

# PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

2 0 0 3 - 2 0 1 2

MISE À JOUR 2008



S A N T É P U B L I Q U E



# PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

2 0 0 3 - 2 0 1 2

MISE À JOUR 2008

Le présent document a été réalisé par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, sous la direction de :  
Alain Poirier, M.D., directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint  
Marc-André Maranda, directeur du programme de santé publique  
Lyne Jobin, chef du Service des orientations en santé publique

**Recherche et rédaction**

Julie Gauthier  
Anne-Marie Langlois, coordonnatrice des groupes de travail

**Révision des textes**

Hervé Anctil, consultant

**Révision linguistique**

Marie-France LeBlanc

**Secrétariat**

Hélène Gignac  
Hélène Jobin (depuis février 2008)  
Hélène Piché

Nous tenons à remercier de nombreuses personnes qui ont contribué à la mise à jour du programme. La liste de ces personnes est présentée à la fin du document.

**Conception et réalisation graphique**

OSE Design

Édition produite par :

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

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section Documentation, rubrique Publications.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008  
Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN 978-2-550-52818-0 (version imprimée)

ISBN 978-2-550-52819-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2008

# TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et des acronymes .....	5
Introduction .....	7

PARTIE

1

<b>Le contexte</b> .....	9
<b>La Loi sur la santé publique et le Programme national de santé publique 2003-2012</b> .....	10
<b>La transformation du réseau de la santé et des services sociaux</b> .....	11
Les nouveaux fondements de l'action du système de santé et de services sociaux .....	11
Un encadrement administratif rigoureux .....	12
Une autre manière de voir .....	14
<b>L'évaluation du Programme national de santé publique 2003-2012</b> .....	14
L'évaluation des fonctions de santé publique .....	15
L'évaluation des processus d'implantation .....	17
Les suivis des activités du programme national et des indicateurs sociosanitaires .....	19
Le bilan et les perspectives .....	21
<b>Les enjeux pour le réseau de la santé publique</b> .....	23
Des acquis à préserver, des occasions à saisir .....	23
Le renforcement de la prévention dans le système de santé et de services sociaux .....	23
La contribution du réseau de la santé publique à l'exercice de la responsabilité populationnelle .....	24

PARTIE

2

<b>Le bilan de santé</b> .....	25
<b>La santé physique et le bien-être</b> .....	26
La santé des mères et des tout-petits : de petits pas... importants ! .....	26
Les problèmes d'adaptation sociale .....	27
Les maladies chroniques : nos maux de civilisation .....	29
Les maladies infectieuses : un nouveau portrait se dessine .....	30
Les traumatismes non intentionnels : des milliers de décès annuels évitables .....	31
Le milieu de travail : des lésions de plus en plus graves, une santé mentale plus souvent compromise .....	32
<b>Les grands déterminants de la santé</b> .....	33
Les habitudes de vie : choisir la santé ! .....	33
L'environnement social et les conditions socioéconomiques : rechercher l'équilibre et... l'équité .....	34
L'environnement physique : créer des milieux sains .....	35
Les services préventifs et les soins de santé : travailler ensemble .....	36
<b>Les objectifs prioritaires</b> .....	36

<b>L'offre de services de santé publique et les stratégies d'action</b>	37
<b>Les domaines d'intervention</b>	42
Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale.....	42
Les habitudes de vie et les maladies chroniques.....	45
Les traumatismes non intentionnels.....	49
Les maladies infectieuses.....	50
La santé environnementale.....	56
La santé en milieu de travail.....	59
<b>Les stratégies d'action</b>	61
Soutenir le développement des communautés.....	61
Soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être.....	66
Promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives.....	71

<b>La mise en œuvre du programme national pour la période 2008-2012</b>	77
<b>La planification sociosanitaire et les services de santé publique</b> .....	78
La planification en santé publique : des obligations légales qui demeurent.....	78
La mise à jour des plans d'action régionaux et locaux : une occasion de participation élargie des acteurs visés par la prévention.....	79
<b>Des leviers pour la mise en œuvre</b> .....	80
La responsabilité populationnelle.....	80
Les rôles et responsabilités en santé publique.....	81
Les nouvelles pratiques en surveillance.....	83
La coordination et la concertation en santé publique.....	83
Les leviers administratifs.....	85
<b>Des fonctions de soutien à l'évolution du programme</b> .....	86
La recherche et l'innovation.....	86
Le développement et le maintien des compétences.....	90
<b>Le suivi et l'évaluation</b> .....	93
<b>Conclusion</b> .....	95
<b>Liste des collaborateurs et collaboratrices</b> .....	97
<b>Références bibliographiques</b> .....	98

## LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

<i>C. difficile</i>	<i>Clostridium difficile</i>
CAU	Centre affilié universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
ELDEQ	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec
FQRSC	Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture
FRSQ	Fonds de la recherche en santé publique
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IMDPE	Indice de mesure du développement de la petite enfance
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPCDC	Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
JASP	Journées annuelles de santé publique
MCV	Maladie cardiovasculaire
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
OMS	Organisation mondiale de la santé
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
TCNSP	Table de coordination nationale de santé publique
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain

## INTRODUCTION

Depuis qu'il a été rendu public en 2003, le *Programme national de santé publique 2003-2012* contribue à la mobilisation des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux à l'égard d'objectifs et de services communs visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Le programme constitue à cet égard un outil structurant qui favorise la cohérence des pratiques en santé publique et un puissant levier pour renforcer les actions de prévention au sein du système de santé et de services sociaux. La présente mise à jour a été réalisée en fonction des actions menées jusqu'ici et assure leur continuité. Elle prend également assise sur les acquis. Le caractère dynamique du Programme national de santé publique rend toutefois nécessaires certains ajustements. Le programme évolue en lien avec les nouvelles connaissances et les nouveaux contextes dans lesquels il se déploie.

Ainsi, le réseau de la santé et des services sociaux a connu une transformation majeure au cours des dernières années. Les établissements locaux – les centres de santé et de services sociaux (CSSS) – exercent maintenant une responsabilité populationnelle, conjointement avec leurs partenaires. Cette nouvelle responsabilité interpelle de façon importante les acteurs de santé publique. La mise à jour tient compte de cette donnée centrale. Celle-ci représente une occasion unique de renforcer la prévention, autant au sein du système de santé et de services sociaux qu'auprès des autres secteurs d'activité qui ont une influence sur la santé et le bien-être.

Avec cette mise à jour du programme national, le Ministère réitère l'importance d'agir en amont, avant que ne surviennent les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux. Il énonce les activités permettant d'agir sur les déterminants de la santé et de réduire les inégalités de santé et de bien-être. Il réaffirme la nécessité pour tous les acteurs visés de collaborer pour une action concertée sur les déterminants : les intervenants de santé publique, les intervenants de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les acteurs des autres secteurs d'activité (municipalités, secteur de l'éducation, secteur des transports, etc.). Il plaide enfin en faveur de l'indispensable association des interventions individuelles aux actions sur les environnements, toujours dans le même but, soit améliorer l'efficacité des interventions.

Le présent document est composé de quatre parties. La première partie comprend la description du nouveau contexte de mise en œuvre du programme national, les résultats d'évaluation des actions menées depuis 2003 et les enjeux qui s'en dégagent. La deuxième partie présente l'état global de la santé de la population et ses déterminants de même que les objectifs généraux du programme. La troisième partie porte sur la gamme de services de santé publique, par domaine d'intervention, ainsi que sur les stratégies d'action. Enfin, les possibilités offertes par la transformation du réseau ainsi que les conditions de mise en œuvre du programme font l'objet de la dernière partie.



# PREMIÈRE PARTIE

## Le contexte



## LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2003-2012

Le *Programme national de santé publique 2003-2012*<sup>1</sup> a été institué par la Loi sur la santé publique, adoptée en 2001. La Loi et le programme marquent un tournant dans la pratique de la santé publique au Québec, lui conférant une légitimité et un pouvoir d'influence accrue.

La Loi fournit des assises et un cadre pour développer la prévention<sup>i</sup> au sein du système de santé et de services sociaux, d'une part, et pour agir sur les politiques publiques qui ont des effets sur la santé, d'autre part. La Loi définit les fonctions de la santé publique ainsi que les rôles et les responsabilités des intervenants. Elle prévoit aussi des leviers d'action et établit des passerelles entre les intervenants de santé publique et les acteurs sociaux qui sont en mesure d'agir sur les déterminants de la santé<sup>ii</sup>. La Loi invite à agir pour réduire les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population ainsi que pour contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables.

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* s'inscrit dans le prolongement de la Loi. Il permet de structurer et d'organiser les interventions aux trois paliers, soit central, régional et local.

Rendu public en janvier 2003, le *Programme national de santé publique 2003-2012* demeure la référence pour les fondements et le cadre général du programme. Sa structure reflète les fonctions de santé publique, qui délimitent le champ d'action du secteur et les responsabilités qui incombent aux acteurs. Les fonctions essentielles marquent le caractère distinctif des activités de santé publique. Ce sont :

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

Les fonctions de soutien, quant à elles, viennent appuyer l'exercice de ces fonctions essentielles. Ce sont :

- la réglementation, la législation et les politiques publiques ayant des effets sur la santé ;
- la recherche et l'innovation ;
- le développement et le maintien des compétences en santé publique.

Cinq stratégies d'intervention sur les facteurs susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population sont également privilégiées, soit<sup>iii</sup> :

- renforcer le potentiel des personnes ;
- soutenir le développement des communautés ;
- participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être ;
- soutenir les groupes vulnérables ;
- encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces.

Des objectifs sont définis pour l'amélioration de la santé, la réduction de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux de même que l'action positive sur les déterminants. Les problèmes et les déterminants retenus sont ceux pour lesquels on peut escompter des gains grâce à des interventions ciblées. Une estimation des gains attendus est d'ailleurs fournie, lorsque les données disponibles le permettent.

i. Dans ce document, le terme *prévention* est employé au sens large. Il désigne l'ensemble des actions rattachées à l'exercice des fonctions de promotion, de prévention et de protection de la santé.

ii. Les stratégies données ici le sont dans leur formulation initiale, c'est-à-dire telles qu'elles sont formulées dans le document original du programme.

Pour l'atteinte des objectifs, le programme prévoit les services et activités jugés efficaces qui doivent être accessibles sur tous les territoires locaux. L'efficacité de ces services et activités est démontrée par des évaluations scientifiques ou un consensus d'experts.

Les activités sont réparties selon six domaines d'intervention : développement, adaptation et intégration sociale, habitudes de vie et maladies chroniques, traumatismes non intentionnels, maladies infectieuses, santé environnementale et santé en milieu de travail. Enfin, des valeurs et des principes éthiques servent de fondement à la réflexion et aux discussions concernant la planification et la mise en œuvre des activités. Ces valeurs et ces principes constituent des repères qui permettent de baliser ce qui est souhaitable et acceptable quant aux choix à faire dans la réalisation des activités de santé publique.

Par rapport à son implantation, le programme se déploie à travers les plans d'action régionaux et les plans d'action locaux. Ce sont là des outils de planification qui permettent d'adapter l'intervention à la réalité de chaque territoire. L'implantation du programme exige la collaboration de l'ensemble des acteurs du système de santé et de services sociaux ainsi que celle des partenaires des autres secteurs d'activité. Il appartient à chacune des régions de mettre en place les mécanismes de concertation les plus pertinents.

