type d'actions et leur degré de précision varient d'une priorité à l'autre en fonction de l'avancement des connaissances, de la compréhension des problèmes et de la maîtrise d'interventions capables d'assurer la protection et l'amélioration de la santé de la population. Certaines actions demandent à être expérimentées et évaluées avant d'être généralisées dans toutes les régions du Québec. De plus, plusieurs actions sont susceptibles d'être modifiées à la suite de la mise à jour des planifications actuelles.

Des exemples d'interventions efficaces ou d'initiatives prometteuses

Pour illustrer les modes d'action en santé publique, quelques exemples d'interventions efficaces ou d'initiatives prometteuses sont présentés à la suite de la description de chaque priorité d'action. Ces exemples ne privilégient pas une intervention

au détriment d'une autre. Ils visent à montrer la diversité des actions et des rôles que peuvent jouer les équipes de santé publique, en collaboration avec les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et les partenaires intersectoriels.

Rappel des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être

1. D'ici l'an 2002, diminuer les cas d'abus sexuel, de violence et de négligence à l'endroit des enfants, et atténuer les conséquences de ces problèmes.
 2. D'ici l'an 2002, réduire les troubles de comportement les plus graves chez les enfants, les adolescents et les adolescentes.
 3. D'ici l'an 2002, diminuer la prévalence et la gravité de la délinquance.
 4. D'ici l'an 2002, diminuer les cas de violence faite aux femmes en milieu familial.
 5. D'ici l'an 2002, prévenir l'itinérance et, particulièrement à Montréal et à Québec, atténuer ses conséquences, et favoriser la réinsertion sociale des itinérants.
 6. D'ici l'an 2002, réduire de 15 % la consommation d'alcool, de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et chez les bénéficiaires de l'aide de dernier recours, et augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales.
 7. D'ici l'an 2002, réduire à moins de 5 % les naissances prématurées et à moins de 4 % les naissances de bébés de poids insuffisant, et diminuer l'incidence des anomalies congénitales ou génétiques.
 8. D'ici l'an 2002, réduire de 30 % la mortalité par maladie cardiovasculaire.
 9. D'ici l'an 2002, stabiliser le taux de mortalité par cancer du poumon et réduire de 15 % la mortalité par cancer du sein.
 10. D'ici l'an 2002, réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives ou sportives.
 11. D'ici l'an 2002, réduire la prévalence des maux de dos de 10 % et diminuer la durée de l'incapacité liée à l'arthrite et aux rhumatismes.
 12. D'ici l'an 2002, réduire de 10 % la mortalité par maladie du système respiratoire.
 13. D'ici l'an 2002, réduire l'incidence du virus du sida et des maladies transmissibles sexuellement ainsi que leurs complications, et stabiliser les infections résistant aux antibiotiques classiques.
 14. D'ici l'an 2002, éliminer la rougeole, la rubéole, la diphtérie, le tétanos, les oreillons et la poliomyélite, et réduire la coqueluche et l'*Hæmophilus influenzae* (de type B) à moins de 100 cas et de 50 cas par année.
 15. D'ici l'an 2002, réduire de 50 % le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de 6 à 12 ans et abaisser à moins de 5 % le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans.
 16. D'ici l'an 2002, diminuer les problèmes de santé mentale.
 17. D'ici l'an 2002, réduire de 15 % le nombre de suicides et de tentatives de suicide.
 18. D'ici l'an 2002, éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées.
 19. D'ici l'an 2002, diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles que soient l'origine et la nature de ces incapacités.
-

Contribution directe et indirecte des priorités d'action à l'atteinte des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE)

Objectifs de la PSBE	Priorités de santé publique								
	Développement et adaptation sociale des enfants et des jeunes	Maladies évitables par l'immunisation	VIH/SIDA/MTS	Dépistage du cancer du sein	Tabagisme	Traumatismes non intentionnels	Traumatismes intentionnels – Violence	Traumatismes intentionnels – Suicide	Alcoolisme – toxicomanie
1 Violence/enfance	●				○	●		○	
2 Troubles comp./enf.	●		○			○		○	
3 Délinquance	●		○		○	○		○	
4 Violence/femmes	●				○	●		○	
5 Itinérance	○		○			○		○	
6 Alcoolisme/toxicomanie	○		○		○	○		●	
7 Naissances prém./anom.	●	●		●					
8 M.C.V.				●					
9 Cancer (poumon, col, sein)			●	●					
10 Traumatismes	○				●	○	●	○	
11 Maux de dos					○				
12 Système respiratoire		○		●					
13 MTS/sida		○	●					○	
14 Maladies infectieuses	○	●	○						
15 Santé dentaire	○								
16 Santé mentale	●			○		○	●	○	
17 Suicide	○				○	○	●	○	
18 Intégration pers. âgées					○	○		○	
19 Handicaps		○		○	○				

● Contribution directe ○ Contribution indirecte

Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes

Problématique

En matière de promotion de la santé et du bien-être et de prévention, les enfants et les jeunes constituent un groupe auquel des efforts importants doivent être consacrés en raison de l'importance cruciale des premières années de la vie. Des déficits en matière de soins, d'éducation, de loisirs ou d'environnement, des situations de pauvreté, de violence, d'isolement social, de même que certains handicaps, rendent les enfants, les jeunes et leurs parents particulièrement vulnérables, et ont des conséquences néfastes pour certains d'entre eux.

Les problèmes de développement

Certains problèmes de développement commencent dès la grossesse de la mère. Depuis quatorze ans, le pourcentage de la prématurité a tendance à augmenter au Québec (5,7 % en 1980, 7,0 % en 1994), alors que celui de l'insuffisance de poids à la naissance diminue très lentement (6,5 % en 1980, 5,9 % en 1994)¹.

Un bébé né dans une famille pauvre risque davantage d'être prématuré ou d'avoir un poids insuffisant et la probabilité d'un retard de croissance intra-utérine est plus grande chez lui. Les enfants issus de milieux défavorisés subissent plus souvent que le reste de la population les conséquences du cumul des facteurs sociaux et sanitaires défavorables qui les entourent, notamment dans leur milieu familial². Leurs parents doivent également faire face à de multiples problèmes sociaux qui peuvent entraver la croissance et le développement des enfants³⁻⁴.

Le taux de grossesse chez les moins de 18 ans, qui avait fortement augmenté entre 1980 et 1993, passant de 12,6 à 20,1 pour 1 000 adolescentes⁵, est en légère régression depuis 1993, bien qu'on constate d'importantes disparités sous-régionales. Les conséquences physiques, psychologiques et sociales de la grossesse et de la maternité à l'adolescence sont importantes et les coûts sociaux élevés : risque accru de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance, arrêt de la scolarité pour la mère et recours à l'aide sociale pour près des deux tiers des mères de moins de 20 ans⁶⁻⁷.

Après avoir constamment progressé depuis les années 1970, le taux d'allaitement maternel au Québec a nettement diminué entre 1982 et 1993, passant, à l'hôpital, de 60,5 à 48,7 %⁸. De plus, la durée de l'allaitement est écourtée. Une enquête effectuée en 1994 auprès de femmes primipares révèle que 66,3 % d'entre elles allaitent à l'hôpital et qu'elles ne sont plus, respectivement, que 38,6 et 10,7 % à le faire au troisième et au sixième mois de vie de l'enfant⁹. L'Organisation mondiale de la santé recommande que 80 % des mères allaitent leur enfant pendant au minimum quatre mois¹⁰.

La violence conjugale a des conséquences graves pour les femmes et leurs enfants sur les plans affectif et social et sur le plan de la santé. Or, malheureusement, la grossesse et la première année de vie des enfants sont souvent des moments où cette violence se révèle ou s'intensifie¹¹.

Les difficultés de développement chez l'enfant se manifestent très tôt. On estime entre 10 et 15 % le nombre d'enfants québécois qui pourraient présenter des retards dans l'une ou l'autre sphère du développement¹². La prévalence des troubles de la parole et du langage chez les enfants de 5 ans est de l'ordre de 11 à 16 %, tandis que le taux de prévalence des élèves qui présentent des difficultés d'adaptation et d'apprentissage est de 11,3 %¹³ pour l'ensemble du Québec. Ces problèmes sont associés à plusieurs facteurs, notamment au faible niveau socio-économique des familles.

Les problèmes d'adaptation sociale

Les problèmes d'adaptation sociale chez les enfants et les jeunes ont été abondamment décrits ces dernières années. Ils sont généralement regroupés selon trois formes : les problèmes de victimisation, d'externalisation et d'intériorisation.

Les problèmes de victimisation regroupent toutes les formes d'abus et de négligence à l'égard des enfants et des jeunes, et commencent parfois dès la période postnatale. En 1994, un total de 15 620 enfants et jeunes étaient pris en charge en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse parce que leur développement ou leur sécurité étaient compromis¹⁴ (négligence : 58,1 % ; troubles du comportement : 27,2 %). On estime que l'étendue de ces problèmes serait quatre fois plus importante que ce qui ressort de l'évaluation effectuée par les services publics¹⁵.

Les problèmes d'externalisation se manifestent généralement sous forme d'agressivité ou de comportements violents. Quels que soient les comportements violents, ils sont toujours plus fréquents chez les garçons de tout âge que chez les filles¹⁶. Ces problèmes sont présents et souvent reconnaissables dès les premières années en garderie et à l'école primaire. Leur gravité augmente avec l'âge. Pour la période s'étendant du 1^{er} avril 1993 au 31 mars 1994, 2 700 jeunes se sont vus ordonner par le tribunal une mise sous garde et dans 20 % des cas, pour une période supérieure à six mois¹⁷.

Les problèmes d'intériorisation correspondent à des problèmes vécus par les jeunes sous forme de souffrance intérieure. Les tentatives de suicide et le suicide, qui tendent à augmenter chez ce groupe d'âge, en sont les manifestations les plus dramatiques.

Depuis plusieurs années, environ 30 % de jeunes quittent l'école sans avoir obtenu un diplôme d'études secondaires. Cette proportion est plus élevée chez les garçons, soit 42 %¹⁸. De plus, le risque d'échec scolaire des enfants issus de familles à faible revenu est deux fois supérieur à celui qu'encourent les autres enfants.

À propos de l'intervention

Au Québec, en 1991, le rapport du groupe de travail pour les jeunes¹⁹ intitulé *Un Québec fou de ses enfants* confirmait que les problèmes de santé et les problèmes

sociaux des enfants et des jeunes découlent d'une combinaison de facteurs à caractère individuel, familial et socioculturel.

En conséquence, il apparaît maintenant que les solutions à ces différents problèmes nécessitent à la fois des mesures sociétales et des services globaux mieux adaptés aux besoins des jeunes et de leurs parents.

Tout d'abord, l'accent doit être mis sur la responsabilité de la société face aux enfants et sur la nécessité d'adopter des politiques sociales facilitant l'exercice des responsabilités parentales. Il faut aussi mettre l'accent sur des mesures de réduction de la pauvreté, laquelle menace la santé et le développement d'un trop grand nombre d'enfants²⁰. De plus, le soutien des parents requiert une révision des interventions afin que celles-ci puissent promouvoir davantage les habiletés et les compétences des familles, renforcer la relation entre l'enfant et ses parents et mettre en place des mécanismes protecteurs qui diminueront ou élimineront l'apparition des problèmes, notamment chez les familles en situation de pauvreté. En s'appuyant sur les conditions de réussite des interventions²¹ (précocité, intensité, stabilité, continuité, relation de confiance, participation...), une vaste gamme de mesures devront être développées ou consolidées pour agir en amont des problèmes. Ces mesures comprennent la mise en place de services d'accompagnement et de soutien parental s'étendant de la grossesse au vingt-quatrième mois après la naissance, l'accessibilité à des programmes favorisant le développement cognitif, affectif et social des enfants d'âge préscolaire et, enfin, le renforcement des services préventifs de première ligne qui visent à intensifier les interventions auprès des tout-petits et des familles en situation de précarité socio-économique. Or, les services préventifs sont encore largement insuffisants. Le réseau sociosanitaire a beaucoup de difficulté à rejoindre au moment voulu les parents en situation d'extrême pauvreté. Des services adaptés à cette population sont offerts dans la plupart des CLSC. On ne connaît cependant pas le profil exact de la population effectivement rejointe ni celui des services qui lui sont offerts. Depuis le début des années 1990, le programme intégré de promotion de la santé et de prévention périnatale *Naître égaux – Grandir en santé* est expérimenté dans onze territoires de CLSC²². Les femmes enceintes sous-scolarisées constituaient le tiers de la clientèle un an après l'implantation du programme, à la promotion duquel des efforts variés et répétés ont été consacrés ; cette proportion était de près de 50 % après quatre ans. Ces chiffres montrent qu'il est possible, avec des stratégies adaptées, de rejoindre cette population, qui a de multiples besoins et pour laquelle ce type de programme est des plus profitables.

Dans le secteur de la petite enfance, on constate un sous-développement des services aux enfants d'âge préscolaire de 2 à 5 ans, mais surtout une insuffisance dans la continuité des services et dans l'intégration des services sociaux et communautaires²³, incluant un manque d'intervention auprès des enfants, des parents et du personnel des services de garde.

En ce qui concerne les jeunes, on s'entend également sur l'importance d'agir sur le développement des compétences personnelles et sociales de même que sur le développement d'un environnement social et physique favorable à leur qualité de vie et à l'adoption de saines habitudes de vie. Or, en milieu scolaire, les programmes visant ces objectifs sont plutôt variés, cloisonnés, très peu coordonnés et mal intégrés à l'ensemble des activités scolaires.

Toutes ces orientations se retrouvent dans les Orientations ministérielles en matière de planification des naissances (1996), la Politique de périnatalité (1992)²⁴, le Troisième plan d'action en matière de politique familiale (1995), les Orientations ministérielles concernant les jeunes et leur famille (1995), la Politique d'intervention en matière de violence conjugale (1995), le rapport final de la Commission des États généraux sur l'éducation (1996) et les planifications régionales relatives à l'enfance et à la jeunesse.



Résultats attendus

- ▶ Que d'ici 2002, 50 % des femmes québécoises enceintes, sous-scolarisées et en situation d'extrême pauvreté aient été rejointes par un programme intégré de promotion de la santé et de prévention périnatale de type *Naître égaux – Grandir en santé* ;
 - que ces programmes soient offerts dans tous les territoires de CLSC.
- ▶ 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.
- ▶ Que 35 % des enfants du Québec de 2 à 5 ans vivant dans des familles en situation d'extrême pauvreté bénéficient d'une programmation intégrée en milieu de garde ;
 - que cette programmation soit offerte dans toutes les régions du Québec et dans 60 % des territoires de CLSC.
- ▶ Que les programmes dans les domaines de la périnatalité et de la petite enfance incluent systématiquement un volet sur la valorisation du rôle des pères et sur l'engagement de ceux-ci.
- ▶ Que d'ici 2002, dans toutes les régions du Québec, 60 % des écoles disposent :
 - d'une programmation intégrée dans le domaine de la santé et des services sociaux visant le renforcement des aptitudes personnelles et sociales des jeunes et préconisant un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie ;
 - de programmes pour prévenir l'apparition de la violence chez les enfants et les jeunes témoins ou victimes de violence.



Actions à réaliser

■ **Agir**

- ▶ Collaborer à la mise en place d'actions intersectorielles aux niveaux national, régional et local pour contrer l'appauvrissement des individus et des collectivités.
- ▶ S'associer aux intervenants visés pour définir aux niveaux national, régional et local le contenu d'un continuum de services universels en prévention-promotion s'adressant à l'enfance, à la jeunesse et à la famille, et appuyer l'action des organismes communautaires œuvrant dans ces domaines.
- ▶ Implanter dans toutes les régions du Québec des programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité auprès des populations vulnérables, particulièrement auprès de populations en situation d'extrême pauvreté. Ces programmes doivent intégrer une intervention précoce, globale et intense, basée sur :
 - un suivi individuel : suivi de santé en complémentarité avec le médecin, suivi nutritionnel, soutien à l'allaitement, suivi psychosocial, renforcement des compétences parentales, soutien au développement de l'enfant, soutien au réseau immédiat, soutien d'ordre socio-économique. Ce suivi est effectué par une intervenante qui établit une relation de confiance avec la femme enceinte. Cette intervenante est soutenue par une équipe multidisciplinaire ;
 - un accompagnement vers divers groupes communautaires (ateliers parents-enfants, cuisines collectives, etc.) ;
 - une intervention intersectorielle locale : création ou consolidation de ressources communautaires en vue d'améliorer les conditions de vie de ces familles, le soutien parental ou la stimulation infantile, et actions médiatiques ou politiques.
- ▶ Mettre en place, aux niveaux national, régional et local, des interventions pour favoriser l'allaitement maternel.
- ▶ S'assurer, dans toutes les régions du Québec, de l'implantation en milieu de garde (haltes-garderies, services de garde) d'une programmation qui intègre :
 - le développement des enfants d'âge préscolaire ;
 - des programmes de stimulation précoce adaptés aux besoins des enfants issus de familles en situation de pauvreté ;
 - le soutien des parents et celui des intervenants œuvrant dans ces milieux.