La Loi sur la santé publique prévoyait que le programme national serait évalué tous les trois ans, de même que les plans d'action régionaux et les plans d'action locaux. Pour des raisons pratiques, le Ministère a plutôt opté pour une évaluation à mi-mandat. Cette évaluation a conduit à la préparation du présent document.

## LA TRANSFORMATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Depuis la diffusion du *Programme national de santé publique 2003-2012*, le réseau de la santé et des services sociaux a connu d'importants changements. Ces changements véhiculent une nouvelle conception de la gestion des services : l'accent est désormais mis sur les résultats de santé et de bien-être de la population d'un territoire plutôt que sur les ressources<sup>3</sup>.

La décentralisation des responsabilités constitue la pierre angulaire de cette véritable réforme. En créant une nouvelle instance locale, le CSSS, le gouvernement a voulu rapprocher encore davantage de la population les décideurs<sup>4</sup>. Par ce rapprochement, le gouvernement souhaite que le réseau public offre des services plus accessibles et mieux coordonnés, d'une part, et qu'il agisse plus efficacement sur les déterminants de la santé, en partenariat avec les autres acteurs du milieu, d'autre part. Les CSSS et les agences de la santé et des services sociaux disposent d'une grande marge de manœuvre pour gérer leurs ressources, organiser les services et mobiliser le milieu en vue d'améliorer la santé et le bien-être.

### Les nouveaux fondements de l'action du système de santé et de services sociaux

L'activité du système est désormais fondée sur deux grands principes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Le premier principe lie les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, sur chaque territoire de CSSS, pour qu'ils travaillent ensemble à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, avec leurs partenaires des autres secteurs d'activité, et qu'ils coordonnent leurs services et activités en vue de répondre le mieux possible aux besoins de la population. Par le second principe, on vise à organiser la continuité des services, c'est-à-dire à établir des relais normaux et usuels entre les services de première ligne et les services spécialisés et ultraspecialisés.

## LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Tous les intervenants d'un territoire local (territoire de CSSS) font partie d'un «réseau local de services». Cette notion doit être précisée. Elle comporte en fait deux axes. Le premier axe, horizontal, regroupe les services et activités qui sont offerts sur le territoire même. Pour organiser ces services et activités, le CSSS mobilise les intervenants offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur la santé et le bien-être pour s'assurer de leur participation. Le deuxième axe, vertical, permet au CSSS d'établir les passerelles entre les services de première ligne, d'une part, et les services spécialisés et ultraspécialisés, d'autre part. Dans ce cas, le CSSS noue les liens nécessaires avec les établissements visés afin que sa population reçoive des services continus, sans rupture, tout particulièrement les clientèles des services de longue durée : les personnes en perte d'autonomie, les jeunes en difficulté, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes aux prises avec une maladie chronique. C'est le maillage des services et des différents producteurs qui forme le réseau local de services.

Lors de l'élaboration de son «projet clinique», le CSSS doit tenir compte de l'ensemble des caractéristiques sociosanitaires de la population locale et des besoins particuliers des groupes plus vulnérables. En effet, la Loi sur les services de santé et les services sociaux crée l'obligation pour les établissements non seulement d'assurer l'accès à une gamme étendue de services, mais aussi d'agir en amont, sur l'ensemble des déterminants de la santé, incluant les déterminants sociaux, et ce, en collaboration avec les autres intervenants du milieu<sup>5</sup>. Pour ce faire, le CSSS doit, à la base, rendre accessible un continuum de services le plus complet possible, de la prévention jusqu'au soutien en fin de vie. En élaborant son plan d'action local de santé publique, le CSSS répond, à la fois, à cette responsabilité ainsi qu'à celle qui lui est dévolue par la Loi sur la santé publique, en tant que responsable de la mise en œuvre du programme national sur son territoire.

Avec la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, le territoire local apparaît désormais comme un lieu d'échanges intersectoriels où divers acteurs coordonnent leurs efforts pour mieux contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ainsi que, plus largement, au développement social<sup>6</sup>.

## LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES

L'idée fait maintenant consensus : un système de santé et de services sociaux efficient repose sur des services de première ligne forts<sup>7</sup>, des services spécialisés et ultraspécialisés de haute qualité de même que des relais qui permettent à l'usager de passer aisément d'un type de services à un autre, selon ses besoins. Des services de première ligne forts sont indispensables pour agir de façon précoce, rapidement et efficacement. Par ailleurs, on ne pourrait concevoir l'exercice de la responsabilité populationnelle sans prévoir une assise pour la prise en charge globale des personnes en fonction des dimensions géographiques, sociales et culturelles de l'organisation des services d'un territoire.

La hiérarchisation des services de santé et des services sociaux s'avère nécessaire pour offrir, de façon efficiente, le bon service, au bon endroit, au bon moment. L'expérience québécoise des 30 dernières années démontre la complexité d'une telle opération dans un système qui a été édifié et qui a évolué en lien avec les établissements spécialisés.

## Un encadrement administratif rigoureux

Le Ministère a modifié ses processus administratifs et budgétaires à la suite de l'adoption de la Loi sur l'administration publique (2000) et des modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (2003). Les changements portent sur trois grands leviers : l'architecture des services, le mode d'allocation budgétaire et la reddition de comptes. Ces changements ont une incidence sur la santé publique.

## LES PROGRAMMES-SERVICES

Le système québécois a été édifié en lien avec les établissements. Or, il faut dépasser les frontières de l'établissement pour mieux intégrer les services. Cette idée est à la base des «programmes-services» que le Ministère a adoptés<sup>iii</sup>. L'approche par programmes-services oriente désormais la planification, l'organisation des ressources humaines et matérielles ainsi que l'allocation budgétaire.

Un programme-services désigne un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui vivent une problématique commune<sup>8</sup>. Chaque programme-services est fondé sur la notion de besoin : il doit regrouper l'ensemble des services et des activités qui permet de répondre aux besoins de la population ou à un profil de besoins d'un groupe de personnes.

On compte neuf programmes-services. Deux répondent aux besoins de l'ensemble de la population : Santé publique et Services généraux (activités cliniques et activités d'aide). Sept couvrent des problématiques particulières : Santé physique, Santé mentale, Déficience physique, Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, Dépendances, Jeunes en difficulté et Perte d'autonomie liée au vieillissement.

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* constitue la référence pour l'organisation des services et des activités du programme-services Santé publique. Le programme-services Santé publique est, quant à lui, à la base de tous les autres programmes-services, puisque la prévention fait partie du continuum de services dans tous les secteurs d'activité<sup>9</sup>.

## L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

Depuis 2004, le Ministère utilise une nouvelle méthode d'allocation budgétaire fondée sur une approche populationnelle, dans le but de répartir plus équitablement les ressources entre les régions. Rappelons que, traditionnellement, les budgets aux établissements étaient alloués sur une base historique. Depuis avril 2004, les ressources que l'État ajoute chaque année (budget de développement) au budget des services de santé et des services sociaux sont réparties entre les régions, à partir du contour des programmes-services et en fonction de leur population, pondérées par un indice de besoin. Ce faisant, les écarts historiques entre les régions sont appelés à diminuer d'année en année.

Dans le cas du programme-services Santé publique, l'indicateur de besoin est modulé avec les «coûts normés»<sup>10</sup>, c'est-à-dire les sommes requises pour l'implantation des activités inscrites au *Programme national de santé publique 2003-2012*. Ainsi, chaque région a la responsabilité et le pouvoir d'organiser les services et les ressources sur son territoire.

## LA REDDITION DE COMPTES

Le Ministère a renforcé l'imputabilité et les processus de reddition de comptes dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, il a repris et adapté le modèle instauré dans la fonction publique par la Loi sur l'administration publique. La gestion par résultats a désormais cours.

Dans un premier temps, chaque palier doit élaborer son plan de travail : «plan stratégique» dans le cas du Ministère et des agences, «projet clinique» dans le cas des CSSS. Le Ministère fixe ensuite des cibles et, sur cette base, signe des ententes de gestion avec les agences. Ces ententes peuvent inclure des indicateurs d'accès aux services, des volumes d'activité à atteindre, des mesures de la continuité et de la qualité des services. À leur tour, les agences appliquent le même modèle avec les établissements de leur territoire.

iii. Le Ministère a également créé deux programmes-soutien : le programme Administration et soutien aux services ainsi que le programme Gestion des bâtiments et des équipements. Un programme-soutien désigne un ensemble d'activités de nature administrative et technique en appui aux programmes-services.

## Une autre manière de voir

Globalement, la transformation du réseau de la santé et des services sociaux marque le passage d'un mode de gestion centré sur les ressources à un autre, axé sur les résultats de santé<sup>11</sup>. On vient ainsi confirmer le fait, reconnu depuis longtemps, que l'organisation des services de santé et des services sociaux constitue l'un des déterminants de la santé. Une telle approche comporte des exigences, en particulier<sup>12</sup> :

- une connaissance du profil démographique de la population, de ses caractéristiques socio-économiques et ethnoculturelles, de son état de santé, de la distribution des déterminants de la santé et des modes d'utilisation des services de santé et des services sociaux ;
- un système qui est structuré et qui établit ses priorités en fonction des caractéristiques de la population et des groupes vulnérables ;
- une anticipation des besoins en matière de santé par une action en amont des problèmes, plutôt que la seule réaction aux événements ;
- un système où le déploiement des ressources doit favoriser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services adaptés aux besoins des divers groupes, tout particulièrement les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique, qui sont souvent les plus frappés par la maladie ou les problèmes psychosociaux ;
- un système qui reconnaît l'importance, pour le maintien et l'amélioration de l'état de santé, de l'action des autres secteurs d'activité (scolaire, municipal, juridique, etc.) et qui joue un rôle d'influence auprès de ceux-ci.

En ce sens, la surveillance continue de l'état de santé constitue un levier significatif pour mobiliser les décideurs et les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux. Elle soutient non seulement la réalisation des plans d'action régionaux et locaux de santé publique, mais également l'élaboration de plans de services adaptés aux caractéristiques de la population et de sous-groupes qui ont des besoins particuliers<sup>13</sup>. En définitive, la surveillance constitue un outil essentiel pour adapter les services aux besoins de la population.

La fonction de surveillance a connu des développements majeurs à la suite de l'adoption de la Loi sur la santé publique. La Loi a prescrit différentes balises pour l'exercice de cette « fonction essentielle » en précisant, entre autres, les finalités et les objectifs qu'elle doit poursuivre, dont le soutien à la prise de décision, tant au palier national qu'au palier régional.

Les défis posés au système de santé et de services sociaux amènent ce dernier, aujourd'hui encore davantage qu'hier, à recourir à l'approche de la santé publique, à miser sur la prévention et l'action intersectorielle. De telles stratégies prennent assise sur une vision large des besoins de santé de la population, vision que viennent alimenter l'analyse, l'interprétation et la diffusion des résultats de surveillance.

## L'ÉVALUATION DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2003-2012

Les résultats de l'évaluation sont essentiels pour orienter la planification des activités et soutenir la mise en œuvre du programme et des plans d'action. Les besoins d'information sont multiples en raison de la complexité du champ et de l'intervention en santé publique. Pour l'évaluation, on a donc fait appel à plusieurs approches complémentaires. Les résultats obtenus ont été croisés, et l'information a été systématisée afin que les planificateurs, les gestionnaires et les intervenants y aient accès facilement.

Les résultats de l'évaluation à mi-mandat du *Programme national de santé publique 2003-2012* jettent la lumière sur quatre éléments :

- les conditions d'exercice des fonctions de santé publique ;
- les processus d'implantation du programme à l'échelle régionale et locale ;
- le déploiement de l'offre de services ;
- l'atteinte des objectifs.

Le croisement des résultats permet une meilleure compréhension des enjeux posés par l'exercice de la responsabilité populationnelle pour l'évolution du programme national et, plus largement, pour l'inscription de la prévention dans les interventions du réseau de la santé et des services sociaux.

## **L'évaluation des fonctions de santé publique**

L'évaluation des fonctions de santé publique a été réalisée en 2005<sup>14</sup>. La méthode utilisée s'inspire du modèle élaboré par l'Organisation panaméricaine de la santé, qui repose sur une définition large de la santé publique, considérée comme une partie intégrante du système de santé<sup>15</sup>. Le modèle a été adapté à la réalité québécoise. Il s'agissait, en fait, de savoir si les conditions essentielles étaient réunies pour l'exercice des fonctions de santé publique, en d'autres mots pour une bonne pratique de la santé publique. Une attention particulière a été portée aux politiques en vigueur, à la démarche de planification des activités, au mode d'allocation budgétaire, aux ententes de collaboration entre établissements, aux compétences ainsi qu'au soutien à la décentralisation. L'information a été colligée auprès de quelque 70 informateurs clés, tous des décideurs appartenant à diverses sphères du domaine de la santé et des services sociaux. La composition de l'échantillon était représentative des trois paliers d'intervention - local, régional, national - et de la diversité des régions.

### **L'EXERCICE DES FONCTIONS : DES CONDITIONS FAVORABLES**

Le contexte québécois offre des conditions propices à l'exercice des fonctions essentielles et des fonctions de soutien de santé publique. Avec la Loi sur la santé publique et le programme national, le Québec s'est donné l'infrastructure requise et un dispositif structurant. Le programme est vu comme un plan d'amélioration continue de la santé qui comporte des objectifs clairs et qui repose sur une démarche participative. Quant à la Loi, elle fournit des assises claires. Elle permet, entre autres, d'influencer les politiques publiques pour mieux agir sur les déterminants de la santé. On n'a qu'à penser ici à l'article 54, selon lequel le ministre de la Santé et des Services sociaux a le mandat de donner à ses collègues « tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population »<sup>16</sup>. Enfin, l'expertise de la santé publique dans l'organisation d'ensemble du système de santé et de services sociaux, envisagée comme un déterminant de la santé, est reconnue.

Par ailleurs, à l'échelle du réseau de la santé et des services sociaux, le nouveau partage des responsabilités entre les paliers local, régional et national est vu comme un élément susceptible d'améliorer la cohérence des interventions. Le leadership qu'exerce le palier national se traduit par des orientations claires et une meilleure coordination des activités de chacun des paliers. Les données issues des systèmes d'information de la surveillance de l'état de santé, de la recherche et de l'évaluation viennent soutenir la planification, la gestion des ressources et l'allocation budgétaire. Les ententes de gestion (entre le Ministère et les agences ; entre les agences et les établissements) indiquent les cibles à atteindre, sur la base de données fiables. Enfin, pour mieux soutenir la décentralisation, le Ministère et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) fournissent les orientations et l'expertise requises pour améliorer l'accès aux services et l'équité en santé.



### LA PLANIFICATION : DES ACTIVITÉS FRAGMENTÉES

Si l'on reconnaît aisément que les organisations du réseau de la santé et des services sociaux, à tous les paliers, fondent leurs activités sur une planification rigoureuse, on remarque que la vision d'ensemble y est parfois absente et que des partenariats ne sont pas toujours établis. Les exercices de planification des organisations ou même des unités administratives poursuivent souvent des fins différentes et sont réalisés en parallèle. Cette fragmentation - entre les établissements, les unités, les programmes-services - constitue un frein à l'intégration et à l'action concertée en faveur de la santé et du bien-être, des approches pourtant considérées comme essentielles.

Plus globalement, l'évaluation révèle que la prise en compte des objectifs de santé par les planificateurs des autres ministères représente toujours un enjeu important, tout particulièrement en l'absence d'une véritable politique de santé gouvernementale.

### LA PRÉVENTION SUR LE TERRAIN : DES PARTENARIATS À CONSOLIDER, D'AUTRES À CONSTRUIRE

Comme plusieurs leviers pour agir sur la santé se trouvent à l'extérieur du système de santé et de services sociaux, le Ministère a conçu des outils en vue de soutenir l'élaboration de politiques publiques saines. Le Ministère a notamment mis sur pied, à l'échelle gouvernementale, un mécanisme d'évaluation d'impact ainsi qu'un programme de recherche et de transfert des connaissances sur les politiques publiques favorables à la santé.

Dans la même perspective, les activités prévues au *Programme national de santé publique 2003-2012* et rattachées à la fonction de réglementation, de législation et de politiques publiques ayant des effets sur la santé contribuent aussi à accroître la portée de l'action en santé publique. Enfin, du côté des programmes à responsabilité partagée, on peut penser, par exemple, à l'entente entre le Ministère ainsi que le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport qui encadre le déploiement de l'approche École en santé.

Si les moyens utilisés pour influencer et appuyer les ministères, les organismes gouvernementaux et les acteurs des divers secteurs d'activité sont jugés satisfaisants, les efforts pour favoriser l'établissement des partenariats intersectoriels sont, eux, estimés insuffisants.

Par ailleurs, le soutien du Ministère aux actions de promotion de la santé est considéré comme favorable. Il appuie principalement les activités d'information, d'éducation à la santé, de création d'environnements sains et de soutien aux initiatives locales.

Globalement, on estime toutefois que la prévention est peu intégrée dans les activités du système de santé et de services sociaux dans son ensemble. C'est pourtant là un élément crucial de tout continuum de services. Il s'agit d'un enjeu fondamental, non seulement pour l'action en santé publique, mais aussi pour la portée de l'action du système de santé et de services sociaux.

### LES PRATIQUES : PEU DE MOYENS POUR SOUTENIR L'ADAPTATION

La récente transformation du réseau de la santé et des services sociaux fournit une belle occasion d'enrichir l'intervention en santé publique. En effet, la mise en œuvre des réseaux locaux de services offre la possibilité d'améliorer la planification et, conséquemment, d'assurer le développement des ressources humaines en santé publique : gestionnaires, personnels médicaux, techniciens et professionnels.

Or, des limites inhérentes à la gestion des organisations complexes doivent être considérées à la lumière des résultats d'évaluation. On relève l'absence de processus organisationnels permanents pour soutenir l'adaptation des pratiques aux changements qui influencent la gouverne du système de santé et de services sociaux, tels que la progression des maladies chroniques, le développement des technologies ou encore le nouveau partage des responsabilités au sein du réseau. Sur ce point plus particulièrement, on note la difficulté de déterminer avec rapidité et précision les aspects de la gestion qui doivent être améliorés aux paliers régional et local, dans un contexte de décentralisation. Et si l'on reconnaît que le Ministère et l'INSPQ offrent aux deux autres paliers une expertise sur les méthodes de planification et les stratégies pour répondre aux priorités en matière de santé, on relève le manque de formation sur les processus de gestion ainsi que sur la conception et la mise en œuvre des activités de planification, particulièrement à l'échelle locale.

Cette question du soutien au palier local mérite une attention particulière compte tenu des nouvelles responsabilités que le CSSS exerce. On estime que les besoins de formation actuels portent notamment sur l'approche populationnelle, l'intégration des services et la lutte contre les maladies chroniques.

La question du développement des ressources humaines se posera avec acuité dans les années à venir compte tenu des nombreux départs à la retraite et d'une demande accrue de services. Elle implique une meilleure coordination entre le réseau de la santé publique et les autres secteurs des soins et services, d'une part, et entre les paliers de gouverne, d'autre part.

## **L'évaluation des processus d'implantation**

Par l'évaluation des processus d'implantation, on cherchait à répondre à la question suivante : comment évolue le programme national sur le terrain ? L'évaluation des processus d'implantation a porté sur les effets de la nouvelle gouverne, les modes de collaboration régionale-locale, les processus administratifs, les approches de planification ainsi que les modes de collaboration en appui à l'implantation du programme<sup>17</sup>. Les résultats proviennent d'entrevues de groupe réalisées auprès d'une quarantaine d'acteurs de santé publique. La plupart de ces acteurs occupent des fonctions de gestion dans une organisation régionale ou locale.

### **LA NATURE DU PROGRAMME : UN CADRE STRUCTURANT, UNE EXPERTISE SOLIDE**

L'élaboration du *Programme national de santé publique 2003-2012* a représenté une occasion privilégiée de consolider le réseau de la santé publique. Elle a permis de préciser le champ de la santé publique, en fonction de la diversité des territoires, des problématiques, des approches et des priorités régionales. De plus, dans le contexte de la transformation du réseau, les valeurs que le programme véhicule, les données probantes sur lesquelles il est fondé et l'approche qu'il privilégie, axée sur la concertation et les partenariats, sont autant d'éléments qui viennent appuyer l'exercice de la responsabilité populationnelle. Enfin, le cadre juridique - défini par la Loi sur l'administration publique, la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que la Loi sur la santé publique - constitue un levier majeur pour soutenir l'application du programme. Toutefois, ces conditions sont insuffisantes pour assurer son implantation.

### **LA PREMIÈRE CONDITION DE SUCCÈS : S'APPROPRIER LE PROGRAMME**

La traduction du programme national dans les plans d'action régionaux et les plans d'action locaux s'est appuyée sur la concertation, plus ou moins étendue, entre les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'avec les acteurs des autres secteurs d'activité. Au sein du réseau public, on souligne l'importance que l'on accorde toujours aux soins curatifs et le peu de place laissée à la prévention.

Du côté des intervenants de santé publique, quelques-uns semblent réticents à appliquer des éléments du programme : certaines activités seraient, selon eux, peu adaptées aux particularités régionales ou locales. Pour d'autres, le manque de financement est un frein à la pérennité de certaines activités. Par ailleurs, on juge que l'ouverture aux pratiques prometteuses en promotion de la santé pourrait diminuer la pression entraînée par l'aspect prescriptif du programme.

Dans une perspective de mise en valeur de la prévention au sein du système de santé et de services sociaux et auprès des partenaires des autres secteurs d'activité, on s'est demandé quelle pourrait être la contribution des paliers national et régional. Premièrement, recentrer des activités du programme sur des objectifs prioritaires viendrait, de l'avis de certains, soutenir leur mise en œuvre. Deuxièmement, créer des alliances entre les ministères visés par les objectifs de prévention serait essentiel aux efforts de mobilisation intersectorielle menés à l'échelle régionale ou locale de même qu'à la bonne marche des projets.



### **LA GESTION DU PLAN D'ACTION LOCAL ET L'ARRIMAGE AU PROJET CLINIQUE : DES FACTEURS ORGANISATIONNELS À CONSIDÉRER**

L'élaboration du projet clinique a été ou est favorable à l'inclusion d'activités préventives dans les continuums de services. En effet, l'élaboration du projet clinique est propice à la mobilisation des acteurs locaux à l'égard de la prévention. De plus, le projet clinique peut offrir aux acteurs locaux l'occasion de reconsidérer le plan d'action local de santé publique. Toutefois, sur les territoires locaux où les changements organisationnels et les impératifs de soins retiennent davantage l'attention des décideurs et l'énergie du personnel, la prise en compte du plan d'action est mitigée. Cette situation soulève des inquiétudes.