- ▶ Mettre au point, avec le ministère de l'Éducation, une programmation santé/ services sociaux en milieu scolaire et collaborer à son implantation dans toutes les régions. Cette programmation doit intégrer :
 - le développement des compétences personnelles et sociales (estime de soi, prise de décision, communication, clarification des valeurs, résolution de conflits, rapports égalitaires entre garçons et filles) ;
 - le développement d'un environnement social et physique favorable à la qualité de vie des jeunes et à l'adoption de saines habitudes de vie.
- ▶ Instaurer des programmes pour prévenir la répétition de comportements violents dans les relations futures des enfants et des jeunes témoins ou victimes de violence.
- ▶ Concevoir, aux niveaux national, régional et local, des interventions pour favoriser la valorisation du rôle des pères et l'engagement de ceux-ci.

■ Comprendre

- ▶ Poursuivre l'amélioration des connaissances et leur diffusion :
 - quant à l'impact des inégalités sociales sur la santé des familles (tout-petits, jeunes, parents) au Québec, notamment en fonction des déterminants suivants : sous-scolarisation, pauvreté, pauvreté chronique et origine ethnique ;
 - quant aux mécanismes de marginalisation et de stigmatisation des individus et des communautés et, à l'inverse, quant aux mécanismes favorisant l'exercice d'un meilleur contrôle sur la santé et le bien-être.



Interventions efficaces ou prometteuses

Naître égaux – Grandir en santé

Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité

Ce projet-pilote est basé sur diverses expériences réalisées au Québec et à l'étranger, et sur les facteurs de réussite déterminés lors d'interventions en milieu défavorisé. Instauré en 1989 dans l'Est de Montréal par le DSC de Maisonneuve-Rosemont, ce projet-pilote regroupe actuellement les directions de la santé publique de Montréal-Centre et de l'Abitibi-Témiscamingue, dix CLSC, des organismes communautaires et d'autres institutions de Montréal, Rouyn-Noranda et Val-d'Or. Ayant été implanté en 1991 en ce qui a trait à la période prénatale, ce programme offre maintenant une continuité pré et postnatale (0-2 ans) aux familles en situation chronique d'extrême pauvreté. Dans les prochaines années, l'ouverture de ce programme aux enfants de 0 à 5 ans est prévue. D'ores et déjà, on sait que l'objectif de rejoindre les femmes enceintes de ces milieux ayant une scolarité inférieure au secondaire V a été atteint.

Naître égaux – Grandir en santé vise à réduire les inégalités et à améliorer la santé et la qualité de vie des nouveau-nés et de leurs parents. Ce programme comporte de multiples cibles (de l'individu à l'environnement global). Il fait appel à trois stratégies d'intervention (renforcement du potentiel individuel, renforcement du milieu et influence : action médiatique ou politique). Enfin, il vise l'ensemble des déterminants de la santé des familles de milieu défavorisé (conditions et habitudes de vie, densité du réseau de soutien, accessibilité des services, etc.).

Une intervenante privilégiée établit une relation de confiance avec la femme enceinte et son réseau d'entraide naturelle. Soutenue par une équipe interdisciplinaire, elle offre un soutien global par des visites à domicile effectuées toutes les deux semaines, dès la vingtième semaine de grossesse. Elle accorde à la famille un soutien particulier au cours des trois mois qui suivent l'accouchement et met tout en œuvre pour garder contact avec elle au cours des deux années suivantes. Certaines familles se joignent au programme seulement après la naissance de leur enfant.

La globalité, l'intensité et la précocité de cette intervention ont un lien direct avec le cumul des difficultés que vivent ces familles. **Les suivis individuels impliquent plusieurs composantes** : suivi de santé en complémentarité avec le médecin, suivi nutritionnel (incluant la distribution de suppléments alimentaires pendant la grossesse – OLO : œuf, lait et jus d'orange – et un soutien à l'allaitement ou à un mode d'alimentation adapté au nourrisson), suivi psychosocial, soutien au développement de l'enfant, soutien au réseau immédiat, soutien d'ordre socio-économique, etc.

Dans le prolongement des suivis individuels, les intervenantes poursuivent une démarche pour comprendre collectivement les difficultés de ces familles, déterminer leurs forces et trouver des solutions avec le milieu. **Ces familles sont donc accompagnées vers divers groupes communautaires** (ateliers parents-enfants, cuisines collectives, etc.), ces ressources jouant un rôle déterminant en matière d'intégration sociale.

Des regroupements locaux d'action intersectorielle (où sont engagés les CLSC et la direction de la santé publique) voient à la création ou à la consolidation des ressources communautaires en vue d'améliorer les conditions de vie de ces familles, d'accroître le soutien parental ou la stimulation infantile. La consolidation des ressources du milieu, y compris les services en CLSC, a toutefois **des retombées évidentes pour l'ensemble des familles d'un quartier**.

Les équipes de santé publique coordonnent la **conception, l'opérationnalisation et l'évaluation** de ce programme. L'évaluation des effets a commencé en 1994 et les résultats seront disponibles en 1999. Aux États-Unis, les meilleurs programmes qui utilisent ce modèle d'intervention ont permis d'observer une diminution de l'insuffisance de poids, de la prématurité et de la mortalité périnatale et l'apparition d'autres effets positifs en période postnatale.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue

C. MARTIN, G. BOYER et al. (1995). *Naître égaux – Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 213 p.

S'exprimer pour une sexualité responsable **Un projet de prévention des grossesses à l'adolescence**

L'augmentation constante des grossesses à l'adolescence observée au Québec au cours de la dernière décennie et leur concentration en milieu de pauvreté ont conduit le Département de santé communautaire Maisonneuve-Rosemont (actuellement la Direction de la santé publique de Montréal-Centre) et ses partenaires à l'expérimentation du projet *S'exprimer pour une sexualité responsable* auprès d'élèves de troisième et quatrième secondaire de trois écoles de Montréal, de 1987 à 1991.

S'exprimer est un projet multifactoriel et intersectoriel de promotion d'une sexualité responsable et de prévention des grossesses à l'adolescence. Il propose trois axes d'intervention réalisés de concert : un programme éducatif, un soutien clinique adapté et un programme de soutien à la communication parents-adolescents.

Afin de faciliter son implantation, ce programme est conçu pour s'intégrer aux services publics éducatifs, sociaux et sanitaires. Le volet éducatif s'intègre au programme de formation personnelle et sociale implanté dans les écoles depuis 1987 et unit les volets éducation à la sexualité et aux relations interpersonnelles autour d'un seul objectif général : la prévention de la grossesse à l'adolescence. Le volet clinique est intégré aux services préventifs et cliniques des CLSC et vise au renforcement des

aptitudes personnelles dans le but d'assurer le maintien du comportement contraceptif. Enfin, le volet famille s'appuie sur la complémentarité des services sociaux et des services de santé avec le milieu scolaire et s'associe aux comités de parents des écoles afin de rejoindre tous les parents des adolescents visés par le programme. Le volet famille vise à stimuler et à soutenir la communication parents-adolescents quant à la sexualité et à la contraception.

La Direction de la santé publique de Montréal-Centre a assumé l'évaluation de la mise en œuvre et de l'efficacité du projet. Cette évaluation a démontré la faisabilité de ce projet et mis en relief ses facteurs de succès de même que les modifications susceptibles d'en accroître les effets. L'évaluation de l'efficacité du projet, réalisée à l'aide d'un devis quasi expérimental auprès des adolescents et de leurs parents, a démontré la capacité de l'intervention à accroître, chez les adolescents, la connaissance des méthodes contraceptives et des ressources cliniques à leur disposition. Elle encouragerait également le recours à la consultation clinique et favoriserait certains comportements préventifs chez les filles qui deviennent actives sexuellement au cours du projet. Chez les parents, on a noté un accroissement de l'attention et une amélioration de la communication avec leurs adolescents à propos de la sexualité et de la contraception, effets qui se maintiennent quatre mois après la fin de l'intervention.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

A. BILODEAU, G. FORGET et J. TÊTREAU (1994). « Évaluation de l'efficacité d'un programme de prévention des grossesses à l'adolescence : *S'exprimer pour une sexualité responsable* », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, Montréal, Direction de la santé publique, hôpital Maisonneuve-Rosemont, p. 163 à 177.

G. FORGET, A. BILODEAU et J. TÊTREAU (1994). *S'exprimer pour une sexualité responsable : un guide d'animation*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, p. 8 à 16.

Expérimentation et évaluation d'un programme d'intervention précoce

Ce programme, qui vise la prévention et la réduction des retards de développement chez les enfants de 0 à 5 ans provenant de milieux défavorisés, s'est déroulé du mois d'août 1992 au mois de mai 1993. Il **comporte trois volets d'action : des activités de stimulation du développement social, cognitif, langagier et psychomoteur des enfants dans huit milieux de garde, des visites à domicile et des rencontres de parents effectuées par le personnel du CLSC de l'Estuaire.**

Ce programme est né de la concertation des organismes suivants : le CLSC de l'Estuaire, le Centre d'action bénévole de Rimouski, l'Association des parents uniques de Rimouski, le Cégep de Rimouski et la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent. Ces partenaires ont reconnu la nécessité de développer dans la

région un programme de qualité à l'intention des familles issues de milieux défavorisés.

L'équipe de santé publique a soutenu l'implantation et l'évaluation du programme notamment en examinant sa faisabilité et en fournissant un aperçu des effets de celui-ci observables à court terme sur le développement des enfants et sur les attitudes éducatives des parents.

Les résultats de l'évaluation permettent de conclure à un fonctionnement adéquat du programme. Il a bel et bien rejoint la clientèle visée et, à la fin, plus de la moitié des enfants présentaient un développement normal. En outre, on a pu observer une augmentation de la confiance en soi chez les parents qui participaient au programme.

Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent

M. HAMEL (1994). *Expérimentation et évaluation d'un programme d'intervention précoce*, Rapport d'évaluation, Rimouski, Unité de santé publique, Centre hospitalier régional de Rimouski, 50 p. et annexes.

Les maladies évitables par l'immunisation

► Problématique

Dix maladies font actuellement l'objet d'une vaccination universelle au Québec : la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b (HIB), la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'hépatite B, l'influenza. Cependant, à l'occasion d'une épidémie, il peut être nécessaire de vacciner la population contre une maladie qui ne fait pas partie du programme régulier comme ce fut le cas, par exemple, lors de l'épidémie d'infections invasives à méningocoque. Il existe aussi quelques programmes spécifiques tel celui de la vaccination contre la rage.

Pour illustrer l'effet de la vaccination sur certaines de ces maladies, rappelons qu'il y a eu au Québec, en 1959, plus de 1 000 cas déclarés de poliomyélite et plus de 100 décès. Depuis lors, la vaccination a éliminé cette maladie. Les infections invasives à HIB provoquaient jusqu'à tout récemment 130 cas de méningite par année chez les enfants de moins de 5 ans, ce qui entraînait le décès ou des séquelles graves dans 25 % des cas. Les vaccins introduits en 1988 et 1992 ont réduit l'incidence, en 1994, à deux cas de méningite à HIB, qui sont survenus chez des enfants de moins de 5 ans, tous deux non vaccinés¹.

Actuellement, le Québec ne possède pas de système de mesure de la couverture vaccinale à l'échelle nationale. Un tel système est pourtant essentiel pour évaluer la performance des programmes et déterminer quels sont les groupes sous-vaccinés. Récemment, un progiciel a été élaboré pour la surveillance de la couverture vaccinale aux niveaux local et régional. Ce système facilitera, pour chaque personne, la connaissance de son statut vaccinal. Toutefois, des démarches importantes devront être entreprises pour généraliser et optimiser l'utilisation de cet outil et y associer les autres éléments nécessaires pour mesurer la couverture vaccinale (fichier de vaccination pour la population, cadre légal approprié assurant l'échange d'information).

Certaines études portant sur des échantillons de la population permettent cependant d'estimer la couverture vaccinale québécoise. Ainsi, entre 85 et 90 % des enfants de 2 ans auraient reçu l'ensemble des vaccins prescrits par le calendrier régulier. La couverture vaccinale contre l'hépatite B des élèves de 4^e année était de 82 % en 1994-1995. Elle sera vraisemblablement plus élevée pour l'année scolaire 1995-1996. Les données relatives à la couverture vaccinale chez les adolescents sont trop fragmentaires pour qu'on puisse en extraire un chiffre pour l'ensemble du Québec. La même situation prévaut en ce qui a trait à l'influenza chez les personnes âgées.

Contrairement à ce qui a cours aux États-Unis et dans plusieurs provinces canadiennes, la vaccination n'est pas obligatoire au Québec. Il faut donc prévoir une stratégie

de promotion pour maintenir les acquis et l'adhésion de la population au regard de la vaccination et pour instaurer de nouveaux programmes.

Par ailleurs, un événement fâcheux, lié ou non au vaccin, peut se produire après une immunisation. Des efforts importants doivent donc être consacrés à la surveillance des événements postimmunisation pour distinguer les effets secondaires réels des événements fortuits.

Une surveillance épidémiologique permanente est indispensable pour ajuster les stratégies, mesurer l'effet des programmes et déterminer les problèmes. Elle est actuellement basée sur la déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Des efforts doivent être maintenus et une vigilance accrue sera nécessaire pour augmenter le taux de déclaration et la précision dans l'identification des cas.

Les calendriers de vaccination sont complexes et évoluent constamment. Il importe donc de développer le partenariat avec les vaccinateurs des secteurs public et privé en les associant aux décisions et à l'implantation des nouveaux programmes, et en proposant aussi des activités de mise à jour des connaissances.

Les produits biologiques perdent de leur pouvoir protecteur s'ils sont soumis à des températures trop basses ou trop élevées. Une étude d'un échantillon de vaccins effectuée en 1995-1996 a permis de constater une proportion de 5 % de bris majeurs en ce qui a trait au maintien de la température des vaccins depuis le manufacturier jusqu'au vaccinateur². De plus, on sait qu'il faut ajouter à cela une perte pendant l'entreposage. Il faut donc mettre au point un système pour mesurer les bris de la chaîne thermique, quantifier et également limiter les pertes annuelles de vaccins non utilisés, qui sont estimées à 10 %³.



Résultats attendus

- ▶ 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 %).
- ▶ Qu'en 2002, 95 % des enfants de 15 ans aient reçu le vaccin contre l'hépatite B ainsi que les rappels du calendrier régulier.
- ▶ Que d'ici 2002, les maladies suivantes, évitables par l'immunisation, soient sous le seuil d'élimination⁽¹⁾ :
 - la rougeole, la rubéole, la diphtérie, les oreillons et la poliomyélite.
- ▶ Qu'en 2002, l'incidence des maladies suivantes, évitables par l'immunisation, soit réduite :
 - infection invasive à *Hæmophilus influenza* 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.
- ▶ Que d'ici 2002, au moins 80 % des personnes âgées vivant en institution reçoivent chaque année le vaccin contre l'influenza.
- ▶ Que d'ici 2002, 60 % de la population vivant en milieu ouvert (personnes âgées de plus de 65 ans) reçoive chaque année le vaccin contre l'influenza.
- ▶ Que d'ici 2002, le pourcentage de vaccins achetés mais non utilisés baisse de 10 % (pourcentage annuel) à moins de 5 %.
- ▶ Que d'ici 2002, le pourcentage de vaccins qui sont soumis à une température inadéquate baisse de 5 % (pourcentage de 1995-1996) à 2 %.

(1) Doit être compris dans le sens d'une absence d'épidémie. Cependant, une éclosion mineure peut toujours survenir à la suite d'une importation de cas.



Actions à réaliser

■ **Agir**

- ▶ Renforcer, aux niveaux national, régional et local, les stratégies de promotion de l'immunisation et les actions visant à informer la population, de façon à maintenir à 85 % le pourcentage de la population favorable à l'immunisation.
- ▶ S'assurer de l'application du programme universel de vaccination en conformité avec le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ)⁴.
- ▶ Mettre en place un système de contrôle de la qualité et de gestion des produits immunisants pour diminuer la proportion de vaccins non utilisés et non utilisables.
- ▶ Mettre en place des programmes de mise à jour des connaissances destinés aux vaccinateurs.
- ▶ Poursuivre l'implantation d'un système de mesure de la couverture vaccinale.
- ▶ S'assurer que tous les médecins vaccinateurs en clinique médicale transmettent leur registre vaccinal aux directions de santé publique.
- ▶ Consolider le système de surveillance des maladies évitables par la vaccination en s'assurant que tous les cas soient déclarés pour chacune des maladies et en exploitant les autres sources d'information existantes.
- ▶ Achever l'implantation, dans toutes les régions du Québec, d'un fichier de vaccination.
- ▶ Consolider le système de surveillance des événements postimmunisation.