Par ailleurs, la création de la fonction de gestionnaire du plan d'action local au sein des CSSS est généralement considérée comme une condition propice à la prévention. Le pouvoir d'influence du responsable varie toutefois en fonction du nombre d'établissements fusionnés et de leur mission d'origine. D'abord, sur le plan budgétaire, on accorde souvent la priorité aux soins curatifs, les activités de santé publique venant en deuxième. Ensuite, les objectifs de prévention sont parfois limités à la mission CLSC, ce qui peut traduire une conception restreinte de la responsabilité populationnelle.

Les fusions d'établissements semblent toutefois porteuses là où la gestion du plan d'action local est intégrée dans l'administration générale et les processus décisionnels. La fonction de responsable local de la santé publique gagne donc en influence, en partie par la position qu'il occupe dans l'organigramme. Indépendamment des particularités locales et de l'absence de modèle préétabli, une idée ressort de l'évaluation : les autorités du CSSS doivent s'engager davantage dans la planification des activités de santé publique, et les décisions qui en découlent doivent être diffusées à l'ensemble des acteurs locaux.

### **L'EXPERTISE EN SANTÉ PUBLIQUE : DÉVELOPPER UNE CULTURE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN À LA PRISE DE DÉCISION**

L'expertise régionale en santé publique doit soutenir la mise en œuvre des activités au palier local. Ce soutien peut prendre la forme d'un accompagnement des responsables locaux pour la détermination des stratégies d'implantation et de mise en œuvre optimales. La réunion des expertises régionale et locale en santé publique constitue un puissant atout pour l'exercice de la responsabilité populationnelle.

Selon les répondants, l'implication des intervenants de santé publique dans l'organisation des services permet d'influencer les orientations régionales en faveur de la prévention et, conséquemment, les décisions d'ordre budgétaire. De plus, sur le terrain, on doute parfois de la cohérence des actions menées aux niveaux régional et local, ce qui témoigne de l'absence d'une stratégie concertée entre les deux paliers. La reconnaissance des différentes expertises et les échanges en continu permettraient de corriger la situation.

### **LES LEVIERS ADMINISTRATIFS : PRIVILÉGIER LA NÉGOCIATION ET LES AJUSTEMENTS**

L'allocation budgétaire et la reddition de comptes constituent des leviers importants pour soutenir l'implantation des activités du programme.

Selon le nouveau mode d'allocation budgétaire, chaque région reçoit un budget global et dispose d'une marge de manœuvre pour répartir ses ressources. Pour les responsables de la santé publique, la négociation est donc nécessaire, l'objectif étant de mieux soutenir le financement des activités de prévention. Il s'agit là d'un enjeu majeur, tout particulièrement dans les CSSS qui gèrent une mission de centre hospitalier.

Sur la reddition de comptes, il faudrait, selon les répondants, mieux mesurer les changements attendus dans le cadre de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux relativement à la modification des pratiques de gestion et des pratiques professionnelles. Or, sur ces questions, les ententes de gestion incluent peu d'indicateurs qui permettraient d'apprécier les progrès accomplis. La mesure des résultats de la prestation de services est insuffisante pour que l'on puisse rendre compte de l'évolution des pratiques. Une telle absence de mesure peut représenter un facteur de démobilisation non négligeable.

## Les suivis des activités du programme national et des indicateurs sociosanitaires

Les suivis des activités du programme national et des indicateurs sociosanitaires fournissent une précieuse information pour la prise de décision<sup>18</sup>. Le suivi d'implantation, commencé en 2004, porte essentiellement sur l'offre de services commune, plus spécifiquement sur la disponibilité des services et des interventions. La collecte de données est réalisée annuellement au moyen d'indicateurs, et ce, pour les activités considérées comme prioritaires par le Ministère, la plupart étant incluses dans les ententes de gestion. Une nouveauté a toutefois été introduite dans le suivi pour l'exercice 2006-2007, soit un volet portant sur l'ensemble des activités prévues au programme pour toute la période 2003-2007. Cette information complémentaire a été recueillie auprès des responsables régionaux au moyen d'un questionnaire. Par cette démarche, on visait à dresser un tableau d'ensemble du déploiement des activités du programme, sans égard au volume de services, à l'intensité des services et à la clientèle touchée.

Pour sa part, le suivi des indicateurs sociosanitaires fournit une première information sur l'atteinte des objectifs du programme. Parmi les 87 objectifs, 37 ont été suivis durant la période 2003-2007. Ces objectifs correspondent aux priorités incluses dans les ententes de gestion. Plusieurs sources d'information ont été utilisées pour le suivi des indicateurs, dont les bases de données<sup>iv</sup> et les enquêtes<sup>v</sup>. Les données ont été intégrées dans un tableau de bord en fonction de deux buts précis : mettre en perspective l'évolution des indicateurs de santé et de bien-être, dont certains font l'objet de comparaisons périodiques ou de croisements avec d'autres indicateurs ; comparer les résultats avec les cibles<sup>vi</sup> établies dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*. Bien que les indicateurs montrent l'atteinte de certaines cibles, il faut relativiser les résultats, puisqu'il est difficile d'établir un lien de causalité entre le programme et ses effets sur la santé de la population. D'autres facteurs entrent en effet en ligne de compte. Ultiment, le suivi par indicateurs permettra de dégager des tendances - négatives ou positives - et d'isoler les événements exceptionnels.

### UN RYTHME D'IMPLANTATION DIFFÉRENT SELON LES RÉGIONS ET LES TERRITOIRES LOCAUX

De façon générale, les activités liées aux services prioritaires sont implantées ou sont en voie de l'être ; de plus en plus de régions et de territoires locaux les offrent et servent une clientèle toujours plus importante. Quelques résultats concernant ces activités sont présentés dans l'encadré ci-après.

iv. Telles que le fichier MED-ÉCHO, le fichier des naissances, le fichier des décès et le registre des maladies à déclaration obligatoire.

v. Comme l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycles 1.1, 2.1 et 3.1).

vi. Certaines cibles doivent être atteintes pour la fin de 2007, alors que d'autres doivent l'être pour la fin de 2012.

## Des résultats

Concernant la périnatalité et la petite enfance :

- On observe une augmentation de la proportion de territoires locaux offrant les deux composantes et respectant les critères d'implantation établis en lien avec les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.
- La proportion de nouvelles clientèles de 20 ans ou plus augmente, et ce, dans la majorité des régions.
- Les efforts doivent être poursuivis pour offrir l'intensité attendue dans le cadre de référence et pour atteindre la cible visée au plan stratégique du Ministère en 2010.

Par rapport à l'approche École en santé :

- Les écoles publiques qui adoptent cette approche augmentent en nombre.
- La plupart des régions et des territoires locaux se sont donnés un plan de mise en œuvre.

Pour la lutte contre le tabagisme :

- Le nombre de fumeurs ayant reçu des services de cessation tabagique individuels dans les centres d'abandon est en hausse (cible atteinte).
- Les projets des *gangs allumées* et le *défi J'arrête, j'y gagne !* continuent à jouir d'une grande popularité (cible atteinte).

Au sujet du dépistage du cancer du sein, on observe une progression continue du taux de participation au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*. Le taux s'établit à 51,1 % en 2006-2007 comparativement à 49,4 % en 2005-2006.

En matière de prévention des chutes chez les personnes âgées :

- L'implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes non personnalisées semble bien amorcée dans la plupart des régions.
- L'implantation des mesures multifactorielles personnalisées n'est pas commencée dans plusieurs des régions.

Enfin, au sujet du dépistage et de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) :

- Les services intégrés de dépistage et de prévention du VIH-sida, du VHC et des autres ITSS sont en bonne voie d'implantation.
- La plupart des régions ont dépassé les cibles prévues en ce qui a trait aux activités de dépistage et aux interventions de vaccination hors des établissements.

## UNE IMPLANTATION VARIABLE SELON LES DOMAINES D'INTERVENTION

Parmi l'ensemble des activités régionales et locales prévues lors de la période 2003-2007, 70 % peuvent être considérées comme implantées ou comme en voie de l'être. Cela ne signifie toutefois pas qu'elles le sont dans toutes les régions ou sur tous les territoires. Il s'agit plutôt d'une moyenne. En fait, la proportion d'activités dont l'implantation est complétée varie entre 41,2 % et 71,6 % selon les régions. Par contre, dix activités ou composantes d'activités sont implantées partout sur le territoire. Il s'agit essentiellement d'activités liées aux maladies infectieuses, principalement la vaccination.

La santé environnementale est un autre domaine où la proportion d'activités qui sont implantées ou qui sont en voie de l'être est très élevée. À l'opposé, le domaine des traumatismes non intentionnels affiche la plus faible moyenne<sup>vii</sup>.

Par ailleurs, le suivi d'implantation fournit une information selon le type d'activités offert. La classification suivante a été utilisée :

- les activités de protection de la santé ;
- les activités de prévention offertes à la population ou à des groupes particuliers ;
- les activités de promotion de la santé ;
- les activités de soutien à l'organisation de services, incluant la promotion et le soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives.

vii. Le bilan d'implantation 2003-2007 inclut un volet par questionnaire qui permet de classer les activités selon une échelle d'appréciation, de 1 à 4, du degré d'implantation.

Suivant cette classification, ce sont les activités de protection de la santé qui sont davantage implantées, suivies des activités de prévention et de promotion de la santé. Les activités de soutien à l'organisation de services, incluant la promotion et le soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives, sont, pour leur part, les moins implantées.

Les résultats de l'évaluation mettent en évidence la complexité de l'implantation, en promotion et en prévention particulièrement, lorsque les activités sont déployées et organisées à l'extérieur du réseau de la santé publique ou même du réseau de la santé et des services sociaux.

### LES INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES : DES AVANCÉES

Le suivi des indicateurs socio-sanitaires montre globalement que les objectifs et les indicateurs relatifs aux maladies infectieuses, aux habitudes de vie et aux maladies chroniques ainsi qu'au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale - volet jeunes évoluent dans le sens attendu. En fait, six des huit indicateurs portant sur les habitudes de vie et les maladies chroniques de même que sur le développement, l'adaptation et l'intégration sociale - volet jeunes répondent aux attentes. Des résultats sont présentés dans l'encadré ci-dessous.

#### Des résultats

Par rapport aux domaines d'intervention des habitudes de vie et des maladies chroniques ainsi que du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, on observe :

- Une diminution de la proportion de fumeurs actuels et de la proportion des personnes exposées à la fumée de tabac dans l'environnement.
- Un recul des taux d'hospitalisation et de mortalité par maladies cardiovasculaires (MCV).
- Une augmentation de la consommation de fruits et de légumes chez les jeunes ainsi qu'une augmentation de l'activité physique chez les filles et une stabilisation chez les garçons.
- Une diminution du taux de grossesse chez les filles de 14 à 17 ans.
- Une diminution de l'usage du tabac et de la consommation de drogues et d'alcool chez les élèves du secondaire depuis quelques années.

Les résultats sont par ailleurs variables pour ce qui est, entre autres, des objectifs et des indicateurs associés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale - volet petite enfance, aux maladies infectieuses (ITSS) et aux traumatismes non intentionnels (prévention des chutes chez les personnes âgées). À titre d'exemple, cinq des huit indicateurs suivis pour le développement, l'adaptation et l'intégration sociale - volet petite enfance sont relativement stables, dont la proportion des naissances vivantes avec un poids insuffisant et la proportion des naissances vivantes prématurées. Quant aux indicateurs correspondant au domaine des maladies infectieuses et plus particulièrement aux ITSS, ils affichent des résultats variables selon l'objectif et le type d'infection. Enfin, le suivi des indicateurs servant à mesurer les progrès relatifs aux activités de prévention des chutes chez les personnes âgées montre que le taux d'hospitalisation pour les principales causes de blessures a augmenté entre 2003 et 2007, tandis que le taux de mortalité, lui, a diminué (cible atteinte).