Interventions efficaces ou prometteuses

La vaccination, un plus pour la santé

Campagne de communication au Saguenay–Lac-Saint-Jean

1995–1996–1997

Même si de nos jours, grâce à la vaccination, le risque de contracter une des maladies « évitables » comme la diphtérie, la coqueluche, la rougeole, etc., semble improbable ou inexistant, la vaccination peut être « victime de son propre succès » en ce sens où les regards sont plutôt tournés vers les effets secondaires des vaccins. De plus, la population demande avec raison d'être mieux informée. Ainsi, au Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'inquiétude manifestée par des parents à la suite de certaines allégations antivaccination et le besoin accru d'information qui en a résulté ont entraîné la mise sur pied d'une campagne régionale de communication : *La vaccination, un plus pour la santé*.

Entreprise par la Direction de la santé publique, cette campagne est menée avec la collaboration de sept CLSC et de cinq hôpitaux de la région. Elle vise les parents de nouveau-nés, les enfants en 4^e année scolaire et leurs parents. Elle s'adresse aussi au jeune qui reçoit lui-même un vaccin ou à la personne qui décide pour le jeune qui est en droit de le recevoir. L'approche favorisée est d'amener la population visée à prendre une décision éclairée par rapport à la vaccination.

Les principales activités de cette campagne consistent à :

- tenir une session de formation par centre hospitalier pour le personnel médical et infirmier en obstétrique pouponnière ;
- remettre à tous les parents de nouveau-nés, et ce, avant la sortie de l'hôpital, une pochette d'information comprenant un carnet de vaccination, un carton d'invitation à la vaccination, quatre feuillets de renseignements sur les différents vaccins et une camisole pour bébé à l'effigie de *La vaccination, un plus pour la santé* ;
- publier deux annonces sur la vaccination pour une durée d'un mois chacune sur les contenants de lait (commandite d'une laiterie régionale) ;
- diffuser deux affiches sur ce thème dans les hôpitaux, les CLSC, les cliniques médicales, les organismes en périnatalité et les écoles primaires.

L'évaluation démontre que les sessions de formation ont rejoint le nombre et le type de participants visés et ont recueilli un degré élevé de satisfaction. Le matériel distribué a, en préproduction, été testé auprès d'un échantillon de parents. Le taux de lecture, l'intégration des messages, la présentation visuelle et l'assiduité de diffusion, entre autres, seront évalués en cours de campagne.

Direction de la santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Surveillance et revaccination contre la rougeole

L'épidémie de rougeole survenue au Québec en 1989 a entraîné 10 000 cas de rougeole déclarés, 656 hospitalisations ainsi que 7 décès.

Devant l'éventualité d'une nouvelle épidémie de cette nature en 1996, le MSSS, en concertation avec le Comité sur l'immunisation du Québec et les régies régionales, a mis en place une stratégie de prévention et d'élimination de la rougeole qui visait les objectifs suivants :

- **prévenir l'épidémie appréhendée de rougeole du printemps 1996 ;**
- **éliminer d'ici 2002 la rougeole au Québec.**

Cette stratégie comportait les trois volets suivants :

- entreprendre une campagne de revaccination massive contre la rougeole auprès des élèves du secondaire et du primaire à compter de février 1996 afin d'atteindre un pourcentage de vaccination de 85 % pour cette clientèle ;
- introduire dans le calendrier régulier de vaccination une seconde dose de vaccin contre

la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) à l'âge de 18 mois ;

- assurer aux enfants de 19 mois à 5 ans une seconde dose de vaccin contre la rougeole d'ici la fin de 1996.

Les principaux résultats constatés sont :

- l'objectif de couverture vaccinale de 85 % a été atteint et même dépassé (89,4 %), tant pour les jeunes du niveau primaire (90,3 %) que pour ceux du secondaire (88 %) ;
- la deuxième dose de RRO a été introduite au calendrier régulier de vaccination des enfants de 18 mois ;
- la vaccination se poursuit normalement en ce qui a trait aux enfants de 19 mois à 5 ans ;
- l'épidémie appréhendée a été évitée.

La campagne de revaccination réalisée pourra éliminer la rougeole au Québec pour 2002 et épargner à la population le fardeau et les conséquences importantes que cette maladie entraîne.

Le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement (MTS)

► Problématique

VIH-sida

Au Québec, en 1996, près de 10 000 personnes sont infectées par le VIH et parmi celles-ci, 1 020 ont un diagnostic de sida. Chaque année, entre 500 et 2 000 autres personnes seraient infectées par le VIH. Il s'agit là d'une approximation puisqu'à la différence du sida, le VIH n'est pas une maladie à déclaration obligatoire et qu'on ne dispose que de données partielles sur la surveillance du VIH. Cette infection est présente partout au Québec, mais la région de Montréal-Centre est près de dix fois plus touchée que l'ensemble des régions. Le sida y est la première cause de décès chez les personnes âgées de 20 à 49 ans. L'épidémie affecte plus particulièrement certains groupes, notamment les hommes homosexuels, les usagers de drogues par injection (UDI) et les personnes originaires de régions endémiques. L'incidence augmente dans certains groupes, notamment chez les UDI. L'épidémie reste fluctuante et des changements demeurent possibles¹.

Le VIH engendre des coûts considérables sur le plan de la santé, de même que des coûts sociaux importants. Au-delà des facteurs de risque reconnus (transmission sexuelle, sanguine, de la mère à l'enfant), certains déterminants tels que la pauvreté, l'homophobie, l'itinérance, les inégalités entre les hommes et les femmes, la violence, la toxicomanie, la prostitution, l'incarcération et la délinquance rendent plus difficiles l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires. Cette même constatation s'applique aux maladies transmissibles sexuellement (MTS).

Les programmes de prévention et de promotion mis en place jusqu'à présent ont permis à différentes populations, particulièrement les jeunes et les homosexuels, d'acquérir des connaissances et de modifier des comportements dans un contexte où les normes sociales reliées à des sujets controversés tels que la sexualité et les drogues ont peu à peu évolué²⁻³⁻⁴. Cependant, les jeunes homosexuels ne semblent pas avoir été rejoints en nombre suffisant. Le principal problème auquel fait face ce groupe social demeure la discrimination.

Les usagers de drogues par injection continuent de partager leurs seringues usagées, mais dans une moindre mesure⁵. Au Québec, le fait que l'accent ait surtout été mis sur la prévention de la toxicomanie et sur la réadaptation a créé un manque dans le continuum de services, de sorte que les toxicomanes consommant activement telle ou telle drogue ne sont pas rejoints. L'adoption d'une politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie et un meilleur accès à des services de distribution de méthadone⁶⁻⁷, comme cela a été fait en Angleterre, en

Australie ou en Suisse, permettraient de limiter l'épidémie du VIH chez les UDI du Québec⁽¹⁾.

Les femmes, en raison des tendances de l'épidémie du VIH et de certains contextes de vie, constituent également un groupe à risque, notamment les femmes utilisatrices de drogues par injection, les adolescentes, les jeunes femmes et les prostituées.

Les résultats d'une étude menée aux États-Unis et en France ont montré que le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant diminuait de 25,5 à 8,3 % lorsque les femmes infectées par le VIH et leurs nourrissons étaient traités à la zidovudine (AZT), ce qui permet de réduire chez les enfants la mortalité et la morbidité reliées au VIH et au sida. Étant donné ces résultats, un programme québécois d'intervention sur l'infection au VIH au regard de la grossesse est en cours d'implantation au Québec depuis l'automne 1996⁽²⁾.

Malgré une sensibilisation accrue, les membres de certaines communautés ethnoculturelles sont particulièrement affectés par le VIH. Des interventions et du matériel adaptés sont nécessaires pour faciliter l'adoption de comportements sécuritaires.

Enfin, en raison de leurs conditions de vie, les jeunes en difficulté, les personnes incarcérées et les personnes des communautés autochtones demeurent des populations qui sont vulnérables à l'infection par le VIH et les MTS.

MTS

Près de 10 000 cas ont été déclarés en 1995⁸ au système de surveillance des maladies transmissibles sexuellement (MTS). L'incidence réelle n'est toutefois pas connue, notamment à cause de la sous-déclaration des MTS à déclaration obligatoire (MADO) et du fait que d'autres MTS très fréquentes ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire (ex. : condylomes, herpès génital). Il est cependant raisonnable de penser que cette incidence est plusieurs fois supérieure au nombre de cas déclarés.

Les MTS à déclaration obligatoire, essentiellement d'étiologie bactérienne, ont considérablement diminué au cours des dernières années. Cependant, cette tendance pourrait être renversée sous l'influence de facteurs tels que le développement de nouvelles résistances aux antibiotiques ou à cause des phénomènes sociaux émergents et des changements qui surviennent dans la prestation des services.

(1) La réduction des méfaits est une approche pragmatique de santé publique qui vise à minimiser les conséquences néfastes de l'usage de drogues pour l'individu, la famille, la communauté et la société. Cette approche peut inclure par exemple des programmes d'échange de seringues, de l'aide pour le logement ou la recherche d'emploi, une intervention préventive dans les milieux de consommation de drogues, la prescription de drogues sous contrôle médical, l'aménagement de sites de tolérance pour la consommation de drogues (ex. : locaux d'injection), la légalisation des drogues douces afin de ne pas encourager la consommation des drogues dures, etc.

(2) Le programme mis de l'avant par la Direction générale de la santé publique (DGSP) s'inscrit dans un vaste mouvement où les Centers for Disease Control aux États-Unis, la majorité des provinces canadiennes et plusieurs associations médicales ont émis des avis recommandant de faciliter l'accès au test anti-VIH aux femmes enceintes et l'accès au traitement à la zidovudine de façon volontaire. Ce programme fait suite aux recommandations, en 1995, d'un comité d'experts mandaté par la DGSP pour la mise en place d'un programme d'intervention basé sur le principe d'une offre universelle d'information et de *testing* volontaire anti-VIH chez les femmes enceintes. Le Collège des médecins et la COCO-sida (Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida) soutiennent le scénario proposé.

Contrairement aux MTS bactériennes, les MTS virales semblent augmenter, particulièrement les condylomes et l'herpès génital⁽³⁾. Dans ce contexte, l'absence d'information sur l'ampleur de ce problème constitue une lacune majeure.

La prévention des MTS vise aussi la diminution de complications tels que les salpingites et les maladies inflammatoires pelviennes, les grossesses ectopiques, l'infertilité tubaire et le cancer du col de l'utérus dont les coûts sociaux, médicaux et économiques sont importants. L'incidence de ces problèmes de santé est également mal connue.

Le suivi médical adéquat des personnes atteintes d'une MTS et de leurs partenaires sexuels est une composante essentielle d'un programme de contrôle des MTS. Les services actuels de dépistage, de diagnostic et de traitement des MTS comportent des lacunes. Tout d'abord, le taux de positivité des tests de détection des MTS bactériennes semble très faible, ce qui met en évidence soit une faible application des lignes directrices de l'utilisation de ces tests, soit la nécessité de les réviser. De plus, les partenaires sexuels des personnes atteintes de MTS ont besoin d'être avisés et traités afin d'interrompre la chaîne de transmission (notification aux partenaires). Mis à part quelques projets-pilotes réalisés dans certaines régions, cette démarche est sous la responsabilité des médecins traitants qui ne sont pas suffisamment outillés et soutenus pour procéder de façon efficace.

À propos de l'intervention

Depuis 1987, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis au point des stratégies afin de lutter contre le sida et les MTS. Il a procédé en 1995-1996 à une vaste consultation auprès des régies régionales et des associations provinciales en vue de faire le bilan des années 1992-1995 (phase 3 de la *Stratégie de lutte contre le sida et de prévention des MTS*) et d'élaborer un nouveau plan d'action⁹⁻¹⁰.

(3) Information rapportée par plusieurs cliniciens.



Résultats attendus

- ▶ 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.
- ▶ Que d'ici 2002, soit élaborée une politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie.
- ▶ Que d'ici 1999, le programme d'intervention sur l'infection par le VIH au regard de la grossesse soit implanté dans toutes les régions du Québec.
- ▶ Que d'ici 2002, le taux d'infection par le VIH des nouveau-nés de mères infectées, qui est de 25,5 %, soit réduit à 10 %.
- ▶ Que d'ici 1999, le Québec et toutes ses régions disposent de données fiables sur l'infection par le VIH, les MADO, les MTS virales et les complications liées aux MTS (données d'incidence et de prévalence).

► **Actions à réaliser**

■ **Agir**

- Favoriser l'adoption d'attitudes non discriminatoires envers les personnes vulnérables ou vivant avec le VIH, par exemple en soutenant, au niveau ministériel, les propositions de modification des lois actuelles pour favoriser la reconnaissance du statut social des personnes homosexuelles.
- Sensibiliser les paliers de gouvernement visés aux conséquences positives de l'adoption d'une politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie sur la prévention du VIH chez les usagers des drogues par injection (UDI).
- Mener des campagnes nationales d'information et de communication sur la promotion de comportements sexuels sécuritaires et visant, en particulier, les populations vulnérables.
- Soutenir, dans toutes les régions du Québec, le développement et l'évaluation d'interventions de terrain favorisant l'adoption de pratiques sexuelles sécuritaires et rejoignant les groupes les plus vulnérables.
- Améliorer, dans toutes les régions du Québec, l'accessibilité aux condoms, aux seringues stériles, à la méthadone et aux outils d'information auprès des populations vulnérables.
- Mettre en place, dans toutes les régions du Québec, un programme d'intervention sur l'infection par le VIH au regard de la grossesse.
- Planifier, au niveau ministériel, et organiser dans toutes les régions des activités de formation s'adressant aux intervenants de première ligne ; ces interventions devraient être axées sur l'amélioration des compétences requises pour intervenir auprès des populations vulnérables.
- Réviser, au niveau national et avec les partenaires visés, les lignes directrices sur les MTS (dépistage, traitement et notification aux partenaires) et promouvoir leur application auprès du personnel médical dans toutes les régions du Québec.

■ Comprendre

- ▶ Réviser la stratégie actuelle de surveillance de l'infection par le VIH pour que le réseau de la santé et des services sociaux dispose des informations nécessaires sur l'incidence et la prévalence de cette infection.
- ▶ Documenter la problématique des MTS au Québec quant à son ampleur, en améliorant la performance du système actuel de surveillance des MTS (MADO) et en développant des projets-pilotes de surveillance des MTS virales et des complications liées aux MTS.
- ▶ Documenter les conséquences de la criminalisation de la prostitution et de l'usage de drogues douces sur la prévention de l'infection par le VIH et des MTS.
- ▶ Mener des recherches afin de mieux comprendre l'influence des déterminants psychosociaux et environnementaux sur les comportements sexuels et sur les comportements liés à la consommation de drogues.

► Interventions efficaces ou prometteuses

Programme d'échange de seringues chez les usagers de drogues par injection

Le premier projet de prévention du VIH chez les usagers de drogues par injection (UDI) a été mis sur pied en 1989. Il s'agit de ce qui est communément appelé un programme d'échange de seringues. De nombreux projets de nature différente et variée ont été amorcés ensuite sous la direction des équipes de santé publique dans diverses régions du Québec. Ces équipes ont mobilisé de nombreux partenaires, souvent à l'encontre des normes en place dans le réseau. **Ces projets visent à faire de l'éducation et de la prévention auprès des UDI, à offrir le test anti-VIH et à rendre des seringues disponibles pour éviter le prêt ou l'emprunt de seringues, comportements directement liés à la transmission du VIH chez cette population. Des projets ont été implantés dans quatorze régions avec 313 centres d'accès aux seringues, et ont été répartis selon trois formules :**

- les centres spécialisés de prévention du VIH chez les UDI ;

- l'intervention par le travail de milieu et le travail de rue ;
- l'intervention par le réseau de la santé et les pharmacies.

La mise en place de ces programmes a permis de constater qu'il est possible de rejoindre les toxicomanes actifs afin d'entreprendre avec eux des actions qui ont trait à leur santé. Par l'entremise de ces programmes, les intervenants (excluant les pharmacies) ont eu plus de 100 000 contacts par année avec des UDI et ont distribué environ 450 000 seringues.

Les études qui ont évalué les programmes d'échange de seringues ont montré qu'il est possible d'obtenir :

- une diminution du partage du matériel d'injection ;
- une augmentation du nombre d'UDI qui disent désinfecter efficacement leur matériel ;
- une augmentation de la demande pour désintoxication et réadaptation⁷.

Formation et mobilisation des intervenants de première ligne au regard des besoins de la clientèle des jeunes homosexuels et bisexuels en Montérégie

Si l'homosexualité peut être vécue sans préjudice dans le cadre de la vie privée, il reste qu'un grand nombre de personnes continuent à cacher leur orientation sexuelle dans leur vie professionnelle et publique et auprès des services de santé et des services sociaux. La propagation du sida a parfois amplifié l'incompréhension et la peur à l'endroit des personnes homosexuelles ou bisexuelles. En même temps, le fait que le VIH se transmette surtout par voies sexuelles a incité les intervenants à s'intéresser davantage à la vie intime de ce groupe.

Le projet-pilote coordonné depuis 1993 par la Direction de la santé publique de la Montérégie a misé sur une mobilisation du réseau des CLSC, des centres d'accueil pour jeunes en difficulté et des organismes communautaires pour la planification de services à l'intention des jeunes homosexuels et bisexuels de la région.

Ce projet a rapidement démontré que des services adaptés à la population homosexuelle et bisexuelle impliquent une volonté d'écoute et un désir d'information accru au regard de ces personnes et de ces réalités.

Une intervention à stratégies multiples a permis d'augmenter le degré d'ouverture des intervenants à l'égard de ce groupe :

- sensibilisation des gestionnaires ;
- organisation d'une journée de formation ;
- atelier d'intégration avec la participation de jeunes gais et bisexuels ;
- visite de suivi dans chacun des milieux participants.

Les résultats préliminaires de l'évaluation de ce projet-pilote ont démontré des changements significatifs tant sur le plan individuel qu'organisationnel :

- amélioration des connaissances et des attitudes face à l'homosexualité ;
- plus grande sensibilité au rôle de soutien et développement du sentiment de compétences à œuvrer auprès des jeunes gais et bisexuels ;
- capacité à entamer la discussion sur l'homosexualité avec des groupes de jeunes ;
- production de nouveaux outils d'intervention en association avec la ligne GAI ÉCOUTE (dépliants, affiches, bottins des ressources disponibles).

Intervention préventive en milieu carcéral

La concertation entre les acteurs de la santé publique, de la sécurité publique et du réseau communautaire de la région de Québec depuis 1990 a permis la mise en œuvre d'une intervention novatrice en matière de prévention du VIH-sida et de l'hépatite B-VHB auprès des personnes incarcérées au Centre de détention de Québec.

Cette intervention a été coordonnée par la Direction de la santé publique de la région et a débuté à l'automne 1993. **Elle vise à aider les personnes incarcérées à percevoir leur vulnérabilité face au VIH et au VHB, à connaître les moyens d'en prévenir la transmission, à reconnaître leurs propres aptitudes au regard de comportements sécuritaires et à se protéger pendant et après l'incarcération.**

Le mode d'intervention privilégié est le travail dans le milieu, réalisé en prison par une

intervenante du programme d'échange de seringues Point de Repères. L'action se voulait souple, informelle, proche des besoins de la population carcérale. Un comité tripartite formé de représentants cadres et professionnels de la prison, du secteur de la santé publique et de Point de Repères a permis à chaque instance de s'engager dans la réalisation de ce défi.

Le Centre de détention de Québec a été le premier à offrir au Québec un accès aux condoms au moyen de distributeurs. L'eau de Javel non diluée est disponible dans tous les secteurs de la prison. Des rencontres de groupes ou individuelles sont offertes par trois intervenants de Point de Repères. Le service d'information-conseil pour le dépistage anti-VIH, le soutien pour les personnes vivant avec le VIH et l'établissement d'alliances avec le milieu extérieur sont les principaux éléments de la stratégie.

Direction de la santé publique de Québec

Le dépistage du cancer du sein

► Problématique

En 1995, le cancer du sein était la tumeur maligne la plus souvent diagnostiquée chez les femmes¹. L'incidence de ce cancer augmente à un taux annuel moyen de 1,5 %² et croît parallèlement au vieillissement de la population. Toujours en 1995, le nombre prévu de nouveaux cas au Québec s'élevait à 4 000 et le nombre de décès à 1 450³. Le taux de mortalité est important mais demeure stable. Plus de 70 % des cas se rapportent aux femmes de 50 ans et plus⁴. Le taux relatif de survie s'établissait à 73 % en moyenne après cinq ans chez les femmes diagnostiquées entre 1984 et 1986⁵. Cette probabilité varie en fonction de l'état d'avancement du cancer au moment du diagnostic.

Les causes exactes du cancer du sein ne sont pas encore connues. Les deux facteurs de risque jugés les plus importants sont l'âge et l'hérédité⁶. Comme on ne peut encore prévenir l'apparition du cancer du sein, en raison de l'impossibilité de modifier les facteurs de risque connus et d'une méconnaissance des autres causes, l'approche la plus susceptible de diminuer la mortalité reliée à ce cancer est d'intervenir le plus précocement possible pour modifier l'évolution de la maladie⁷.

À propos de l'intervention

De nombreuses études épidémiologiques ont démontré l'efficacité du dépistage du cancer du sein par mammographie. Une diminution de la mortalité pouvant atteindre 40 % a été observée de sept à dix ans après le début des activités liées à ces études. Cette diminution est toutefois soumise à trois conditions : que le dépistage soit fait chez les femmes faisant partie du groupe d'âge 50-69 ans, qu'au moins 70 % de ces femmes y aient recours et que la mammographie soit réalisée dans des conditions optimales de qualité⁸.

Au terme d'études indiquant de façon à peu près constante les bénéfices d'un programme de dépistage en ce qui a trait à la diminution de la mortalité chez les femmes de 50 à 69 ans, plusieurs provinces canadiennes ont implanté des programmes de dépistage : la Colombie-Britannique en 1989, l'Alberta et l'Ontario en 1990, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan en 1991, le Manitoba et le Nouveau-Brunswick en 1995. Il est cependant encore trop tôt pour évaluer l'effet de ces programmes sur la mortalité.

Un programme de dépistage comporte certains aspects négatifs. Tout d'abord les « faux positifs », qui exigeront des investigations complémentaires alors qu'il n'y a pas de pathologie ; ensuite les « faux négatifs », la mammographie ne détectant pas tous les cancers⁹. Enfin, puisque les activités de dépistage s'adressent à des personnes asymptomatiques, il est possible que le seul fait d'être invitées à une intervention de dépistage puisse être une source d'anxiété¹⁰.

Certains aspects négatifs du dépistage peuvent être minimisés par le maintien d'une haute qualité des services de dépistage. Il est aussi possible de diminuer le stress des femmes, notamment si une communication adéquate est établie entre le médecin et la femme, si une information complète lui est donnée, si les délais sont courts entre la mammographie, le résultat du dépistage et la confirmation diagnostique, ainsi qu'entre le diagnostic et le traitement, s'il y a lieu¹¹.

Un programme de dépistage du cancer du sein doit s'inscrire dans une stratégie globale visant à réduire la morbidité et la mortalité reliées au cancer du sein et à améliorer la qualité de vie des femmes et de leurs proches touchés par ce problème. Cette stratégie doit comprendre un ensemble d'activités de promotion et d'information auprès des femmes et des professionnels de la santé ainsi que des activités planifiées ayant trait au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi global et complet des femmes affectées par ce problème, ce qui inclut les soins palliatifs et le soutien psychosocial.

Le cadre de référence du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a été préparé en 1996 par un comité du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le contenu du programme y est présenté en détail. Il sera implanté en 1997 dans toutes les régions du Québec. La mise en place d'un tel programme fait suite aux études du Conseil d'évaluation des technologies en 1990 et 1993, à la présentation d'un plan d'action ministériel en 1993 et au dépôt, en mai 1995, du rapport du Comité consultatif provincial chargé de dégager les lignes directrices d'un programme de dépistage du cancer du sein.



Résultats attendus

- ▶ 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.
- ▶ Qu'en 2003, 70 % des femmes du Québec âgées de 50 à 69 ans aient été rejointes par le PQDCS.
- ▶ Que le taux de détection de cancers chez les femmes participant au PQDCS soit d'au moins 5 pour 1 000 lors d'un dépistage initial et d'au moins 3 pour 1 000 lors d'un dépistage ultérieur.
- ▶ Qu'en 2008, on observe une réduction d'au moins 25 % du taux de mortalité relié au cancer du sein chez les femmes âgées de 55 à 74 ans.

► **Actions à réaliser**

■ **Agir**

- Susciter, dans le cadre de la mise en place du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), la participation de la population visée et de tous les intervenants par des activités d'information, de sensibilisation et de mobilisation appropriées.
- Contribuer, dans chaque région, au suivi des opérations et à la gestion du programme.
- Assurer, aux niveaux ministériel et régional et avec les partenaires du réseau, la qualité des services de dépistage en fonction des normes et exigences de qualité du PQDCS.
- Participer à l'élaboration du contenu et à la programmation des activités de formation des intervenants visés.
- Évaluer les résultats de façon continue, sur une base nationale.

Le tabagisme

Problématique

En 1991-1992, 34,2 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus était composée de fumeurs, parmi lesquels on retrouvait 30 % de fumeurs réguliers et 4 % de fumeurs occasionnels. Ce pourcentage atteignait 35,4 % en 1994. Les non-fumeurs se subdivisent en groupes presque égaux d'ex-fumeurs et de personnes n'ayant jamais fumé¹⁻². L'usage de la cigarette varie en fonction du niveau socio-économique, passant de 21 % chez les mieux nantis à 45 % chez les très pauvres.

Après une baisse continue du tabagisme pendant plusieurs années, les trois dernières années ont été marquées par une tendance à la hausse du phénomène, et ce, particulièrement chez les jeunes³⁻⁴. Un jeune du secondaire sur trois fume la cigarette et la proportion atteint 40 % chez les filles de 14 ans et plus. On sait que très peu de gens commencent à fumer après l'âge de 20 ans. La prévalence du tabagisme est constante parce que les jeunes fumeurs remplacent ceux qui meurent ou qui abandonnent.

Chaque année, environ 10 000 Québécois et Québécoises meurent de problèmes de santé reliés à leurs habitudes tabagiques. C'est plus de décès que la somme des décès reliés à l'alcool, au sida, aux drogues illicites, aux accidents de la route, au suicide et aux homicides. Près de 30 % des cancers sont attribuables au tabagisme, dont 85 % des cancers du poumon. Il est de plus un facteur de risque majeur en ce qui a trait aux maladies cardiovasculaires (MCV) et respiratoires. Le tabagisme constitue la principale cause des décès par MCV dans 25 à 30 % des cas. Son influence néfaste sur la grossesse et le fœtus est de mieux en mieux documentée. La fumée de tabac dans l'environnement (FTE) est cancérigène et peut affecter la santé des non-fumeurs, particulièrement de ceux souffrant de problèmes respiratoires ou cardiaques et des enfants. Une centaine de non-fumeurs meurent chaque année au Québec à cause d'une exposition à la FTE⁵⁻⁶.

Il est maintenant admis que le tabagisme est une toxicomanie. La nicotine contenue dans le tabac crée une dépendance qui rend difficile la modification du comportement⁷⁻⁸.

À propos de l'intervention

La réduction du tabagisme est possible. Elle exige cependant une batterie de mesures (économiques, législatives, éducatives...) dont l'application doit être concertée, vigoureuse et soutenue. Les résistances à l'intervention tiennent au fait que la consommation du tabac n'est pas illégale et que l'industrie du tabac est très puissante. De plus, cette toxicomanie jouit d'une longue tradition et est encore socialement acceptée.

Dans le but de lutter efficacement pour contrer l'ampleur du tabagisme au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux a conçu et diffusé en 1994 un plan d'action pour la lutte contre le tabagisme basé sur trois grands axes : la prévention du tabagisme, la protection des non-fumeurs et la cessation. Ce plan d'action s'inspire des principes et des stratégies mondialement reconnus pour combattre le tabagisme.

Par ailleurs, depuis juin 1994, le Ministère est responsable de l'application de la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics. En étroite collaboration avec les directions de la santé publique des régies régionales et le ministère de la Justice, il voit actuellement au renforcement de l'application de cette loi par de nouvelles modalités découlant de modifications apportées par le Code de procédures pénales.

Dans la foulée de la consultation publique réalisée entre novembre 1995 et février 1996 sur une éventuelle législation québécoise, le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore actuellement un nouveau projet de loi. Cette loi contribuera à faire du non-usage du tabac la norme dans la société québécoise. Les mesures législatives rattachées à la nouvelle loi pourraient notamment avoir trait à la promotion des produits du tabac, à la prévention du tabagisme chez les jeunes ainsi qu'à la protection des non-fumeurs contre l'exposition involontaire à la fumée de tabac.

La future législation influencera la réalisation de certaines actions, notamment celles ayant trait à l'application de la loi.



Résultats attendus

- ▶ Qu'en 1998, une stratégie de prévention du tabagisme soit appliquée dans toutes les écoles primaires et secondaires du Québec.
- ▶ 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.
- ▶ 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.
- ▶ Que d'ici 2002, la population québécoise âgée de 15 ans et plus composée de fumeurs réguliers ou occasionnels passe de 35,4 % (pourcentage de 1994) à 28 %.



Actions à réaliser

■ **Agir**

- ▶ Renforcer les mesures législatives et réglementaires visant la protection des non-fumeurs contre l'exposition involontaire à la fumée de tabac dans l'environnement.
- ▶ Adopter des mesures législatives et réglementaires quant à la promotion et à la publicité des produits du tabac.
- ▶ Adopter des mesures législatives et réglementaires contribuant à la prévention du tabagisme, notamment en ce qui a trait à la consommation de tabac dans les milieux scolaires et à l'accessibilité des produits du tabac aux jeunes.
- ▶ Amener chacune des commissions scolaires du Québec à implanter une stratégie de prévention du tabagisme rejoignant les élèves des niveaux primaire et secondaire.
- ▶ Réaliser dans toutes les régions du Québec, en collaboration avec des organismes partenaires dans la lutte contre le tabagisme, des programmes de prévention du tabagisme en milieu communautaire, notamment en milieu défavorisé.
- ▶ Promouvoir, aux niveaux ministériel et régional, la cessation de la consommation de tabac auprès de la population en général et de groupes particuliers, notamment les jeunes, les femmes enceintes, les personnes affectées par des problèmes de santé et les fumeurs occasionnels.
- ▶ S'assurer que des services de soutien à l'abandon du tabagisme s'adressant à toute la population et particulièrement aux jeunes, aux femmes enceintes et aux personnes affectées par des problèmes de santé, soient accessibles dans toutes les régions du Québec.

■ **Comprendre**

- ▶ Documenter et surveiller l'incidence du tabagisme chez la population âgée de 10 ans et plus (catégorie d'âge, sexe, région...).
- ▶ Documenter et surveiller l'utilisation des additifs et la composition des produits du tabac.



Interventions efficaces ou prometteuses

Le 1^{er} mars, j'arrête

Une activité de promotion pour la cessation du tabagisme

Le concours *Le 1^{er} mars, j'arrête* a été mis sur pied et lancé par la Direction de la santé publique de l'Outaouais en 1995. Il visait, par l'intermédiaire d'une vaste campagne de publicité s'adressant aux médias, aux milieux de travail, aux commerces et au réseau de la santé, à inciter les fumeurs de l'Outaouais à cesser de fumer.

Le concours consistait à cesser de fumer pendant au moins un mois (du 1^{er} mars au 1^{er} avril). Chaque participant choisissait deux supporteurs qui l'encourageaient à maintenir son engagement à ne pas fumer. Trois prix (location d'auto et billets d'avion) furent attribués au sort parmi les personnes qui avaient rempli les conditions du concours et un prix fut tiré parmi les supporteurs.

Cette activité de promotion de la cessation du tabagisme, appuyée par la diffusion de 80 000 dépliants et de 7 000 affiches et soutenue par la collaboration de nombreux commanditaires et médias, a permis de sensibiliser toute la communauté de l'Outaouais aux méfaits du tabagisme pour la santé.

Au total, près de 2 000 personnes, d'une moyenne d'âge de 40 ans, se sont inscrites au concours. Il est intéressant de noter que huit mois après la fin du concours (décembre 1995), 26 % des participants étaient toujours non-fumeurs (4 % d'entre eux avaient connu une rechute mais étaient de nouveau non-fumeurs). Ce taux est considéré comme satisfaisant, compte tenu des taux de succès habituellement inférieurs des diverses méthodes de cessation du tabagisme.

Direction de la santé publique de l'Outaouais

Des établissements scolaires sans fumée

En 1992, la Commission scolaire du Lakeshore est devenue totalement sans fumée à la suite de l'intervention et du soutien du département de santé communautaire du même nom.

Depuis 1993, une intervention systématique de la Direction régionale de la santé publique de Québec en milieu scolaire a amené plusieurs institutions à se déclarer sans fumée : toutes les écoles primaires et deux polyvalentes de la Commission scolaire du Gouffre, l'Université Laval et trois cégeps.

Dans ces deux exemples, la démarche des équipes de santé publique repose sur les éléments stratégiques suivants :

- sensibilisation des instances responsables au problème du tabagisme et de la fumée de tabac dans l'environnement ;
- proposition d'une démarche « étagée » vers des lieux sans fumée ;
- participation des acteurs : gestionnaires, personnel, parents, élèves, étudiants (fumeurs et non-fumeurs) ;
- élaboration d'une politique écrite sur le tabagisme ;
- soutien à la cessation du tabagisme.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Direction de la santé publique de Québec

Oui j'arrête

Un programme d'abandon du tabac destiné à la population adulte

En 1990, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre a créé un programme de cessation du tabagisme avec un comité avisier formé de groupes communautaires. Conçu avec une approche scriptovisuelle, le programme s'adressait notamment aux femmes analphabètes vivant en milieu défavorisé. Ce programme a également été évalué auprès de la population adulte des deux sexes, sans distinction de milieu.