### Le bilan et les perspectives

Grâce aux résultats d'évaluation, on peut établir quelques constats sur la contribution du *Programme national de santé publique 2003-2012* et entrevoir le travail qui reste à faire. De façon générale, il s'agit de préciser certaines voies qui s'offrent aux intervenants de santé publique, en tenant compte des rôles et responsabilités des organisations du système de santé et de services sociaux, tout particulièrement celles qui exercent une responsabilité populationnelle.

## LE PROGRAMME NATIONAL : UN CADRE PORTEUR POUR AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

L'évaluation le démontre, le *Programme national de santé publique 2003-2012* est un levier important pour soutenir la cohérence des actions visant à améliorer la santé et le bien-être de la population. L'élaboration même du programme marque un moment fort pour la consolidation du réseau de la santé publique et la mise à profit de l'expertise québécoise dans ce domaine. Par la suite, la traduction des orientations nationales dans les plans d'action régionaux et les plans d'action locaux a été l'occasion d'organiser une offre de services commune selon les modes de collaboration entre les paliers régional et local ainsi que les caractéristiques de la population de chaque territoire.

L'établissement de priorités nationales et de cibles contribue aussi à renforcer la cohérence des actions. À ce sujet, la majorité des activités jugées prioritaires par le Ministère pour la période 2003-2007 sont implantées ou sont en bonne voie de l'être. Par ailleurs, sans qu'il soit possible d'établir un lien de causalité directe entre le programme et l'évolution de l'état de santé de la population, on peut tout de même souligner et apprécier la progression de certains indicateurs dans le sens attendu.

Enfin, l'évaluation révèle que l'approche populationnelle qui a guidé l'élaboration même du programme national et les assises scientifiques sur lesquelles il est fondé fournissent un cadre porteur pour l'exercice de la responsabilité populationnelle et une plus grande ouverture vers l'intersectorialité.

## L'APPROPRIATION DES OBJECTIFS DE PRÉVENTION : UN BILAN MITIGÉ, DES EFFORTS À POURSUIVRE

L'évaluation met en évidence un autre aspect crucial : la nécessité de renforcer la prévention à l'intérieur du système de santé. Il s'agit là d'une condition essentielle si l'on veut travailler efficacement à l'amélioration de la santé de la population. Un tel renforcement repose sur un meilleur arrimage des exercices de planification réalisés à chaque palier et sur la mobilisation des acteurs du système de santé et de services sociaux à l'égard de la prévention. Ces deux éléments favoriseraient certainement le rapprochement des acteurs, dont les façons de voir et les pratiques sont diversifiées, en vue d'une meilleure intégration des services et activités<sup>19</sup>.

L'élaboration du *Programme national de santé publique 2003-2012* a permis la réalisation d'un pas important, particulièrement au sein du réseau de la santé publique. La poursuite du programme implique que l'ensemble des intervenants du système de santé et de services sociaux s'approprie ses objectifs. Cependant, les intervenants de santé publique ont certainement un rôle actif à jouer pour soutenir davantage la prise de décision, particulièrement à l'échelle locale.

## LES LIENS ENTRE LE RÉSEAU DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES AUTRES SECTEURS DE SERVICES

L'exercice de la responsabilité populationnelle favorise l'émergence d'une variété d'initiatives. Dans un tel contexte, l'implication des acteurs et la mise en œuvre de structures souples sont incontournables<sup>20</sup>. Ces conditions ne peuvent toutefois, à elles seules, garantir l'atteinte des buts visés. Les instances nationales et régionales ont aussi un rôle à jouer, un rôle d'appui, d'incitation et d'expertise, pour soutenir l'émergence de nouveaux espaces et structurer l'entrée en scène des nouveaux acteurs<sup>21</sup>.

La décentralisation pose, en somme, un grand défi : celui de trouver le juste équilibre entre, d'un côté, des orientations suffisamment structurantes pour assurer la cohérence de l'action et, de l'autre, des conditions de mise en œuvre assez souples pour que les acteurs locaux aient tout l'espace nécessaire pour exercer efficacement leurs responsabilités.

L'évaluation montre que l'équilibre recherché repose, entre autres, sur une collaboration dynamique entre le palier régional et l'instance locale, en vue de l'organisation des services, ainsi que sur des mécanismes complémentaires à la reddition de comptes, pour que l'on puisse suivre l'évolution des nouvelles pratiques qui accompagnent la transformation du réseau. Enfin, à l'échelle locale, des facteurs organisationnels peuvent se révéler favorables à la gestion du plan d'action local et à son arrimage au projet clinique, notamment l'inscription de la prévention dans les lieux de décision.

En somme, à mi-mandat de l'implantation du *Programme national de santé publique 2003-2012*, les résultats d'évaluation font ressortir la nécessité d'élargir la portée des objectifs de prévention sur l'action d'ensemble du système de santé et de services sociaux. C'est là un défi de taille en raison des changements nécessaires dans les pratiques et des façons de voir. Toutefois, il faut toujours se rappeler que le développement continu de la santé publique au Québec s'inscrit dans un mouvement, amorcé à la fin des années 1960, qui témoigne des efforts d'intégration de la prévention dans la structure administrative du système québécois<sup>22</sup>. La transformation du réseau avec l'accent sur la responsabilité populationnelle va exactement dans le même sens. Mais elle permet de franchir un pas de plus. Le terrain actuel est particulièrement propice à une meilleure prise en compte des déterminants de la santé dans l'organisation des services. Dans un tel contexte, la transformation du réseau est loin de compromettre la mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012*. La démarche peut même représenter un levier important pour décupler les activités de prévention, autant au sein du système de santé et de services sociaux que dans les autres secteurs d'activité.

## LES ENJEUX POUR LE RÉSEAU DE LA SANTÉ PUBLIQUE

### Des acquis à préserver, des occasions à saisir

Quatre ans après le dépôt du *Programme national de santé publique 2003-2012*, les résultats d'évaluation permettent d'affirmer que le cadre juridique et les bases de l'action en santé publique sont solides et prometteurs. Le programme favorise la cohérence et l'harmonisation des pratiques aux trois paliers. Aux niveaux régional et local, les autorités progressent dans la mise en place d'une offre de services commune. L'expérience récente montre d'ailleurs que l'approche de planification régionale-locale représente un élément crucial pour la prise en compte des objectifs de santé publique. Enfin, l'exercice de la responsabilité populationnelle vient confirmer l'importance du rassemblement de tous les acteurs visés autour d'objectifs d'amélioration de la santé de la population.

La poursuite du programme doit s'appuyer sur l'expérience des dernières années. Il faut par ailleurs miser encore davantage sur l'exercice de la responsabilité populationnelle comme levier pour développer la prévention et l'action intersectorielle. À cet effet, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les CSSS jouissent d'une marge de manœuvre assez grande pour pouvoir élaborer un projet clinique en fonction des éléments du plan d'action local en santé publique. À cet égard, la contribution des acteurs de santé publique peut prendre diverses formes : services préventifs aux individus, interventions auprès de la population, mise à profit de leur expertise pour l'adoption de mesures favorables à la santé, consolidation des services de première ligne<sup>23</sup> et, globalement, soutien à la gouverne<sup>24</sup>.

### Le renforcement de la prévention dans le système de santé et de services sociaux

La prévention retient de plus en plus l'attention au Québec, tant au sein de la communauté scientifique que dans la sphère politique. Les travaux menés récemment sur la pérennité du système de santé et de services sociaux mettent en évidence l'importance de la prévention pour améliorer la santé de la population, hausser la qualité de vie et réduire la pression sur le système<sup>25</sup>.

Cette idée voulant que la prévention améliore la performance des systèmes de santé repose sur un large consensus. On sait, par exemple, que les systèmes qui comportent une solide infrastructure de services de première ligne, incluant des interventions en amont des problèmes, sont associés à des taux de morbidité et de mortalité prématurées plus faibles ainsi qu'à des coûts moindres<sup>26</sup>. À ce sujet, l'Organisation panaméricaine de la santé soutient que, depuis près de 30 ans, les systèmes de santé qui ont adhéré aux orientations fondées sur les soins de santé primaires

(services de proximité) ont amélioré l'efficacité de leurs actions, tant pour les services individuels que pour les résultats de santé<sup>27</sup>. On reconnaît également qu'une organisation adéquate des services de première ligne, caractérisée notamment par l'ancrage des services dans les communautés locales, peut contribuer à la réduction de l'impact des inégalités socioéconomiques sur la santé<sup>28</sup>. C'est dire que si les causes des inégalités de santé se trouvent davantage à l'extérieur du système de santé et de services sociaux, ce dernier peut tout de même contribuer à la réduction des écarts<sup>29</sup>. La transformation récente du réseau de la santé et des services sociaux, avec accent sur la responsabilité populationnelle au palier local, va exactement dans ce sens.

Le travail intersectoriel est également au cœur de l'action en santé. Les intervenants du système de soins doivent faciliter et soutenir les contributions de tous les secteurs d'activité qui agissent sur les déterminants de la santé. Dans un tel cadre, plusieurs suggèrent que le réseau de la santé publique puisse jouer un rôle de soutien dans la planification, l'organisation et la prestation des services<sup>30</sup>. Dès lors, le principe de responsabilité populationnelle appliqué à l'organisation des services fournit l'occasion pour les acteurs de la santé publique de soutenir les initiatives visant à renforcer la prévention dans l'organisation d'ensemble des services. L'élaboration des projets cliniques, et leur mise en œuvre à travers les réseaux locaux de services, ouvrent une fenêtre toute grande pour travailler dans ce sens.

### **La contribution du réseau de la santé publique à l'exercice de la responsabilité populationnelle**

La contribution du réseau de la santé publique peut prendre plusieurs formes<sup>31</sup>. En particulier, le réseau peut :

- produire et analyser les données de surveillance de l'état de santé de la population de manière à alimenter les travaux de planification ;
- soutenir la mise en œuvre d'interventions en amont des problèmes et sur les déterminants de la santé ;
- soutenir les actions intersectorielles, l'expertise sur les déterminants de la santé ne relevant pas uniquement du champ de la santé publique ;
- soutenir la prise de décision pour l'exercice de la responsabilité populationnelle par les CSSS, en fournissant l'expertise utile à l'application de l'approche populationnelle à l'intérieur du secteur des soins et des services.

Pour les acteurs de santé publique, il s'agit là d'un espace de leadership à occuper, tant à l'échelle nationale qu'aux paliers régional et local, pour faire connaître leur expertise et, surtout, pour agir le plus efficacement possible afin d'améliorer la santé de la population.





## **DEUXIÈME PARTIE**

### Le bilan de santé



La santé de la population québécoise s'est grandement améliorée au cours des dernières décennies. Cette amélioration est en partie attribuable à la réduction du taux de mortalité due à certaines maladies, notamment les MCV, ainsi qu'à la diminution de la mortalité infantile. L'espérance de vie continue toujours de progresser, et ce, à raison d'un gain moyen d'une année tous les quatre ans. En 2006, l'espérance de vie moyenne québécoise s'établit à 79 ans chez les hommes et à 83 ans chez les femmes<sup>32</sup>. Cette moyenne se compare ainsi avec la moyenne canadienne et place le Québec devant la majorité des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques. De plus, parmi les provinces canadiennes, c'est au Québec que l'espérance de vie en bonne santé est la plus élevée<sup>33</sup>.

#### LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : TOUJOURS EN HAUSSE

La population du Québec s'établit à 7,7 millions d'habitants. Au cours de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, les personnes de 65 ans et plus représentaient environ 5 % de la population. C'est à partir du début des années 1950 que ce pourcentage s'est mis à augmenter graduellement, pour atteindre 14 % aujourd'hui. Le mouvement s'accéléra au cours des prochaines années. On prévoit que, dans 25 ans, plus de 1 personne sur 4 (27 % de la population) sera âgée de 65 ans et plus. De ce fait, le nombre de personnes âgées doublera, passant de 1,1 million qu'il est actuellement à 2,2 millions en 2031<sup>34</sup>.

Ce bilan encourageant est attribuable à plusieurs facteurs : l'amélioration générale des conditions de vie, les progrès de la science, les efforts constants investis en prévention dans plusieurs secteurs d'activité ainsi que des traitements plus efficaces. L'amélioration de la santé constitue un atout important au moment où augmente le **vieillessement de la population**.

Toutefois, malgré ces gains appréciables, plusieurs défis persistent, en particulier la montée des maladies chroniques, dont le cancer (qui constitue maintenant la première cause de mortalité au Québec), ainsi que l'augmentation des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé liés à l'obésité.

## LA SANTÉ PHYSIQUE ET LE BIEN-ÊTRE

### La santé des mères et des tout-petits : de petits pas... importants !

Lorsqu'on examine l'évolution du bilan de santé de la population québécoise, on constate que les progrès les plus significatifs ont été réalisés chez les nouveau-nés. En effet, depuis 50 ans, la santé des mères et des tout-petits s'est grandement améliorée. Plusieurs raisons expliquent cette amélioration, notamment le fait que les femmes ont aujourd'hui moins d'enfants et que les naissances sont beaucoup moins rapprochées qu'avant.

Actuellement, le Québec est la province canadienne qui affiche les plus bas taux de mortalité foetale, périnatale et infantile. Les efforts doivent toutefois être poursuivis, puisqu'il est encore possible de réaliser des gains. En effet, le Japon et la majorité des pays européens font encore mieux que le Québec.

Le pourcentage de bébés qui naissent avec un faible poids (moins de 2 500 grammes) a légèrement diminué depuis le début des années 1980, passant de 6,4 % à 5,6 %<sup>35</sup>. Quant à la proportion des bébés présentant un retard de croissance intra-utérine, elle a diminué encore davantage, passant de 17 % en 1981 à 8 % en 2003<sup>36</sup>.

Par contre, les naissances de bébés prématurés ont, elles, augmenté depuis 25 ans. Elles représentent maintenant (2006) 7,8 % de toutes les naissances par rapport à 5,6 % en 1981<sup>37</sup>. Cette hausse, que l'on observe également dans de nombreux pays industrialisés, s'explique en partie par

l'augmentation des interventions obstétricales (les césariennes, notamment) et par la hausse des naissances multiples dues à la fécondation in vitro. La prématurité des nourrissons a des conséquences sur leur santé. Elle entraîne des risques plus élevés de mortalité et de morbidité infantiles<sup>38</sup>. Lorsqu'ils sont nés prématurément ou lorsqu'ils ont un poids insuffisant, les bébés sont plus vulnérables à des problèmes de santé et plus susceptibles d'être hospitalisés à plusieurs reprises<sup>39</sup>.

Enfin, le taux de grossesse chez les adolescentes est en baisse, et ce, depuis une quinzaine d'années. Ce taux varie d'une région à l'autre - Montréal et les régions nordiques étant les plus touchées, pour des raisons différentes -, mais, au total, on note une diminution récente de 18 % du taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans<sup>40</sup>.

## Les problèmes d'adaptation sociale

Divers problèmes psychosociaux affectent les enfants, les adolescents et les adultes. Ce sont principalement l'abus, la négligence, la violence, les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool, les problèmes de santé mentale et le suicide.

### LES PROBLÈMES D'ADAPTATION SOCIALE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

La grande majorité des jeunes Québécois se portent bien, et leur développement se déroule normalement jusqu'à l'âge adulte. Toutefois, certains enfants et adolescents vivent de grandes difficultés : négligence et violence familiale, consommation excessive d'alcool, usage de drogues et dépendance au jeu. Ces problèmes nuisent sans contredit à leur santé et à leur développement.

La violence dans les milieux familiaux est encore trop présente. Chaque année, environ 8 600 jeunes sont pris en charge en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, soit un peu plus de 5 par tranche de 1 000. La négligence est à l'origine de la grande majorité de ces prises en charge. Les 12-17 ans sont surreprésentés en 2004-2005. Ils comptent pour la moitié des prises en charge, alors qu'ils représentent 37 % de l'ensemble des jeunes de moins de 18 ans<sup>43</sup>.

La consommation précoce d'alcool et de drogues chez les jeunes du secondaire est inquiétante. En 2006, 60 % d'entre eux avaient pris de l'alcool, et 30 % avaient consommé une drogue illicite au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois. Environ 1 élève sur 7 consommait régulièrement de l'alcool, et 7 % des élèves du secondaire avaient une consommation problématique d'alcool ou de drogues. Enfin, la consommation de cannabis au cours d'une période de 12 mois a diminué entre 2000 et 2006 (41 % contre 29 %), alors que celle d'amphétamines a augmenté (7 % contre 9 %)<sup>44</sup>.

La proportion des jeunes du secondaire qui s'adonnent à des jeux de hasard et d'argent a décliné substantiellement, passant de 51 % en 2002 à 36 % en 2006. La proportion d'élèves du secondaire qui sont à risque de développer un problème de dépendance aux jeux de hasard et d'argent aurait aussi légèrement diminué, passant de 4,8 % à 3,8 % entre 2002 et 2006<sup>45</sup>.

### UNE LOURDE HYPOTHÈQUE : NAÎTRE PAUVRE

La situation socioéconomique des mères a un impact sur l'état de santé des nouveau-nés. L'effet de la pauvreté sur la santé des enfants est présent dès la naissance. Les mères qui habitent dans un quartier à faible revenu sont plus susceptibles d'accoucher prématurément, de donner naissance à un bébé atteint de retard de croissance intra-utérine ou d'avoir un enfant mort-né<sup>41</sup>.

Le rapport<sup>42</sup> 2007 du directeur national de santé publique, qui porte sur les inégalités, mentionne que les mères des milieux défavorisés sont plus nombreuses, dans une proportion de 60 %, à donner naissance à un bébé de faible poids que les mères des milieux favorisés. Le fait de naître de façon prématurée ou avec un poids insuffisant est associé à un plus grand risque de mortalité ainsi qu'à une plus grande fréquence de complications, d'hospitalisations, de handicaps, de séquelles neurologiques et de retards de développement. Enfin, les adolescentes de moins de 20 ans des milieux les plus défavorisés présentent 17 fois plus de naissances que les adolescentes de moins de 20 ans des milieux les plus favorisés.

## LES PROBLÈMES D'ADAPTATION SOCIALE CHEZ LES ADULTES

Les troubles d'adaptation les plus fréquents chez les adultes sont les problèmes de santé mentale, **le suicide**, la violence à l'endroit des femmes et les problèmes liés à une consommation élevée d'alcool.

### LE SUICIDE : ENTRE ESPOIR ET INQUIÉTUDE

Après avoir connu une hausse dans les années 1990, le taux de suicide a diminué depuis l'an 2000. Il atteint maintenant des valeurs comparables à celles que l'on observait dans les années 1980, soit 16 décès pour 100 000 personnes (2005). Près de 80% des suicides surviennent chez l'homme : 22,1 décès pour 100 000 hommes par rapport à 5,9 pour 100 000 femmes. Le taux de suicide chez les jeunes de 15 à 19 ans a également connu une diminution : il est passé de 21 pour 100 000 durant la période 1997-1999 à 13 pour 100 000 pour la période 2003-2005<sup>46</sup>. Enfin, le Québec est l'un des endroits au monde où le taux de suicide est encore le plus élevé<sup>47</sup>.

La grande majorité des Québécois considèrent qu'ils ont une bonne santé mentale. Un peu moins de 5% de la population âgée de 15 ans et plus pensent le contraire. Cette proportion est toutefois plus élevée chez les adultes de 45 ans et plus. Les troubles anxieux et la dépression sont les problèmes les plus fréquents. La proportion des Québécois ayant vécu un épisode dépressif majeur est en hausse depuis le milieu des années 1990. Enfin, la dépression affecte davantage les adultes de 20 à 44 ans et les femmes<sup>48</sup>.

La violence conjugale fait encore trop de victimes, particulièrement chez les femmes de 18 à 39 ans ; celles-ci sont deux fois plus

nombreuses à subir la violence que les femmes des autres groupes d'âge. Sur une période de sept ans (de 1997 à 2003), la proportion de femmes dans la population victimes de violence conjugale a connu une hausse de 14%<sup>49</sup>. En 2005, on dénombrait 17 427 crimes contre la personne commis dans un contexte conjugal ; dans 84% des cas, les femmes étaient les victimes. Notons que ces crimes représentent près du quart de l'ensemble des infractions contre la personne. Le nombre de signalements aux corps policiers pour ce genre d'infractions a augmenté de plus de 30% depuis 1997<sup>50</sup>.

La consommation élevée d'alcool n'a pas que des conséquences sur la santé physique. Elle peut aussi entraîner des risques pour la santé mentale, en particulier la dépendance. Au Québec, la proportion de la population qui consomme beaucoup d'alcool (une consommation élevée équivaut à cinq verres ou plus en une même occasion) est en hausse depuis le milieu des années 1990. Ce phénomène est plus inquiétant chez les hommes ; ces derniers sont presque trois fois plus nombreux que les femmes à avoir connu 12 épisodes ou plus de consommation élevée d'alcool au cours d'une année<sup>51</sup>.

## LES PROBLÈMES D'ADAPTATION SOCIALE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

La grande majorité des personnes âgées est autonome, relativement en bonne santé, socialement active et économiquement indépendante. Les trois quarts des personnes âgées qui vivent à domicile ne présentent aucun problème de santé fonctionnelle<sup>52</sup>.

Chez les moins de 75 ans, environ 1 personne sur 5 seulement ne se considère pas en bonne santé. Chez les 75 ans et plus, c'est 1 sur 3<sup>53</sup>. Bien que ces résultats soient encourageants, il faut reconnaître que le vieillissement est associé à des risques plus élevés de problèmes de santé. Ainsi, la consommation de médicaments et le recours aux services de santé sont nettement plus élevés chez les aînés que dans le reste de la population.

Une enquête réalisée en 2003 révélait que près de 6 personnes âgées sur 10 avaient consommé au moins 3 médicaments différents au cours des 48 heures précédant l'entrevue. Si l'on exclut les analgésiques, ce sont les médicaments pour contrôler la tension artérielle auxquels on a le plus souvent recours<sup>54</sup>. Quant aux problèmes de santé les plus rapportés par les personnes elles-mêmes, ce sont l'hypertension, l'arthrite et les rhumatismes. En 2005, plus de 2 personnes sur 5 (hypertension : 42,9% ; arthrite et rhumatismes : 41,1%) déclaraient en être atteintes. Enfin, près de 20% des personnes âgées souffrent de maladies cardiaques<sup>55</sup>.