Le programme *Oui j'arrête* consiste en six rencontres de groupe, de deux heures chacune, animées par des animateurs non spécialistes. Le soutien de groupe est valorisé tout au long du programme. Chaque animateur reçoit un guide, outil qui permet à toute personne intéressée à la problématique du tabagisme d'offrir et d'animer des ateliers de cessation dans son milieu, sans pour autant être expert dans le domaine.

Les effets du programme *Oui j'arrête* ont été évalués dans le cadre du projet *Cœur en santé Saint-Henri/Petite Bourgogne*. Une évaluation des effets du programme sur la diminution et la cessation du tabagisme a été faite auprès de 123 participants à l'aide d'un devis pré et post-test sans groupe de comparaison.

Les résultats démontrent que des 123 participants, 31,1 % étaient toujours ex-fumeurs deux semaines après la fin des ateliers, 24,7 % après trois mois et 22,3 % six mois après la fin du programme. Compte tenu des taux de succès habituels des méthodes de cessation du tabagisme, ce résultat est satisfaisant, d'autant plus que l'usage de la cigarette est presque deux fois plus élevé dans les milieux socio-économiques défavorisés que chez les mieux nantis.

Le programme *Oui j'arrête* a été diffusé dans trois grandes régions du Québec en mars 1995 : Montréal, Québec et la Côte-Nord. Une journée de formation en animation a été tenue dans ces trois régions et était destinée à des représentants d'organismes communautaires travaillant auprès des femmes, des jeunes et des personnes issues des communautés culturelles. Des intervenants de CLSC ont aussi été invités.

La stratégie de diffusion du programme fait l'objet d'une évaluation ayant pour objectif de recueillir des informations sur les variables prédictibles de l'inscription à la journée et sur les variables relatives à la tenue du programme dans différents lieux.

Ce programme est déjà offert en anglais et en français. Une version adaptée au milieu autochtone sera disponible au début de 1997.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Stratégie ministérielle de communication antitabac visant les jeunes

Dans le cadre du plan d'action de lutte contre le tabagisme, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis de l'avant ces dernières années un ensemble de stratégies de communication pour contrer l'augmentation du nombre de jeunes fumeurs. L'objectif poursuivi est de valoriser le non-usage du tabac, particulièrement chez les 12-13 ans. La participation du Ministère s'exerce à deux niveaux.

1. Une première partie mise en œuvre par le MSSS comprend notamment deux campagnes publicitaires avec encarts à la télévision, dans les journaux, les magazines, les pharmacies, les commerces et les autobus. Ces campagnes mises en ondes en mars 1995 et en janvier 1996 véhiculaient des messages liés, respectivement, à l'affirmation de soi et au problème de la dépendance. La campagne de 1996 comprenait des activités de relations publiques en milieu scolaire. L'évaluation des deux campagnes a, entre autres, démontré que le message *Je m'aime sans fumer, c'est ma décision* est de plus en plus connu et ancré dans l'esprit des jeunes, que ces derniers sont bien informés des méfaits du tabac sur la santé et que le cœur-logo est associé spontanément au message de prévention.

Parmi d'autres activités, mentionnons la participation du MSSS en 1995 et en 1996 au Salon de la jeunesse de Montréal.

2. Une seconde partie des activités de communication a été réalisée par des partenaires mandatés ou commandités par le Ministère. Certaines de ces activités se sont adressées aux enfants du deuxième cycle du primaire : quatre émissions (*Club des 100 watts*) en janvier 1995 ; des feuillets éducatifs réalisés par Acti Menu, distribués au début de 1995.

D'autres activités avaient pour but de cibler les adolescents du début du secondaire, telles que trois bandes annonces sur le tabagisme publiées dans le *Magazine Jeunesse*, distribué dans les écoles.

De plus, dix émissions de la série *Watatatow*, préparées en collaboration avec le Ministère, ont été présentées entre octobre 1995 et mars 1996. Elles ont favorisé le renforcement du message visant la prévention et la cessation du tabagisme. Enfin, le MSSS a contribué, en mars 1996, à l'Opération macareux. L'analyse permettra de mesurer et de préciser les possibilités d'utiliser le milieu scolaire en tant qu'agent multiplicateur dans la diffusion du message antitabac.

Les messages directement associés à l'univers des jeunes de 9 à 12 ans se sont avérés très efficaces. Les informations sur le tabagisme sont bien reçues.

Toutes ces stratégies de communication du MSSS reposent sur un étroit travail de collaboration avec les intervenants du secteur de la santé publique (régies régionales, CLSC, etc.) et divers groupes communautaires.

Une approche globale du tabagisme dans les écoles primaires

Ce projet-pilote, coordonné depuis 1991 par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, en collaboration avec cinq écoles primaires de la Commission des écoles catholiques de Montréal (CECM), trois écoles du Protestant School Board of Greater Montreal (PSBGM) et le CLSC Saint-Louis du Parc a été implanté dans un milieu défavorisé et multiethnique desservi par le CLSC Saint-Louis du Parc. L'étude de prévalence du tabagisme a montré que 42,5 % des garçons âgés de 13 ans et 28,9 % des filles de 13 ans habitant ce territoire étaient fumeurs. La plupart avaient pris cette habitude à un très jeune âge, soit 9 ans.

Ce projet met l'accent sur une approche intégrée comprenant trois composantes :

- **un programme scolaire (20 heures/an) ;**
- **la sensibilisation et la formation des professeurs et infirmières scolaires pour qu'ils soient des agents de changement auprès des enfants ;**
- **le soutien environnemental à l'abstinence du tabac (respect des lois).**

Les directeurs d'écoles et les comités de parents ont approuvé le projet en 1991. La CECM et le PSBGM ont autorisé son expérimentation dans leurs écoles pour la période allant de 1992 à 1997. Ce projet a pour but de mettre de l'avant des interventions et d'en évaluer l'efficacité potentielle sur les comportements des enfants et du personnel scolaire.

Le programme scolaire tient compte des réalités multiethniques vécues par les enfants, qu'ils soient d'origine québécoise, chinoise, portugaise ou d'ailleurs. Il tente d'harmoniser les similitudes et les différences culturelles et de valoriser les pratiques sociosanitaires positives propres à chaque culture.

Le soutien environnemental vise à créer des environnements physiques et sociaux favorisant l'abstinence du tabac. L'environnement physique comprend la présence d'aires sans fumée et le respect des lois. L'environnement social est favorisé par la présence de clubs de jeunes en santé qui mobilisent et animent les jeunes face au tabac.

Ce projet a fait l'objet de trois évaluations :

1. Une évaluation en cours de production pour ajuster et valider le contenu et le format des activités. Elle a été réalisée avec la participation des enfants, des professeurs et des experts en contenu.
2. Une évaluation de l'implantation, qui tente de cerner les éléments facilitateurs et les obstacles à la mise sur pied du projet. Les résultats démontrent que le tabagisme ne peut pas être le seul thème abordé auprès des jeunes. Pour créer un climat de confiance essentiel à l'adoption de comportements sains, le programme scolaire doit aborder l'enfant dans sa totalité et viser la santé générale en touchant notamment l'alimentation, l'activité physique, l'estime de soi et le tabagisme. Cette évaluation fait aussi ressortir l'importance de former adéquatement le personnel scolaire, notamment les professeurs et les infirmières, sur le contenu du programme et de les sensibiliser à leur rôle d'agent de changement, tant comme modèles auprès des enfants que comme promoteurs d'un environnement sans fumée.
3. Une évaluation des effets de cette approche globale sur le comportement tabagique est en cours. Les résultats seront disponibles en 1997. Cette évaluation a été conçue à partir de trois cohortes d'enfants des écoles ciblées par rapport à seize écoles contrôles. Par ailleurs, une évaluation des effets de cette approche auprès du corps professoral démontre que les activités de sensibilisation qui lui sont destinées engendrent des changements de comportement positifs.

Les traumatismes non intentionnels et intentionnels

Les traumatismes non intentionnels et intentionnels sont annuellement responsables d'environ 3 000 décès³, dont plus de 40 % sont attribuables à des suicides et 25 % à des traumatismes routiers. Près de 20 % des blessures surviennent à domicile. Les traumatismes sont la première cause de mortalité prématurée⁴ et de décès chez les moins de 45 ans, et leurs coûts directs et indirects se situent au second rang parmi les coûts de l'ensemble des problèmes de santé⁵⁽¹⁾.

L'approche contemporaine en matière de prévention des traumatismes, telle que proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), tend à intégrer les blessures non intentionnelles et intentionnelles dans une même perspective de promotion de la sécurité¹. L'OMS considère en effet la promotion de la sécurité comme un facteur contribuant à la santé puisqu'elle assure à la population des besoins de base comme la paix sociale, le contrôle des blessures ainsi que le respect de l'intégrité physique et morale des personnes². Cette conception oriente depuis quelques années les interventions en matière de prévention des traumatismes au Québec.

L'exposé qui suit comprend deux parties, l'une portant sur les traumatismes non intentionnels et l'autre sur les traumatismes intentionnels. Cette dernière est elle-même divisée en deux sections, soit la violence envers les personnes et le suicide. Le traitement des différentes composantes de cette priorité suit celui des six autres priorités, soit un exposé de la problématique, des résultats attendus et des actions à réaliser ainsi qu'une présentation d'interventions efficaces ou prometteuses.

(1) Les blessures intentionnelles (la violence envers les personnes, le suicide) seront abordées dans les pages qui suivent.

Les traumatismes non intentionnels

► Problématique

Les traumatismes non intentionnels causent plus de 1 700 décès chaque année et accaparent plus de 10 % de toutes les journées d'hospitalisation de courte durée au Québec, dont presque le cinquième pour les traumatismes routiers. Les chutes, majoritairement chez les personnes âgées, sont responsables de la moitié de ces journées d'hospitalisation. Le séjour moyen à l'hôpital d'une personne âgée à la suite d'une chute est de 33,8 jours, alors que pour le reste de la population, il est de 8,4 jours⁶. On estime également que, sur une période d'un an, jusqu'à la moitié des personnes résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) peuvent faire une chute. Des interventions adaptées à cette population doivent être mises en place pour atténuer ce problème.

Outre qu'ils entraînent des décès et des hospitalisations, les traumatismes occasionnent des restrictions d'activité (près d'un demi-million de Québécois vivant à domicile souffrent d'une incapacité à long terme et, dans un cas sur cinq, un accident est à l'origine du problème) et de nombreuses consultations auprès des professionnels de la santé. Une personne sur dix est annuellement victime d'un traumatisme⁷ au travail, dans les sports et loisirs, au domicile ou sur la route. Les jeunes et les personnes âgées sont les plus touchés.

Le domicile est un lieu où surviennent de nombreux traumatismes, tout aussi tragiques que ceux qui se produisent sur les routes, au travail ou dans les lieux où l'on pratique des sports et des loisirs. Près de 60 % des décès par traumatisme sont causés soit par une chute, soit par une intoxication, ou résultent d'un incendie ou d'une brûlure qui se sont produits au domicile. Les enfants de moins de 4 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus en sont les principales victimes⁸. Des projets expérimentaux sont nécessaires à la compréhension du problème et à l'identification de mesures efficaces pour diminuer le nombre de blessures à domicile.

À propos de l'intervention

Une intervention efficace adoptera des actions susceptibles de modifier l'environnement (social, physique, économique, normatif et réglementaire), les agents agresseurs et les comportements. De façon générale, les mesures passives ou automatiques sont préférées aux mesures éducatives parce qu'elles sont plus efficaces, universelles, équitables et durables⁹. Ce raisonnement incite à privilégier des stratégies basées sur le contrôle ou l'élimination des produits dangereux plutôt que sur la promotion d'une utilisation sécuritaire de ces produits¹⁰.

La prévention des blessures passe donc souvent par des leviers de décision qui touchent la population dans son ensemble. Ce type d'intervention vise l'adoption de politiques publiques favorisant la santé, telles que préconisées par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé¹¹ et par l'OMS.

La mise en œuvre de ces mesures relève la plupart du temps de ministères autres que celui de la Santé et des Services sociaux (Transports, Sécurité publique, Affaires

municipales...), d'organismes (Société de l'assurance automobile du Québec [SAAQ], Régie de la sécurité dans les sports du Québec [RSSQ], Commission de la santé et de la sécurité au travail [CSST]), de groupes de pression, d'entreprises privées, de fabricants, etc. Les interventions de santé publique doivent être menées auprès de ces partenaires au moyen d'activités intersectorielles d'information (sur les problèmes prioritaires, les groupes cibles et les interventions efficaces), de représentation, de lobby et de mobilisation. Le réseau de la santé publique du Québec s'efforce ainsi, depuis quelques années, de partager avec tous ces partenaires préoccupés par la diminution des blessures une même approche globale axée sur le contrôle et la prévention des blessures et des décès évitables.

Pour l'an 2000, s'inspirant de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE), le ministère des Transports du Québec s'est donné l'objectif de réduire de 25 % le nombre de traumatismes routiers¹³ et la Régie de la sécurité dans les sports du Québec celui de diminuer de 15 % le nombre des décès et des blessures liés aux activités sportives et récréatives¹³.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux dispose depuis une dizaine d'années d'un mécanisme de mobilisation et de concertation pour la planification d'interventions régionales et nationales. En novembre 1995, la Direction générale de la santé publique a acquis avec quatre directions régionales de santé publique le statut de Centre collaborateur de l'OMS pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes.



Résultats attendus

- ▶ 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.
- ▶ Que d'ici 1999, soit évaluée la contribution du *Guide de prévention des chutes en établissement*¹⁴ 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.
- ▶ Que dans toutes les régions du Québec, soient régulièrement mis en œuvre des programmes d'application sélective (PAS)⁽²⁾ visant notamment la conduite sans alcool et le port du casque à vélo ;
 - qu'au moment de l'application de ces programmes, on observe un pourcentage inférieur à 1 % de conduite avec alcool, et un taux de 40 % de port du casque de vélo.
- ▶ 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.

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

- l'annonce d'une action concertée d'une durée limitée, de même que la diffusion publique de ses objectifs et d'un slogan ;
- la diffusion de messages de sensibilisation portant sur le thème choisi avant et pendant l'action ;
- la réalisation des activités prévues ;
- la transmission par les médias des résultats.

De tels programmes sont expérimentés depuis plusieurs années au Québec pour la prévention des traumatismes, notamment en ce qui a trait au port de la ceinture de sécurité, à la sécurité à bicyclette et à la conduite avec facultés affaiblies.

► Actions à réaliser

■ Agir

- Avec les partenaires visés :
 - faire modifier le Code de la sécurité routière en ce qui a trait à la réduction de l'alcool au volant, à l'accès graduel au permis de conduire et au port obligatoire du casque de vélo ;
 - susciter l'adoption du projet de loi régissant les véhicules hors route ;
 - susciter l'adoption d'une réglementation municipale concernant la sécurité des piscines privées ;
 - s'assurer du maintien de la réglementation actuelle concernant l'âge des joueurs pour chacune des catégories du hockey mineur (midget, bantam, pee-wee) ;
 - faire modifier la Loi sur les aliments et drogues pour élargir la gamme des produits et des médicaments devant être vendus dans un contenant protégé-enfants ;
 - susciter l'adoption d'une réglementation sur le contrôle des armes à feu.
- Expérimenter et évaluer, aux niveaux régional et local, des projets-pilotes de prévention des blessures à domicile (intoxications, brûlures et chutes) et s'assurer de la mise en œuvre des mesures dont l'efficacité aura été démontrée pour réduire le nombre et la sévérité de ces blessures.
- S'assurer, aux niveaux régional et local, de l'implantation du *Guide de prévention des chutes chez les personnes âgées* en établissement, en évaluer les effets et en généraliser l'utilisation en fonction des résultats de cette évaluation.
- Mettre en œuvre, dans toutes les régions, des programmes d'application sélective (PAS) visant, entre autres, la sécurité à bicyclette et le port du casque de vélo ainsi que la diminution de l'alcool au volant.
- S'associer aux municipalités aux niveaux national, régional et local pour élaborer et promouvoir un concept de villes et de communautés sécuritaires⁽³⁾ afin d'aider celles-ci à améliorer la santé et la sécurité de leurs citoyens.

(3) Table sectorielle du monde municipal créée par le Secrétariat à la famille (1995).

■ Comprendre

- ▶ Produire tous les deux ans, pour chaque catégorie de traumatismes, un profil de mortalité et d'hospitalisation.
- ▶ Réaliser, en collaboration avec les partenaires concernés (coroner, Régie de la sécurité dans les sports du Québec, etc.), des études et enquêtes visant à comprendre les circonstances et les comportements liés aux blessures intentionnelles et non intentionnelles, et à mieux connaître les lieux où elles surviennent.
- ▶ Accroître la participation au Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT) en augmentant de deux (pour un total de cinq) le nombre d'hôpitaux québécois qui en font partie. Réaliser, à partir de ce système, un profil des blessures traitées en service ambulatoire.