La grande majorité des aînés vivent à domicile, et la proportion de ceux qui habitent seuls s'accroît avec l'âge. C'est le cas de la moitié des femmes de 85 ans et plus<sup>56</sup>. Ainsi, des efforts pour diminuer l'isolement social des gens âgés s'imposent si l'on veut assurer leur santé et leur bien-être.

Malgré les problèmes qui viennent d'être relevés, l'image associée au vieillissement est plus positive depuis quelques années. Certes, le vieillissement de la population provoque et provoquera encore une pression accrue sur le système de santé et de services sociaux, mais cette pression pourrait s'atténuer si la santé des aînés continue de s'améliorer, une tendance que l'on a relevée au cours des dernières années. Plusieurs études l'ont montré : il est possible de vieillir en santé, de bien vieillir. Le défi actuel des intervenants de santé publique est de réussir à promouvoir ce « bien-vieillir ».

## **Les maladies chroniques : nos maux de civilisation**

Les maladies chroniques sont définies comme des maladies de longue durée qui ne se résolvent pas spontanément et pour lesquelles il n'existe pas de cure complète<sup>57</sup>. La plupart de ces maladies sont évitables ou peuvent à tout le moins être retardées si l'on modifie des facteurs de risque bien déterminés. C'est le cas des tumeurs, des MCV, des maladies respiratoires, du diabète du type 2 et de l'obésité. Trois habitudes de vie sont en cause dans environ 80 % des décès liés aux MCV, dans 90 % des décès liés au diabète et dans environ le tiers des décès liés au cancer : le tabagisme, la mauvaise alimentation et la sédentarité<sup>58</sup>. Des conditions socioéconomiques difficiles constituent également un facteur de risque majeur : plus le revenu est faible, plus la probabilité d'adopter des habitudes de vie peu favorables à la santé augmente.

### **LE CANCER ET LES MCV : LES DEUX PREMIÈRES CAUSES DE MORTALITÉ**

Au début des années 2000, les cancers ont remplacé les MCV comme première cause de décès au Québec. Ils sont maintenant responsables du tiers de la mortalité (2005)<sup>59</sup>. Chez les hommes, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont les plus mortels, suivis du cancer colorectal et de celui de la prostate. Chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent parmi les nouveaux cas de cancer diagnostiqués. Les plus mortels demeurent toutefois les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, suivis du cancer du sein et du cancer colorectal.

Le taux de mortalité par MCV a diminué de plus de la moitié au cours des 20 dernières années. L'amélioration des traitements et les interventions préventives expliquent les progrès enregistrés. Selon une étude parrainée par l'OMS dans de nombreux pays occidentaux où les taux de mortalité par MCV ont diminué, la diminution totale est due, pour environ un tiers, à l'amélioration de la survie à la suite d'une crise cardiaque et, pour en moyenne deux tiers, à la prévention des crises cardiaques<sup>60</sup>. Il faut rappeler que les MCV demeurent quand même la première cause d'hospitalisation au Québec.

### **LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE ET L'ASTHME : EN HAUSSE**

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'asthme sont en progression constante. On constate en effet un accroissement de la mortalité par MPOC, essentiellement la bronchite chronique et l'emphysème. Ces maladies apparaissent la plupart du temps après 50 ans. Elles sont majoritairement causées par le tabagisme. Au cours des années 1980 et 1990, le taux de mortalité par MPOC est passé de 31,4 à 42,3 pour 100 000 personnes. Cette augmentation a été plus importante chez les femmes, le taux ayant plus que doublé au cours de la période (de 12,4 à 26,7). Toutefois, bien que l'écart entre les sexes ait diminué depuis 25 ans, les hommes meurent encore davantage par MPOC, le taux de mortalité masculin étant deux fois plus élevé que le taux féminin<sup>61</sup>.

L'asthme est la maladie respiratoire la plus courante chez les enfants. Son développement serait essentiellement tributaire de l'hérédité et de la présence d'allergènes. Le tabagisme et la fumée ambiante contribueraient toutefois à l'aggraver. En 1998-1999, près de 100 000 petits Québécois de 4 à 11 ans souffraient d'asthme, soit environ 13 % de cette cohorte. Entre 1983 et 1995, l'asthme infantile aurait connu une importante croissance au Canada, passant de 3 % à 11 %<sup>62</sup>. Ce taux se serait stabilisé au cours des dernières années<sup>63</sup>. Chez les Québécois âgés de 12 ans et plus, 9 % souffrent d'asthme, soit quelque 550 000 personnes<sup>64</sup>. En 2015, on prévoit que ce nombre aura augmenté de 45 000<sup>65</sup>.

### L'OBÉSITÉ ET LE DIABÈTE : L'ÉPIDÉMIE DU XXI<sup>e</sup> SIÈCLE ?

L'obésité est considérée comme une épidémie mondiale par l'OMS<sup>66</sup>, et le Québec n'y échappe pas. La proportion de personnes obèses n'a cessé d'y augmenter depuis 20 ans. Elle s'établit maintenant à plus de 14 % (2005) par rapport à 8 % en 1987. Cette hausse est préoccupante, notamment parce que l'obésité augmente de beaucoup les risques de diabète du type 2, de cardiopathie coronarienne ou d'hypertension<sup>67</sup>.

#### L'OBÉSITÉ ET LE SURPLUS DE POIDS : LES JEUNES ET LES HOMMES DAVANTAGE TOUCHÉS

En 2004, plus de 21 % des jeunes Québécois de 4 à 17 ans faisaient de l'embonpoint (14,3 %) ou étaient obèses (7,0 %). Parmi les provinces canadiennes, le Québec faisait toutefois relativement bonne figure. Dans l'ensemble du Canada, c'est plus de 28 % des jeunes du même groupe d'âge qui étaient touchés<sup>70</sup>.

Toujours au Québec, chez les 18 ans et plus cette fois, les hommes étaient, en 2005, plus nombreux que les femmes à souffrir d'obésité (16 % contre 13 %) ou à faire de l'embonpoint (39 % contre 25 %)<sup>71</sup>.

Au Québec, la proportion de diabétiques a progressé ces dernières années chez les 12 ans et plus, passant de 3,1 % en 1995 à 5,1 % en 2005<sup>68</sup>. L'augmentation de l'obésité ne serait pas étrangère à ce phénomène, tout comme le vieillissement de la population. En effet, la prévalence du diabète est plus élevée chez les 65 ans et plus (16 %) que chez les moins de 45 ans (1,3 %)<sup>69</sup>.

### Les maladies infectieuses : un nouveau portrait se dessine

Les maladies infectieuses regroupent l'ensemble des infections causées par des agents biologiques transmis selon différents modes. Ces maladies peuvent représenter une menace pour la santé de la population de diverses manières : par leur ampleur, leur gravité, leur potentiel de contagion, leur émergence ou leur recrudescence. Lorsque les moyens de les prévenir ou de les contrôler efficacement manquent, elles sont aussi une menace. On assiste cependant à un recul des maladies infectieuses au Québec. Malgré cela, on ne doit pas oublier qu'elles sont toujours bien présentes sous diverses formes et qu'elles doivent faire l'objet d'une attention continue.

De nombreuses maladies infectieuses peuvent être prévenues ou contrôlées, à divers degrés, par l'immunisation. Ainsi, au Québec, la diphtérie et la poliomyélite sont disparues, alors que la propagation d'autres maladies comme la rougeole et la rubéole a pu être prévenue ou contrôlée.

Parmi les succès récents, notons la diminution des infections à pneumocoque. L'introduction du vaccin conjugué contre le pneumocoque pour les enfants de deux mois à quatre ans a permis une diminution de 50 % des infections invasives à pneumocoque dans ce groupe d'âge depuis 2004<sup>72</sup>.

Depuis quelques années, certaines ITSS sont en hausse. C'est le cas de la chlamydie génitale, de l'infection gonococcique, de la syphilis et de la lymphogranulomatose vénérienne. Le nombre de cas déclarés annuellement d'hépatite C est, quant à lui, toujours en baisse (il est passé de 2 538 à 2 203 entre 2002 et 2006), mais l'épidémie n'est pas maîtrisée chez les utilisateurs de drogues par injection. Parmi ces derniers, environ deux sur trois sont atteints par le virus de l'hépatite C<sup>73</sup>.

Le taux d'incidence du sida a, lui, connu une baisse spectaculaire depuis le milieu des années 1990, notamment en raison de l'introduction de thérapies efficaces pour contrer l'infection au VIH. Le taux d'incidence chez les hommes a d'abord augmenté jusqu'en 1993 et 1994 pour atteindre 14,4 pour 100 000, puis a diminué graduellement jusqu'à avoisiner 1 pour 100 000 entre 2000 et 2003<sup>74</sup>.



L'infection par le VIH est cependant toujours préoccupante et demeure un fardeau important. Ainsi, le nombre de personnes atteintes du VIH est demeuré stable depuis quelques années<sup>75</sup>. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) constituent toujours le groupe le plus touché par l'infection.

Les infections qui surviennent dans les milieux de soins sont également préoccupantes. L'infection bactérienne à *Clostridium difficile* (*C. difficile*), l'infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline et l'infection à entérocoque résistant à la vancomycine doivent, entre autres, recevoir une attention particulière de la part du réseau de la santé publique. Ce fut le cas ces dernières années : des mesures de prévention ont été mises en place pour contrer l'augmentation de la morbidité associée aux infections à *C. difficile*. Ces mesures ont eu des effets positifs : on a observé une réduction significative de l'incidence des diarrhées associées au *C. difficile* entre 2004 et 2007, surtout dans les hôpitaux où l'on avait noté une incidence élevée de l'infection. Le taux d'incidence est passé de près de 18 pour 10 000 patients-jours à la fin de 2004 à environ 6 pour 10 000 au début de l'automne 2007<sup>77</sup>.

#### LES ITSS : HAUSSE ET RECRUESCENCE

Le nombre de cas de chlamydie génitale a augmenté de 16 % entre 2001 et 2006, pour atteindre 12 842 (2006). La grande majorité des personnes atteintes de cette infection ont entre 15 et 29 ans, et ce sont le plus souvent des femmes. L'infection gonococcique est, elle aussi, en hausse : on note une augmentation de 45 % pour la même période avec une hausse importante du nombre de cas entre 2005 et 2006. De plus, on observe une progression rapide de la résistance aux fluoroquinolones depuis 2004. La progression de la syphilis infectieuse est aussi inquiétante, bien que sa prévalence soit moindre : alors que seulement 47 cas ont été déclarés sur le territoire québécois en 2001, en 2006 on en dénombrait 377. La syphilis infectieuse était ainsi revenue à son niveau de 1985. Enfin, la lymphogranulomatose vénérienne connaît une augmentation importante. Alors qu'aucun cas n'était déclaré en 2001 et 2002, 44 ont été recensés en 2006<sup>76</sup>.

### Les traumatismes non intentionnels : des milliers de décès annuels évitables

Les traumatismes non intentionnels regroupent l'ensemble des blessures et des empoisonnements qui surviennent de façon involontaire. Ces traumatismes surviennent principalement à la suite d'accidents de la route ou de chutes à domicile et lors d'activités récréatives ou sportives. Dans la plupart des cas, les traumatismes non intentionnels sont évitables.

Bien que l'on ait observé des progrès significatifs depuis une vingtaine d'années, les traumatismes non intentionnels demeurent une importante cause de mortalité au Québec. Bon an, mal an, ils occasionnent plus de 1 900 décès et 50 000 hospitalisations, soit 4 % de l'ensemble des décès et 9 % des hospitalisations<sup>78</sup>. Les hommes, les jeunes et les personnes âgées en sont le plus souvent victimes.