▶ Interventions efficaces ou prometteuses

Soutien et mobilisation en faveur du contrôle des armes à feu

Le lobbying ayant pour but d'influencer les décideurs consiste souvent à promouvoir l'adoption de politiques publiques favorisant la santé et la sécurité des citoyens et de mesures technologiques ou législatives « passives ou semi-passives ». Ces mesures nécessitent un effort moindre de la part des individus pour assurer leur sécurité.

Depuis 1989, les équipes de santé publique sont engagées dans le débat sur le contrôle des armes à feu au Canada. Puisque la définition d'un problème détermine les décisions qui sont prises pour le régler, les conséquences de l'utilisation des armes à feu ont été définies en termes épidémiologiques (les suicides, les homicides, les « accidents », la violence familiale)

pour élargir le débat au-delà du banditisme et de la criminalité. Une coalition canadienne pour le contrôle des armes à feu a été créée. Elle est composée des milieux de la justice, de la police, de la santé, de la sécurité publique, de groupes communautaires ainsi que de victimes. De 1990 à 1995, une position de santé publique a été défendue à la Chambre des communes, au Sénat, au ministère de la Justice du Canada et dans les médias.

Une loi sur le contrôle des armes à feu a été adoptée en juin 1995 par la Chambre des communes et entérinée par le Sénat canadien au mois de décembre suivant (c. 39, Loi du Canada, 1995).

Directions régionales de la santé publique

A. CHAPDELAINE (1995). Adaptation d'un texte paru dans *Actualité et dossier en santé publique*, n° 12, p. 11.

Un exemple d'action intersectorielle : les sites dangereux du réseau routier

Nombre de régions du Québec possèdent ce que le langage populaire qualifie de « côte » ou de « courbe de la mort », c'est-à-dire des endroits sur le réseau routier où l'on semble dénombrer davantage de victimes de la route.

solutions à la concentration des victimes à des endroits précis du réseau routier, comme le démontraient les études épidémiologiques.

Dans la seconde moitié des années 1980, les directions régionales de la santé publique ont convié à une même table des policiers, des ambulanciers, des usagers de la route, de même que des représentants de municipalités, du ministère des Transports, de la Société de l'assurance automobile, des universités, etc., pour chercher ensemble non pas des responsables, mais plutôt des

Quelques années plus tard, le ministère des Transports du Québec s'est doté d'un Service de sécurité routière, a proposé et adopté une politique de sécurité dans les transports routiers et dispose d'un programme permanent d'identification et de correction des endroits dangereux du réseau routier. Les équipes de santé publique continuent de « surveiller » ce programme et d'apporter leur collaboration aux activités liées à la sécurité routière.

Comité de prévention des traumatismes et directions régionales de la santé publique

COMITÉ DE PRÉVENTION DES TRAUMATISMES (1993). *Sites dangereux du réseau routier québécois, bilan de l'opération des DSC 1986-1992*, Québec, Groupe de travail sur les sites dangereux, 26 p.

Mon vélo-casque, c'est sauté !

L'équipe de prévention des traumatismes de la Direction de la santé publique de la Montérégie instaurait en 1991 un programme de promotion du port du casque de vélo.

Ce programme de promotion a fait appel à la participation constante des clubs Optimistes, du milieu scolaire, des services policiers, des détaillants d'articles de sport et des services de loisirs de la Montérégie.

Le port du casque s'est progressivement et substantiellement accru chez les enfants de 5 à

12 ans de cette région. En 1988, à peine un enfant sur cent portait un casque de vélo ; ils étaient un sur dix après la première année de promotion (1991) et un sur trois à l'issue de la quatrième année du projet (1993).

L'expérimentation du programme de promotion *Mon vélo-casque, c'est sauté !* a contribué à améliorer la sécurité des jeunes cyclistes, à inciter différents partenaires à réaliser des activités de promotion du casque de vélo et à dégager des pistes d'action qui ont été reprises dans d'autres régions.

Direction de la santé publique de la Montérégie
Direction de la santé publique de Québec

Les traumatismes intentionnels : la violence envers les personnes

Problématique

Le phénomène de la violence envers les personnes est présent dans tous les milieux socio-économiques, et ce, à tout âge de la vie. Ce problème social a des conséquences néfastes à court, moyen et long terme sur la santé physique et mentale des personnes qui en sont victimes.

Au Québec, la violence conjugale, les agressions sexuelles, la violence familiale sont les formes de violence les mieux connues et pour lesquelles des interventions ont été mises en place au cours des dernières années, tant aux niveaux psychosocial, judiciaire que correctionnel. Toutefois, elles ne représentent qu'une partie des différentes manifestations de violence dont sont victimes certaines personnes. D'autres groupes sont également vulnérables, notamment les enfants et les jeunes, les personnes âgées, les personnes handicapées, les femmes des milieux multiethniques, les femmes immigrantes et les femmes autochtones. Dans le cadre du présent document, la violence envers les enfants et la violence manifestée par les jeunes sont abordées dans la priorité d'action « Développement et adaptation sociale des enfants et des jeunes ».

Actuellement, il n'existe pas au Québec de système de collecte de données permettant de connaître la prévalence, l'incidence et les formes de violence dont sont victimes les femmes et les autres groupes vulnérables, tant en milieu familial qu'institutionnel. Les seules données disponibles sur les phénomènes de violence sont liées à l'utilisation des services policiers, judiciaires et communautaires. Elles concernent principalement les actes de violence conjugale et, de façon moins significative, les agressions sexuelles. Au Québec, en 1993, il y a eu près de 12 000 arrestations pour violence conjugale et plus de 75 % de ces infractions ont donné lieu à la mise en accusation de l'agresseur. Dans cette même année, les 80 maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale du Québec ont accueilli 8 454 femmes accompagnées de 5 500 enfants. La ligne d'urgence S.O.S. violence conjugale, qui dessert l'ensemble du Québec, a répondu à près de 56 000 appels d'aide et d'information au cours des trois dernières années.

Au Québec, selon les plus récentes estimations, 650 000 femmes adultes sont ou ont été victimes de violence de la part de leur conjoint actuel ou d'un conjoint précédent et près de 86 000 femmes âgées de 15 ans et plus subiront une forme ou l'autre d'agression sexuelle au cours de leur vie. Chaque année, au Québec, vingt Québécoises, en moyenne, sont assassinées par leur conjoint¹.

Selon des chercheurs américains², la violence conjugale serait l'une des causes les plus importantes de blessures graves subies par les femmes, dépassant l'ensemble des traumatismes causés par les accidents d'automobile, les agressions pour vol et les viols. Au niveau québécois, une étude récente³ démontre que les frais liés aux soins de santé, aux services sociaux et aux poursuites judiciaires découlant de la violence faite aux femmes pourraient se chiffrer à près de 125 millions de dollars par année⁴.

Les enfants témoins de cette violence voient leur développement et leur santé physique et mentale compromis. Les plus récentes recherches concluent que les enfants témoins de la violence conjugale seront enclins, à l'âge adulte, à reproduire les comportements appris, intégrés et normalisés dans l'enfance et, selon leur sexe, à adopter le rôle de victime ou d'agresseur.

À propos de l'intervention

En 1995, au Québec, la politique d'intervention en matière de violence conjugale, *Prévenir, dépister et contrer la violence conjugale*⁵, et le rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, *Les agressions sexuelles STOP*⁶, dressent un bilan de nos connaissances sur ces deux formes de violence. Les deux plans d'action s'y rattachant permettront d'assurer l'arrimage entre les différents ministères et les réseaux responsables des stratégies et des moyens d'action. Le rapport du comité *Vieillir... en toute liberté*⁷ insistait, quant à lui, sur la pertinence d'une évaluation des abus exercés à l'endroit des personnes âgées afin d'adapter les interventions en fonction de l'ensemble des besoins de celles-ci. Enfin, les rapports Jasmin⁸, Harvey⁹ et Bouchard¹⁰ font amplement état des problèmes d'abus et de négligence vécus par les enfants et les jeunes.

La compréhension commune qui se dégage de ces analyses nous permet maintenant d'agir en ce qui a trait à la prévention et à la promotion. Les seules interventions qui se sont avérées efficaces ont nécessité la collaboration de différents secteurs d'activité, dont ceux de la justice, de la sécurité publique et de l'éducation, en concertation avec le réseau de la santé et des services sociaux et les organismes de la communauté.



Résultats attendus

- ▶ Que d'ici 1999, une campagne de sensibilisation comprenant plusieurs stratégies relatives au phénomène de la violence ait été réalisée au niveau national et dans toutes les régions du Québec.
- ▶ 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.
- ▶ Qu'en 1999, des protocoles de référence interorganismes aient été élaborés dans toutes les régions du Québec et mis en application sur tout leur territoire.



Actions à réaliser

■ **Agir**

- ▶ Favoriser l'adoption et le renforcement des lois visant à assurer la sécurité des personnes, notamment au regard du Code criminel et des libérations conditionnelles.
- ▶ Mener des campagnes nationales et régionales de promotion de la non-violence, comprenant un ensemble d'actions coordonnées, afin de sensibiliser la population au phénomène de la violence et aux moyens de la prévenir.
- ▶ Sensibiliser les médias nationaux et régionaux à l'importance d'une information adéquate en matière de violence à l'endroit des personnes victimes d'actes criminels.
- ▶ Soutenir le développement de projets et d'autres initiatives ayant pour objet :
 - la promotion de rapports égalitaires entre les hommes et les femmes, le respect des différences entre les personnes ;
 - la résolution non violente des conflits ;
 - la prise de conscience et l'identification, par les femmes et les personnes âgées, des situations d'abus dont elles sont victimes.
- ▶ Produire et diffuser, dans toutes les régions du Québec, des outils de dépistage pour les professionnels de la santé et des services sociaux susceptibles d'intervenir auprès des différents groupes vulnérables (femmes, enfants, personnes âgées, personnes handicapées, etc.).
- ▶ Former les différents professionnels du réseau de la santé et des services sociaux à dépister les personnes victimes de violence et à intervenir auprès de celles-ci et de leur agresseur.
- ▶ Appliquer, dans plusieurs régions, des protocoles de référence interorganismes (organismes communautaires et réseaux sociojudiciaires) ayant pour objectif de venir en aide aux personnes victimes de violence.

■ Comprendre

- ▶ Accroître les connaissances sur les facteurs de risque associés à certains groupes vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, enfants, femmes des groupes multiethniques, immigrants, autochtones, personnes homosexuelles, etc.) et sur l'ensemble des agresseurs.
- ▶ Soutenir le développement de systèmes d'information sur les personnes et les groupes victimes de violence physique, psychologique et sexuelle, et sur les différents types d'agresseurs.
- ▶ Expérimenter une grille d'investigation à l'intention des coroners dans les cas de décès présumément reliés à la violence entre personnes ayant un lien familial ou affectif, dans le but de déterminer des facteurs de risque (homicides conjugaux et familiaux).



Interventions efficaces ou prometteuses

Un protocole sociojudiciaire de prévention de la violence conjugale conçu à l'intention des personnes susceptibles d'être victimes d'homicides ou de subir des traumatismes graves

La prévention représente la seule véritable solution au phénomène de la violence conjugale et familiale. C'est dans cette perspective que la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent a choisi de réunir les différents acteurs visés par cette problématique pour qu'ils puissent se concerter afin d'agir de façon préventive auprès des personnes vulnérables qui vivent des situations comportant des risques élevés pour leur sécurité et leur santé.

En région, l'accessibilité aux services d'aide constitue un problème important pour les femmes victimes de violence conjugale. En situation de crise, il est souvent difficile pour elles et leurs enfants d'obtenir de l'aide. L'absence de certains services spécialisés et de ressources appropriées, ainsi que le manque de coordination entre les ressources existantes, compromettent les chances de réussite des interventions. Pour pallier ces problèmes, les régions doivent faire preuve d'initiative et de créativité.

C'est dans ce contexte que la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent a pris l'initiative de mettre en œuvre, en février 1995, un mécanisme d'intervention sociojudiciaire en matière de violence conjugale. Ce mécanisme tient compte des particularités régionales.

Le rôle de la Direction de la santé publique consiste à réunir les différents acteurs et partenaires de la santé publique pour qu'ils se concertent afin d'assurer l'accessibilité à un continuum de services aux femmes et aux enfants victimes de ce type de violence.

Ce projet poursuit deux objectifs :

- prévenir la récurrence de l'agresseur en outillant et en informant les femmes victimes de violence conjugale des possibilités qui s'offrent à elles et à leurs enfants de se soustraire à leur situation ;
- favoriser la possibilité pour les enfants victimes ou témoins de violence de recevoir des services particuliers qui tiennent compte des effets de la violence conjugale sur leur comportement, leur développement et leur santé.

Tous les postes de la Sûreté du Québec (sept) de la région ainsi que les différents corps policiers municipaux (quatre) participent à l'expérimentation de ce projet. Parmi les ressources qui ont accepté de collaborer, on compte un CLSC, cinq centres pour les femmes, une maison d'hébergement et un centre d'aide aux victimes d'actes criminels. La Direction de la santé publique a assuré la formation des intervenants sur le processus judiciaire criminel.

Une année après le début de ce projet, 30 % des femmes victimes de violence conjugale ont été dirigées vers des ressources d'aide par les différents services policiers. Devant ces résultats encourageants, les intervenants des secteurs de la justice, de la sécurité publique et des organismes communautaires en cause ont unanimement convenu de poursuivre l'expérimentation de ce projet. La Direction de la santé publique en a prévu l'évaluation en 1997.

Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent

Les traumatismes intentionnels : le suicide

► Problématique

L'importance du suicide n'a cessé d'augmenter au cours des dernières décennies, notamment dans les groupes d'âge les plus jeunes, faisant de cette cause de mortalité un problème majeur de santé publique. En 1994, on comptait au Québec 1 291 décès par suicide, dont 80 % touchaient des hommes¹. Le suicide est la première cause de décès chez les hommes de 20 à 39 ans et la deuxième cause de mortalité prématurée masculine². La mortalité causée par le suicide est d'ailleurs plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Par contre, ces dernières sont plus nombreuses à déclarer avoir fait des tentatives de suicide au cours de leur vie que les hommes³. Ces données traduisent difficilement le poids des souffrances des personnes qui posent ce geste, de même que le poids que doivent porter leurs familles et leurs proches. Elles ne donnent par ailleurs qu'un aperçu très imparfait des pertes occasionnées par ce phénomène sur le plan social.

Au Québec, les taux de décès les plus élevés en ce qui a trait au suicide sont observés dans les régions périphériques⁴. La pendaison, les armes à feu et les médicaments sont les trois moyens les plus fréquemment utilisés pour s'enlever la vie⁵. Tout comme dans les autres provinces canadiennes, le Québec affiche un taux élevé de décès par suicide, particulièrement chez les 15-34 ans, ce qui représente une différence importante avec les autres pays industrialisés où les taux de décès par suicide croissent avec l'âge⁶.

À propos de l'intervention

Préoccupé par l'ampleur et la complexité du phénomène, le ministère de la Santé et des Services sociaux a récemment mis sur pied un groupe de travail ayant pour mandat de proposer des orientations, des stratégies et des actions prioritaires en matière de prévention du suicide. Comme il a été mentionné dans l'introduction du présent document, la prévention du suicide fait partie intégrante des *Priorités nationales de santé publique* : 1997-2002. À la lumière des travaux du groupe de travail, les résultats attendus et les actions à mener en santé publique seront ultérieurement définis.

L'alcoolisme et les toxicomanies



Problématique

L'alcool est le psychotrope le plus consommé par la population québécoise. Les plus forts pourcentages de buveurs s'observent chez les personnes de 15 à 24 ans (83 %) et de 25 à 44 ans (88 %). Les buveurs à risque élevé représentent 13 % de la population, et la proportion des hommes de cette catégorie est beaucoup plus grande que celle des femmes (19 % c. 7 %)¹. La tendance à la consommation occasionnellement excessive d'alcool se manifeste surtout chez les jeunes de 15 à 24 ans (39 %).

Chaque année, la consommation abusive d'alcool entraîne 4 000 décès². Sur les routes, près de 500 décès et 8 000 blessés³ lui sont imputables. L'alcool serait associé à 30 % des cas de violence à l'endroit des enfants, alors que 50 % des victimes d'inceste appartiendraient à des familles touchées par l'alcoolisme⁴.

La consommation de drogues illégales est un phénomène difficile à cerner. Les données disponibles sont pour l'instant insuffisantes. Selon l'enquête sociale et de santé 1992-1993, effectuée par Santé Québec, 13 % de la population déclare avoir fait usage de drogues illégales dans l'année précédant l'enquête. Ce pourcentage atteint 27 % chez les jeunes de 15 à 24 ans⁵. Pour les femmes et les personnes de plus de 65 ans, la surconsommation de médicaments psychotropes est un problème important⁶.

À propos de l'intervention

Le Ministère a mis sur pied un groupe de travail ayant pour mandat de réviser et de préciser, au cours de 1997, le cadre ministériel des orientations et des actions préventives en matière d'alcoolisme et de toxicomanie. Les résultats des travaux de ce groupe permettront de déterminer les résultats attendus et les actions à mener dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*.

CHAPITRE 4

RÉALISATION ET ÉVALUATION DES ACTIONS

SANTÉ PUBLIQUE 1997 - 2002



Dans un esprit de partenariat, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales conviennent de mettre en œuvre les actions de santé publique découlant des priorités et des principes directeurs, et d'en effectuer l'évaluation.

Afin de mener à bien ce mandat commun, des modalités facilitant la réalisation des actions et leur évaluation sont mises en place dans chacune des régions et au Ministère.

Les conditions de réalisation

Pour soutenir la réalisation des actions, le Ministère et les régies régionales conviennent :

- d'assurer une coordination nationale au moyen d'un mécanisme qui associe la Direction générale de la santé publique du Ministère et les directions de la santé publique des régies régionales ;
- d'entreprendre sur les plans national et régional des échanges formels avec les responsables des CLSC, des institutions et des organismes de la communauté engagés en santé publique ;
- de promouvoir sur les plans intersectoriel et interministériel l'adoption de politiques favorisant l'atteinte des résultats attendus ;
- de soutenir les acteurs locaux en rendant accessibles les expertises nécessaires au développement des connaissances et des pratiques ;
- de donner de la formation aux intervenants en vue d'assurer des interventions efficaces avec et auprès des groupes de population en situation de vulnérabilité ;
- de prévoir des modes d'organisation du travail facilitant la réalisation des actions ;
- de revoir et de moderniser la Loi sur la protection de la santé publique.

Une organisation consolidée de l'expertise en santé publique constituera un atout majeur pour la réalisation des *Priorités nationales de santé publique* : 1997-2002, notamment au regard du développement des connaissances et des pratiques et de la gestion efficace et concertée de cette expertise. La mise en place de cette organisation améliorera la concertation dans ce domaine entre le Ministère, les régions et les milieux universitaires et scientifiques, et favorisera également le développement de la formation continue en santé publique.

Le suivi et l'évaluation

Le suivi et l'évaluation des *Priorités nationales de santé publique* : 1997-2002 s'appuient sur un partenariat entre les régions régionales et le Ministère. Ils permettent au Ministère et aux régions régionales de suivre la mise en œuvre des priorités, de réajuster le choix des actions entreprises ou de les consolider, et de rendre compte des réalisations.

Le suivi et l'évaluation de l'implantation

Un processus continu de suivi permettra d'estimer la progression vers l'atteinte des résultats attendus des *Priorités nationales de santé publique* : 1997-2002. Son objectif est de transmettre régulièrement de l'information aux acteurs concernés, de susciter une mobilisation et de permettre d'effectuer les ajustements nécessaires. Il s'agit d'une entreprise descriptive qui inclut la production régulière d'un bilan régional et ministériel sur l'avancement des travaux. Au point de départ, cette démarche implique la réalisation d'un état de la situation actuelle au regard des éléments constituant les résultats attendus, situation à partir de laquelle la progression pourra être observée.

La collecte d'information privilégiera une méthode fiable et crédible, mais aussi souple et simple. Une grille de description des activités sera transmise dès le début de la démarche d'implantation des *Priorités nationales de santé publique* : 1997-2002 à un répondant régional responsable du suivi des priorités. La diffusion des résultats utilisera le même canal et sera régulière.

Deux ans après le début de ce suivi, une évaluation plus complète des activités pourra notamment donner lieu à un forum regroupant les intervenants en santé publique et les différents acteurs en cause. L'objet de ce forum serait la mise en commun et l'analyse des réalisations et des solutions à privilégier pour la poursuite de l'action.

L'évaluation des résultats

L'évaluation des résultats permet de répondre à deux grands ensembles de questions, l'un portant sur les principes directeurs qui doivent orienter de façon majeure les interventions, et l'autre, sur l'atteinte des résultats escomptés au regard des priorités.

L'application des principes directeurs requiert des modifications importantes dans les façons de faire en santé publique. L'évaluation doit permettre d'apprécier ces changements. À cet égard, les principes directeurs serviront d'angle d'analyse pour chacune des priorités d'action. Les questions d'évaluation porteront en particulier sur :

- les réalisations relatives au principe directeur « agir » et « comprendre » ;
- le niveau d'engagement auprès des communautés ;

- les progrès réalisés dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être ;
- le degré de concertation dans l'action et dans la coordination des *Priorités nationales de santé publique* : 1997-2002.

Pour ce faire, on visera à utiliser le plus possible les informations déjà disponibles. Cependant, compte tenu de la nature des questions, le recours à des méthodes propres à la recherche évaluative devra être envisagé.

L'évaluation portera aussi sur les résultats attendus au regard des sept priorités. On se servira ici notamment des informations recueillies au cours du suivi de l'implantation pour soutenir une entreprise analytique dont le but est d'expliquer pourquoi et comment ont été atteints (ou non) les résultats attendus. Le suivi de l'implantation est étroitement lié à l'évaluation, le premier permettant d'observer et la seconde permettant de comprendre et d'évaluer. En particulier, on doit pouvoir vérifier :

- si les actions nécessaires ont été menées ;
- si elles ont rejoint les cibles visées ;
- si elles ont donné les résultats escomptés.

L'évaluation sera encadrée par un mécanisme formel rassemblant des personnes du Ministère, des régions régionales, des CLSC et différents partenaires. Ce groupe aura la responsabilité de préciser les objets et les indicateurs, de planifier le calendrier d'évaluation, de donner des avis sur la pertinence et la faisabilité de l'évaluation proposée et de la promouvoir dans les régions régionales et au Ministère. Il gagnera à être mis en place le plus tôt possible pour que l'on puisse procéder rapidement à l'élaboration d'un plan d'évaluation.

La Direction générale de la planification et de l'évaluation et la Direction générale de la santé publique du Ministère collaboreront avec les régions régionales pour réaliser l'évaluation de l'ensemble des activités.

Conclusion

Priorités nationales de santé publique : 1997-2002 prône une forme de front commun en santé publique où tous les acteurs engagés, quel que soit leur niveau d'intervention, adhèrent aux mêmes priorités d'action et agissent dans la même direction. Ces priorités guideront une partie importante de l'action dans le domaine de la santé publique au Québec au cours des six prochaines années sans toutefois couvrir toutes les interventions qui sont faites aux niveaux local, régional et central.

Ce document affirme donc la volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux de se donner, de concert avec les régies régionales, des priorités d'action communes dans tout le Québec pour améliorer la santé et le bien-être des adultes, des enfants et des jeunes, et pour réduire certains des problèmes majeurs qui sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité précoces ou évitables. Il vise à faciliter l'intervention et à permettre une concentration des efforts en fonction de priorités précises.

Par des approches de population et des moyens axés sur la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des problèmes sociaux et de santé et la protection de la santé de la population, *Priorités nationales de santé publique* : 1997-2002 permettra de faire des gains importants dans le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, la diminution du tabagisme, du cancer du sein, du VIH-sida et des MTS, des maladies évitables par l'immunisation, des traumatismes non intentionnels et intentionnels, de l'alcoolisme et des toxicomanies.

La réalisation de ces gains sera facilitée par la mise en place ou le renforcement d'approches particulières dans les modes d'intervention en santé publique. Le choix des quatre principes directeurs devant guider l'action et s'y refléter marque clairement la nécessité d'agir auprès et avec les communautés et de s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être pour favoriser l'amélioration de la santé de la population québécoise. Les interventions, qu'il s'agisse « d'agir » ou de « comprendre », gagneront en efficacité en étant réalisées de façon concertée et coordonnée.

Atteindre les résultats escomptés pour chacune des priorités constitue un défi qui ne pourra être relevé qu'avec la participation active de nombreux acteurs, en commençant par la population elle-même, les communautés et les acteurs du réseau sociosanitaire, auxquels doivent s'ajouter tous les intervenants des secteurs qui, de façon directe ou non, sont liés à la santé et au bien-être de la population. *Priorités nationales de santé publique* : 1997-2002 les convie tous à la réalisation d'un objectif commun, soit le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise.

Références bibliographiques

LE DÉVELOPPEMENT ET L'ADAPTATION DES ENFANTS ET DES JEUNES

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *Fichier des événements démographiques*, calculs de Sylvie Montreuil, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation (s.p.).
2. COLIN, C. et H. DESROSIERS (1989). *Naître égaux et en santé*, Avis sur la grossesse en milieu défavorisé, collection La périnatalité au Québec, n° 3, Québec, MSSS, 153 p.
3. COLIN, C., F. OUELLET, G. BOYER et C. MARTIN (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 259 p.
4. MARTIN, C., G. BOYER et al. (1995). *Naître égaux – Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de la prévention en périnatalité*, Québec, MSSS, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, p. 24 à 26.
5. ROCHON, M. (1995). « Taux de grossesse à l'adolescence, Québec, 1980 à 1993 », dans *Régions sociosanitaires de résidence 1992-1993*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, p. 3.
6. CHARBONNEAU, L., G. FORGET et al. (1989). *Adolescence et fertilité : une responsabilité personnelle et sociale*, Avis sur la grossesse à l'adolescence, collection La périnatalité au Québec, n° 2, Québec, MSSS, 153 p.
7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). *Cahier thématique : famille/enfance/jeunesse*, Document de travail et de consultation, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, p. 23.
8. LEVITT, C., et L. HANVEY (1995). *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*, Ottawa, Santé Canada et Institut canadien de santé infantile, 244 p.
9. LEPAGE, M. C., et L. MOISAN (à paraître). *Étude sur l'alimentation du nourrisson auprès de femmes primipares de la province de Québec*, Québec, MSSS, Direction de la santé publique de Québec (s.p.).
10. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (1990). *Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding*, Florence, OMS et UNICEF, 2 p.
11. DIRECTION DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE RIMOUSKI (1990). *État de santé des femmes et des enfants victimes de violence conjugale*, Rimouski, Direction de la santé communautaire de Rimouski, 75 p.
12. HAMEL, M. (1994). *Expérimentation et évaluation d'un programme d'intervention précoce*, rapport d'évaluation, Rimouski, Centre hospitalier régional de Rimouski, Unité de santé publique, p. 5.
13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). *Op. cit.*, p. 41.

14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *État de situation des Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, 1993-1994*, Québec, MSSS, Direction générale de la coordination régionale, 102 p.
15. PAMPALON, R., A. SAUCIER *et al.* (1995). *Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, p. 250.
16. JOBIN, L. (1995). *Les services de santé mentale pour les enfants et les jeunes : les orientations à privilégier*, Projet pour le Comité aviseur sur la santé mentale des enfants et des jeunes, Québec, MSSS, Direction de la santé mentale, p. 12-13.
17. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *Plan d'action ministériel pour le secteur des jeunes contrevenants*, document de travail, Québec, MSSS, p. 5-6.
18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). *Op. cit.*, p. 72.
19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du groupe de travail sur les jeunes, Québec, MSSS, 179 p.
20. FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ (1996). *La santé et ses déterminants*, Ottawa, 130 p.
21. COLIN, C., et S. MOFFET (1995). « Les inégalités socio-économiques et la santé : aperçu de la perspective québécoise », dans *Prévenir*, n° 28, p. 175-187.
22. MARTIN, C., G. BOYER *et al.* (1995). *Op. cit.*, 213 p.
23. BOUCHARD, N., et M. MOREAU (1995). *Le jeune enfant et ses parents... une croissance et des compétences à valoriser et à soutenir*, Guide de soutien à l'intention des régies régionales pour l'implantation des mesures du Plan d'action jeunesse en matière de promotion et de développement du jeune enfant et de ses parents ainsi que de prévention des problèmes d'adaptation sociale, Québec, MSSS, p. 6.
24. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *Politique de périnatalité*, Québec, MSSS, 101 p.

LES MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION

1. DUVAL, B., N. BOULIANNE, L. LAVOIE, M. FRADET et R. BITERA (1995). *Impact de l'introduction de la vaccination contre les infections invasives à *Hæmophilus influenzae* de type B au Québec*, Québec, Centre de santé publique de Québec, 30 p.
2. THIBAUT-PAQUIN, L., L. ALAIN, N. BOULIANNE et B. DUVAL (à paraître). *Maintien de la chaîne thermique lors du transport des produits immunisants au Québec*, Québec, Centre de santé publique (s.p.).
3. GROUPE DE TRAVAIL SUR LA GESTION DES PRODUITS IMMUNISANTS (1994). *Rapport présenté au Comité sur l'immunisation du Québec*, Québec, MSSS, 24 p.
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995). *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, MSSS, 302 p. et annexes.

LE VIH-SIDA ET LES MALADIES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (MTS)

1. RÉMIS, R., et al. (1996). *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec*, 1994, Montréal, MSSS, DGSP, Centre québécois de coordination sur le sida, Unité de maladies infectieuses de l'Hôpital général de Montréal, 107 p.
2. OTIS, J. (1996). *Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH, bilan d'une décennie de recherche auprès des adolescent(e)s et des jeunes adultes québécois(es)*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 57 p.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995). *Enquête auprès des CLSC sur l'accessibilité au condom dans les écoles du Québec*, Montréal, MSSS, DGSP, Centre québécois de coordination sur le sida, 41 p.
4. GODIN, G., et al. (1993). *Entre hommes, sexualité et environnement social face au sida*, Québec, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (Montréal) et Université Laval, 36 p.
5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH, cadre de référence pour la prévention*, Montréal, MSSS, DGSP, Centre québécois de coordination sur le sida, 43 p.
6. SCHUCKIT, M. (1992). « Méthadone maintenance : Is it worth the price ? », dans *Drug Abuse and Alcoholism Newsletter*, vol. XXI, n° 4., p. 1-3.
7. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1990). *The Use of Méthadone in the Treatment and Management of Opioid Dependence*, Genève, M. Gossop, M. Grand (éd.), OMS (s.p.).
8. PARENT, R., et N. MICHEL (1995). *Analyse des cas de gonorrhée, de chlamydie, d'infection par le virus de l'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1990-1994*, Montréal, MSSS, DGSP, Centre québécois de coordination sur le sida, 197 p.
9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *État de situation de la mise en place des mesures prévues à la phase 3 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida (octobre 1992 à novembre 1995)*, Montréal, MSSS, DGSP, Centre québécois de coordination sur le sida, 37 p.
10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (à paraître). *Stratégie québécoise de lutte contre le sida ; phase 4, orientations*, Montréal, MSSS, DGSP, Centre québécois de coordination sur le sida (s.p.).

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

1. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (1995). *Statistiques canadiennes sur le cancer 1995*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, p. 11.
2. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (1993). *Statistiques canadiennes sur le cancer 1993*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, p. 10.
3. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (1995). *Op. cit.*, p. 18.

4. GOGGIN, P. (1995). « Qu'est-ce qu'une femme à risque ? », dans la *Revue du REIQCS*, vol. 1, n° 1, p. 35.
5. PELLETIER, G. (1993). *La survie reliée aux cancers. Étude des nouveaux cas déclarés au Québec au cours des années 1984-1985-1986*, collection Données statistiques et indicateurs, n° 21, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 157 p.
6. GOGGIN, P. (1995). *Op. cit.*, p. 35.
7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1995). *Dépistage du cancer du sein au Québec, Lignes directrices*, Rapport du Comité consultatif provincial, Québec, MSSS, p. 4.
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1996). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Cadre de référence, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, p. 4.
9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1995). *Op. cit.*, p. 8.
10. THOMASSIN, L. (1995). « Aspects psychologiques liés au dépistage du cancer du sein », dans la *Revue du REIQCS*, vol. 1, n° 1, p. 26.
11. *Ibid.*, p. 26.

LE TABAGISME

1. BERNIER, S. (1995). « Usage de la cigarette », dans *Santé Québec*, BELLEROSÉ, C., C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993 ?*, Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, vol. 1, Montréal, MSSS, p. 77-95.
2. SANTÉ CANADA (1994). *Enquête sur le tabagisme au Canada*, Quartier 1, Feuilles de renseignements, Ottawa, Santé Canada (s.p.).
3. SANTÉ CANADA (1994). *Enquête sur le tabagisme au Canada*, Quartier 2, Feuilles de renseignements, Ottawa, Santé Canada (s.p.).
4. CLOUTIER, R., et al. (1994). *Ados, familles et milieux de vie*, Association des centres jeunesse du Québec, Bureau québécois de l'année internationale de la famille et Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 124 p. et annexes.
5. GIROUX, L., et G. LEGAULT (1994). *La consommation des drogues licites et illicites chez les filles et les garçons du secondaire et les conduites suicidaires*, Québec, Ministère de l'Éducation, 86 p. et annexes.
6. STEPHENS, T. (1995). « Tendances dans la prévalence du tabagisme de 1991 à 1994 », dans *Maladies chroniques au Canada*, vol. 16, n° 1, p. 31-37.
7. SOCIÉTÉ ROYALE DU CANADA (1989). *Tabac, nicotine et toxicomanie*, Rapport du comité rédigé pour la Direction générale de la protection de la santé, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 34 p.

8. RUSSELL, M. A. H. (1990). « The nicotine addiction trap : 40 year sentence for four cigarettes », dans *British Journal of Addiction*, vol. 85, p. 293-300.
9. CHAPMAN, S. (1995). « Pourquoi commence-t-on et continue-t-on à fumer ? », dans *Forum mondial de la santé*, vol. 16, n° 1, p. 1-10.
10. GLANTZ, S. A., et al. (1995). « Looking through a keyhole at the tobacco industry : the Brown and Williamson documents », dans *Journal of the American Medical Association*, vol. 274, n° 3, p. 219-224.
11. MORIN, M., et al. (1992). « Mortalité régionale attribuable au tabagisme au Canada, 1989 », dans *Maladies chroniques au Canada*, vol. 13, n° 4, p. 71-75.
12. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (1995). *Statistiques canadiennes sur le cancer 1995*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 89 p.
13. NEWCOMB, P. A., et P. P. CARBONE (1992). « The health consequences of smoking », dans *Medical Clinics of North America*, vol. 76, n° 2, p. 305-331.
14. TREDANIEL, J., et A. HIRSCH (1993). « Les conséquences du tabagisme sur la santé », dans *Le Concours Médical*, vol. 115, n° 13, p. 1041-1043.
15. UNITÉ DE RECHERCHE SUR LE TABAC DE L'ONTARIO (1995). *Les conséquences du tabagisme pour la santé*, Ottawa, Centre national de documentation sur le tabac et la santé, 18 p.
16. U.S. ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY (1993). « Smoking and tobacco », dans *Respiratory Health Effects of Passive Smoking : Lung Cancer and Other Disorders*, Monograph 4, Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, 286 p. et annexes.
17. GLANTZ, S. A., et W. W. PARMELEY (1992). « Passive smoking causes heart disease and lung cancer », dans *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 45, n° 8, p. 815-819.

LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

1. ROMER, C. J. (1993). « Traumatismes et violence : de la fatalité à la santé », *Séminaire interrégional sur les méthodes de planification des programmes de sécurité communautaire*, Toulouse, Organisation mondiale de la santé, 42 p.
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1996). Présentation du programme *Safety Promotion and Injury Control*, <http://www.w3.org>.
3. BEAULNE, G. (éd.) (1991). *Les traumatismes au Québec. Comprendre pour prévenir*, Québec, Les Publications du Québec, 372 p.
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, 192 p.
5. WIGLE, D. T., Y. MAO, T. WONG et R. LANE (1991). « Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1986 », dans *Maladies chroniques au Canada*, supplément au vol. 12, n° 3, 40 p.

6. CHOINIÈRE, R., Y. ROBITAILLE, D. DORVAL et Y. SAUVAGEAU (1993). *Profil des traumatismes au Québec : disparités régionales et tendances de la mortalité (1976 à 1990) et des hospitalisations (1981-1991)*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, 493 p.
7. ROBITAILLE, Y., G. RÉGNIER et I. B. PLESS (1995). « Accidents avec blessures », dans *Santé Québec*, BELLEROSÉ, C., C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993 ?*, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, MSSS, p. 257-270.
8. BEAULNE, G. (éd.) (1991). *Op. cit.*, p. 127.
9. NATIONAL RESEARCH COUNCIL (1985). *Injury in America – A Continuing Public Health Problem*, Institute of Medicine, Washington, DC, National Academy Press, 164 p.
10. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES (1991). *Draft Position Paper on Violence Prevention*, Atlanta, Public Health Service, Centers for Disease Control, p. 1-23.
11. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa, 2 p.
12. MINISTÈRE DES TRANSPORTS DU QUÉBEC (1995). « Une vision sécuritaire sur des kilomètres », dans *Politique de sécurité dans les transports, volet routier*, Québec, MTQ, p. 19.
13. RÉGIE DE LA SÉCURITÉ DANS LES SPORTS DU QUÉBEC (1992). *Le Sécuritaire plus*, Trois-Rivières, RSSQ, p. 1.
14. GAGNON, D. F., G. ROY et G. TREMBLAY (1995). *Guide de prévention des chutes en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, 120 p.

LA VIOLENCE ENVERS LES PERSONNES

1. STATISTIQUE CANADA (1993). « Enquête sur la violence faite aux femmes », Ottawa, dans *Le Quotidien*, catalogue n° 11-001F, p. 7.
2. MOISAN, M., et al. (1994). *La violence conjugale au Québec : un sombre tableau*, Québec, Conseil du statut de la femme, p. 34.
3. CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (1994). *La violence faite aux femmes – inacceptable et pourtant...*, Québec, Les Publications du Québec, p. 31.
4. STATISTIQUE CANADA (1993). *Op. cit.*
5. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1995). *Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Politique d'intervention en matière de violence conjugale, Québec, 77 p.
6. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1995). *Les agressions sexuelles STOP*, Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, Québec, 175 p.

7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *Vieillir... en toute liberté*, Rapport du comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, Québec, MSSS, 131 p.
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DE LA JUSTICE (1992). *La protection de la jeunesse, plus qu'une loi*, Rapport du groupe de travail sur l'évaluation de la Loi sur la protection de la jeunesse, Québec, MSSS, 191 p.
9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET MINISTÈRE DE LA JUSTICE (1991). *La protection sur mesure, un projet collectif*, Rapport du groupe de travail sur l'application des mesures de protection de la jeunesse, Québec, MSSS, 164 p. et annexes.
10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du groupe de travail pour les jeunes, Québec, MSSS, 179 p.

Autres références :

CHÉNARD, L., H. CADRIN et J. LOISELLE (1990). *État de la santé des femmes et des enfants victimes de violence conjugale*, Rimouski, Centre hospitalier régional de Rimouski, Département de santé communautaire, p. 37-39.

COMITÉ CANADIEN SUR LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES (1993). *Un nouvel horizon : éliminer la violence – Atteindre l'égalité*, Ottawa, 318 p. et annexes.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (1987). *Dossier « femmes »*, Programme de consultation d'experts, Québec, 222 p.

GRISSE, J. A., et al. (1996). « Injuries among inner-city minority women : a population-based longitudinal study », dans *American Journal of Public Health*, vol. 86, n° 1, p. 67-70.

KÉROUAC, S., M. E. TAGGART et J. LESCOP (1986). *Portrait de la santé des femmes violentées et de leurs enfants*, recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale, Université de Montréal, 147 p. et annexes.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE (1992). *La justice, une responsabilité à partager*, actes du Sommet de la justice tenu à Québec du 17 au 21 février 1992, Québec, 752 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du groupe de travail pour les jeunes, Québec, MSSS, 179 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1993). *Un avenir à partager*, La politique en matière de condition féminine, Québec, 173 p.

LE SUICIDE

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *Fichier des décès*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique (s.p.).
 2. ST-LAURENT, D. (1995). « Suicide », dans *Le Québec comparé : indicateurs sanitaires, démographiques et socio-économiques*, Québec, MSSS, p. 199-204.
 3. BOYER, R., et D. ST-LAURENT (1993). « Idées suicidaires et parasuicide », dans *Santé Québec*, BELLEROSÉ, C., C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993 ?*, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, MSSS, p. 243.
 4. CHOINIÈRE, R., Y. ROBITAILLE, D. DORVAL et Y. SAUVAGEAU (1993). *Profil des traumatismes au Québec : Disparités régionales et tendances de la mortalité (1976 à 1990) et des hospitalisations (1981 à 1991)*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, 493 p.
 5. BUREAU DU CORONER (1995). *Rapport annuel 1994*, Québec, Les Publications du Québec, 32 p.
 6. ST-LAURENT, D. (1995). *Op. cit.*, p. 199-204.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1995). *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales 1994*, Genève, OMS (s. p.).
- SANTÉ CANADA (1994). *Le Suicide au Canada*, mise à jour du Rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada, Ottawa, Santé Canada, 170 p.

L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES

1. GUYON, L., L. NADEAU, A. DEMERS et N. KISHCHUK (1995). « Grande consommation d'alcool et problèmes connexes », dans *Santé Québec*, LAVALLÉE, C., C. BELLEROSÉ, J. CAMIRAND et P. CARIS (sous la direction de), *Aspects sociaux reliés à la santé*, Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 2, Montréal, MSSS, p. 81-118.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). « L'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes », dans *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, p. 59-63.
3. *Ibid.*, p. 59.
4. *Ibid.*, p. 59.
5. CHEVALIER, S. (1995). « Consommation de drogues », dans *Santé Québec*, BELLEROSÉ, C., C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993 ?*, Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, MSSS, p. 61-77.
6. COHEN, D., et al. (1995). *Guide critique des médicaments de l'âme*, Montréal, Les éditions de l'Homme, 409 p.

COMPOSITION DU COMITÉ RESPONSABLE DE L'ÉLABORATION DU DOCUMENT

La démarche d'élaboration des *Priorités nationales de santé publique* : 1997-2002 a été coordonnée par un comité mis sur pied par le Comité de coordination de la santé publique. Il est composé des personnes suivantes :

Desmond Dufour
Direction de la prévention et de l'éducation sociosanitaire, Direction générale
de la santé publique (DGSP)
Ministère de la Santé et des Services sociaux

D^r Réal Lacombe
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

D^r Isabelle Laporte
Direction de la santé publique
Régie régionale de Laval⁽¹⁾

Suzanne Moffet
Direction de la promotion de la santé et du bien-être, DGSP
Ministère de la Santé et des Services sociaux

D^r Alain Poirier
Direction de la santé publique
Régie régionale de la Montérégie

Lucille Rocheleau
Fédération des CLSC

Denis St-Amand
Direction de la promotion de la santé et du bien-être, DGSP
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Jean-Marc Tardif
Direction de la protection de la santé publique, DGSP
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Hélène Valentini
Direction de la promotion de la santé et du bien-être, DGSP
Ministère de la Santé et des Services sociaux

(1) Jusqu'au mois d'octobre 1995, M^{me} Laporte fut directrice de la santé publique de cette régie, puis médecin-conseil à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont apporté leur concours à l'une ou à l'autre étape de l'élaboration des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*. Que ce soit pour concevoir les problématiques et déterminer les actions rattachées aux priorités, donner des avis sur un chapitre en particulier, ou encore participer à la révision des différentes versions, ces personnes ont toutes contribué à la réalisation du document.

De plus, au cours des travaux d'élaboration, la Direction générale de la santé publique a procédé à deux consultations auprès de plusieurs personnes et organismes. L'expertise, l'intérêt et la pertinence des commentaires de ceux qui y ont participé ont permis la réalisation de cette publication. Ce sont :

Louis Bernard	Département de médecine sociale et préventive, Université Laval
Camil Bouchard	Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal
Suzanne D'Annunzio	Conseil québécois de la recherche sociale
Philippe De Waals	Département de science et santé communautaire, Université de Sherbrooke
Nicole Dumont-Larouche	Conseil des aînés
Thérèse Morais	Département de médecine sociale et préventive, Université Laval
Louise Nadeau	Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Norbert Rodrigue	Conseil de la santé et du bien-être
Fernand Turcotte	Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

- Association des ressources intervenant auprès des hommes violents
- Association des centres jeunesse du Québec
- Association des hôpitaux du Québec
- Association des intervenants en toxicomanie du Québec
- Association pour la santé publique du Québec
- CLSC Fleur de Lys
- CLSC de Hull
- CLSC Lamater
- CLSC Sainte-Foy-Sillery
- Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida
- Collège des médecins du Québec
- Comités de concertation de la santé publique :
 - connaissance/surveillance
 - maladies infectieuses
 - organisation des services
 - prévention des traumatismes
 - promotion/prévention
 - santé environnementale
 - santé au travail

- Équipes professionnelles de la Direction générale de la santé publique (DGSP), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
- Équipes professionnelles des directions de santé publique des régions régionales du Québec
- Fédération de l'âge d'or du Québec
- Fédération des CLSC du Québec
- Ligue de la Leche
- Naissance renaissance
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

Personnes ayant contribué à l'élaboration des priorités

Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes

Ginette Boyer	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Catherine Martin	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Michelle Moreau	Direction de la prévention et de l'éducation sociosanitaire, DGSP, MSSS

en collaboration avec :

Angèle Bilodeau	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Marthe Hamel	Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent
Thérèse Hivon-Lizé	Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue
Francine Ouellet	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Marguerite Paiement	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Michel Perreault	Faculté de soins infirmiers, Université de Montréal
Michèle Rioux	Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS
Lucille Rocheleau	Fédération des CLSC du Québec
Gloria Silver	Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Les maladies évitables par l'immunisation

Bernard Duval	Direction de la santé publique de Québec
Louise Paquin	Direction de la protection de la santé publique, DGSP, MSSS

Le VIH-sida et les MTS

Richard Cloutier	Centre québécois de coordination sur le sida, DGSP, MSSS
Michèle Dupont	Centre québécois de coordination sur le sida, DGSP, MSSS
Nicole Marois	Centre québécois de coordination sur le sida, DGSP, MSSS
Robert Rémis	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Isabelle Sourdif	Centre québécois de coordination sur le sida, DGSP, MSSS
Irena Tsarevsky	Centre québécois de coordination sur le sida, DGSP, MSSS
Sylvie Venne	Centre québécois de coordination sur le sida, DGSP, MSSS
Benoit Vigneau	Centre québécois de coordination sur le sida, DGSP, MSSS

Le dépistage du cancer du sein

Louis Bernard	Département de médecine sociale et préventive, Université Laval
Nicole Lefebvre	Direction de la prévention et de l'éducation sociosanitaire, DGSP, MSSS
Richard Tremblay	Direction de la prévention et de l'éducation sociosanitaire, DGSP, MSSS

Le tabagisme

Yves Archambault	Direction de la prévention et de l'éducation sociosanitaire, DGSP, MSSS
André Secours	Direction de la santé publique de la région de la Chaudière-Appalaches

en collaboration avec :

Danièle Brochu	Direction de la santé publique de la région de Montréal-Centre
Donald Déry	Direction de la santé publique de la région de l'Outaouais
Louis Gauvin	Direction de la santé publique de la région de la Montérégie
Francine Hubert	Direction de la santé publique de la région de Montréal-Centre
Marie Jacques	Direction de la santé publique de la région de la Montérégie
Ginette Lampron	Direction de la santé publique de la région de Lanaudière
Laurent Marcoux	Direction de la santé publique de la région de Lanaudière
Gloria Sacks-Silver	Direction de la santé publique de la région de Montréal-Centre
Stan Shatenstein	Direction de la santé publique de la région de Montréal-Centre
Lise Tremblay	Direction de la prévention et de l'éducation sociosanitaire, DGSP, MSSS

Les traumatismes non intentionnels et intentionnels (la violence envers les personnes)

Les traumatismes non intentionnels

Jean-Guy Breton	Comité de prévention des traumatismes du réseau de la santé publique du Québec
Desmond Dufour	Direction de la prévention et de l'éducation sociosanitaire, DGSP, MSSS
Pierre Maurice	Direction de la santé publique de la région de Québec
Bruce Brown	Direction de la santé publique de la région de la Montérégie
Nicole Damestoy	Direction de la santé publique de la région de Laval

La violence envers les personnes

Hélène Cadrin	Direction de la santé publique de la région du Bas-Saint-Laurent
Jocelyne Charest	Direction de la promotion de la santé, DGSP, MSSS
Marie-Josée Pineault	Direction de la santé publique de la région du Bas-Saint-Laurent

Autres contributions au document

Manon Allard	Direction de l'organisation et de la coordination des services, Régie régionale de la Chaudière-Appalaches
Nicole April	Direction de la santé publique de la région de Québec
Lisette Bédard	Direction de la prévention et de l'éducation sociosanitaire, DGSP, MSSS
Line Caron	Direction de la santé publique de la région de la Côte-Nord
Jacques Couillard	Direction de la prévention et de l'éducation sociosanitaire, DGSP, MSSS
Claude Giroux	Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Marie Julien	Direction de la santé publique de la Montérégie
Richard Lemieux	Conférence des régies régionales
Madeleine Levasseur	Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, DGSP, MSSS
Marc-André Maranda	Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS
Réal Morin	Direction de la santé publique de la région de Québec
Marie-Thérèse Payre	Direction de la santé publique de la région de l'Estrie
Nelson Potvin	Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS
Lise Renaud	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Danielle St-Laurent	Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, DGSP, MSSS
Gilles Strasbourg	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Brigitte Tardif	Direction de la santé publique de la région de la Chaudière-Appalaches

Pour que des progrès soient réalisés dans le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population d'ici 2002, *Priorités nationales de santé publique: 1997-2002* propose des avenues concrètes et des résultats précis, dans une dynamique de coordination et de concertation impliquant toutes les régions du Québec.

Les actions retenues par les directions de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux et des régions régionales, s'inscrivent dans la perspective de la Politique de santé et du bien-être et s'articulent autour de sept priorités:

- le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes;
- les maladies évitables par l'immunisation;
- le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement (MTS);
- le dépistage du cancer du sein;
- le tabagisme;
- les traumatismes non intentionnels et intentionnels;
- l'alcoolisme et les toxicomanies.

La réussite de ces actions dépend autant de l'engagement des acteurs du réseau de la santé que des autres agents de développement dont l'action influence la santé et le bien-être de la population.