Les traumatismes liés aux accidents de la route constituent toujours un sérieux problème de santé publique. Ils entraînent des coûts d'indemnisation et des coûts sociaux substantiels. En plus, depuis le début des années 2000, le bilan routier s'est détérioré au Québec. En 2006, plus de 50 000 personnes ont été blessées à la suite d'un accident de la route, une augmentation de 11 % par rapport à la moyenne des cinq années précédentes. De ce nombre, 717 ont perdu la vie, une hausse de 9 % par rapport à la même période<sup>79</sup>. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette détérioration du bilan routier, en particulier la diminution du port de la ceinture de sécurité, la consommation d'alcool au volant et la vitesse excessive.

Les traumatismes causés par les chutes sont eux aussi préoccupants. Environ 30 % des personnes âgées font au moins une chute chaque année<sup>80</sup>. Au Québec, ces accidents figurent parmi les plus importantes causes de décès par traumatisme. Les personnes âgées en sont les principales victimes : en 2004, les chutes chez les personnes âgées ont causé plus de 14 000 hospitalisations<sup>81</sup> et 500 décès<sup>82</sup>. Signalons enfin que les personnes âgées en perte d'autonomie sont plus exposées à des risques importants de chute et de blessure en raison de leur état de santé et d'incapacités.

Parmi les autres traumatismes non intentionnels responsables de nombreux décès et hospitalisations, certains surviennent à domicile (intoxication, suffocation, noyade, etc.), alors que d'autres se produisent lors d'activités récréatives ou sportives. Les collisions et les chutes sont les traumatismes d'origine récréative ou sportive qui représentent le plus de décès ou d'hospitalisations. Le nombre d'hospitalisations et de décès pourrait certainement diminuer avec le port de l'équipement de protection et l'adoption de règlements de sécurité ou de contrôle sur les aménagements.

## Le milieu de travail : des lésions de plus en plus graves, une santé mentale plus souvent compromise

Les travailleurs sont souvent exposés à des agresseurs physiques, chimiques et biologiques. Ils sont aussi soumis à des contraintes ergonomiques et à des problèmes organisationnels, relationnels et autres.

Les lésions professionnelles qui affectent les travailleurs se divisent en deux grandes catégories : les maladies professionnelles et les accidents du travail. La maladie professionnelle est la conséquence d'une exposition plus ou moins prolongée à un risque lié à une activité professionnelle. Les accidents du travail regroupent les blessures et les troubles traumatiques survenus au travail et causant une lésion professionnelle.

### QUAND LE TRAVAIL FAIT MOURIR

Selon la CSST, 187 décès par année liés au travail sont survenus entre 2000 et 2005. En 2000, la majorité de ces décès étaient dus à un accident du travail (60 %). En 2005, ce sont les maladies professionnelles qui étaient davantage en cause (53 % des décès), et près de 90 % de ces cas étaient liés à l'exposition à l'amiante. Toujours en 2005, ce sont les secteurs de la construction ainsi que des mines et carrières qui ont été les plus touchés avec respectivement 23 % et 15 % des décès<sup>85</sup>.

### LA SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL : ATTENTION, FRAGILE !

Les incapacités professionnelles découlant de problèmes de santé mentale attribuables au travail ont augmenté ces dernières années. En 1987, elles affectaient 7 % des travailleurs. Onze ans plus tard, en 1998, la proportion avait presque doublé (13 %). Pendant la même période, la durée d'absence du travail due à un problème de santé mentale avait triplé<sup>89</sup>. De plus, entre 1990 et 2004, la CSST a accepté 2,5 fois plus de demandes d'indemnité pour lésions professionnelles liées au stress, à l'épuisement professionnel et à d'autres facteurs d'ordre psychologique<sup>90</sup>.

Au travail, les femmes sont plus souvent victimes d'agressions psychologiques que les hommes<sup>91</sup>. Le stress ne serait pas non plus étranger aux problèmes de santé mentale associés au milieu de travail. Lors d'une enquête, près de la moitié des travailleuses affirmaient que la plupart de leurs journées de travail étaient assez ou extrêmement stressantes (44 % contre 36 % pour les travailleurs en 2003)<sup>92</sup>.

Plus de 122 000 nouvelles demandes d'indemnité pour lésions professionnelles ont été acceptées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) en 2006 ; la grande majorité des lésions (80 %) étaient des blessures et troubles traumatiques<sup>83</sup>. Bien que le nombre de lésions soit en légère baisse depuis quelques années, la durée moyenne d'indemnisation, elle, est en constante augmentation : entre 1995 et 2003, elle est passée de 43 à 59 jours<sup>84</sup>.

Les hommes sont plus nombreux à être affectés par des lésions professionnelles, parce qu'ils sont davantage exposés à la plupart des facteurs de risque.

Les maladies, blessures et troubles les plus fréquemment associés au milieu de travail sont les affections du système musculo-squelettique, la surdité professionnelle et les problèmes de santé mentale.

La surdité professionnelle constitue la deuxième maladie professionnelle en importance quant au nombre de cas indemnisés : plus de 2 000 chaque année<sup>86</sup>. Un demi-million de travailleurs seraient exposés chaque jour à des bruits nocifs. On estime que 20 % des cas de surdité chez l'adulte seraient attribuables au bruit en milieu de travail.

Le milieu de travail peut également représenter un risque pour les travailleuses enceintes. Certaines conditions ergonomiques, par exemple le travail en station debout prolongée, le port de charges lourdes, les efforts physiques, etc., sont

associées à des taux plus élevés de naissances prématurées, de retards de croissance, d'avortements et de mortinaissances<sup>87</sup>. De plus, les retraits préventifs des travailleuses enceintes et de celles qui allaitent, en vertu du programme *Pour une maternité sans danger*, sont en augmentation. De 2003 à 2006, leur nombre est passé de près de 26 700 à plus de 31 800, soit une hausse de 20 %<sup>88</sup>.

## LES GRANDS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Les déterminants de la santé désignent tous les facteurs qui influent sur l'état de santé de la population, sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Certains déterminants sont davantage associés aux individus, d'autres à la collectivité. Outre les prédispositions biologiques et génétiques, qui constituent une donnée fondamentale pour tous les individus, il est possible d'agir sur les déterminants de la santé suivants :

- les habitudes de vie et les autres comportements liés à la santé ;
- les environnements sociaux et les conditions socioéconomiques ;
- l'environnement physique ;
- l'organisation des services sociaux et des services de santé ainsi que l'accès aux ressources.

C'est là le fondement et le point de départ de l'action en santé publique.

### Les habitudes de vie : choisir la santé !

Les habitudes de vie et les autres comportements liés à la santé sont à la source de maladies et de complications, particulièrement les maladies chroniques, les maladies infectieuses et les traumatismes non intentionnels.

Ainsi, la mauvaise alimentation, la sédentarité et le tabagisme sont associés aux maladies chroniques les plus mortelles, soit les problèmes cardiovasculaires ou respiratoires, et à certains cancers, notamment le cancer du poumon. Le diabète, l'asthme, l'ostéoporose et l'obésité sont également associés aux mauvaises habitudes de vie<sup>89</sup>.

Des habitudes de vie s'améliorent, des comportements changent : la diminution globale des MCV en témoigne. Il faut poursuivre dans cette voie en faisant la promotion d'une saine alimentation, d'un mode de vie actif et du non-usage du tabac.

Fait encourageant, le tabagisme est en diminution constante depuis plusieurs années, signe que la lutte contre ce fléau porte ses fruits. Avec l'entrée en vigueur de la Loi sur le tabac en 1998 ainsi que des plus récentes mesures interdisant la consommation de tabac dans les lieux publics, mesures adoptées en 2006, on a observé une réduction importante de la proportion de fumeurs âgés de 15 ans et plus (30 % en 1999 contre 20 % en 2006)<sup>94</sup>.

Par contre, les Québécois qui consomment trop peu de fruits et de légumes sont encore nombreux : 53 % des hommes et 38 % des femmes n'en mangeaient pas au moins cinq portions par jour en 2005<sup>95</sup>. Du côté des enfants de 6 à 11 ans, environ 1 sur 2 ne mangerait pas non plus suffisamment de fruits et de légumes, selon une enquête canadienne réalisée en 2004<sup>96</sup>.



### L'ACCÈS AUX ALIMENTS SAINS : UNE BARRIÈRE POUR LES PLUS DÉMUNIS

La difficulté d'avoir accès à des aliments nutritifs en quantité suffisante constitue une barrière importante à une alimentation équilibrée. En 2003, plus du quart des familles monoparentales ont vécu une situation d'insécurité alimentaire durant l'année. Cette proportion se situait à 13 % pour l'ensemble des ménages québécois<sup>99</sup>.

L'activité physique dans les loisirs peut aider à prévenir les MCV, le diabète, certains cancers, le surplus de poids et l'obésité<sup>97</sup>. Au Québec, la pratique d'activité physique de loisir est en hausse : en 2005, près de quatre adultes sur dix sont actifs comparativement à moins de trois sur dix en 1994-1995. Une tendance similaire se dessine chez les plus jeunes (12-17 ans). Toutefois, la valorisation des bienfaits de l'activité doit se poursuivre, notamment auprès des jeunes filles. En 2005, elles étaient nettement plus

nombreuses que les garçons à ne pas atteindre la moitié du niveau d'activité physique recommandé (44 % contre 25 %)<sup>98</sup>.

### L'environnement social et les conditions socioéconomiques : rechercher l'équilibre et... l'équité

La famille, la garderie, l'école, le milieu de travail, la communauté : voilà autant d'environnements sociaux qui, en raison des normes et des valeurs qui y sont véhiculées, influent sur les comportements liés à la santé et sur les habitudes de vie.

La stabilité sociale, la sécurité, la reconnaissance de la diversité, l'harmonie dans les relations interpersonnelles et la cohésion sociale forment un ensemble de conditions qui ont un effet protecteur sur la santé. Le soutien social, c'est-à-dire la qualité et la diversité de l'aide disponible pour un individu, comporte aussi des effets bénéfiques et protecteurs. De nombreuses recherches ont mis au jour le rôle important joué par ces éléments sur plusieurs problèmes de santé et problèmes psychosociaux.

Il est prouvé que vivre seul a des répercussions défavorables sur l'état de santé physique et psychosociale. Or, la proportion des personnes vivant seules a presque doublé depuis 20 ans au Québec, pour atteindre 15 % en 2001. De façon particulière, c'est chez les personnes âgées de 75 ans et plus que l'on observe la plus grande proportion de personnes vivant seules, soit 40 %. On comprend aisément que l'apport des proches-aidants prenne une importance grandissante. Par ailleurs, selon le rapport 2006 du directeur national de santé publique, 14 % de la population québécoise ne dispose pas d'un niveau élevé de soutien social, et cette proportion augmente avec l'âge : près du quart des personnes de 65 ans et plus se trouvent dans cette situation<sup>100</sup>.

La scolarité et le revenu sont parmi les déterminants socioéconomiques dont l'influence est la plus connue. Le lien entre la pauvreté économique et les inégalités de santé est également bien démontré : tous pays confondus, les personnes les moins favorisées risquent davantage de présenter différents types de maladies, d'être malades à un plus jeune âge et de mourir plus tôt<sup>101</sup>. Au Québec, les différents indicateurs socioéconomiques relatifs au revenu, à l'emploi et à la scolarité montrent une amélioration depuis quelques années. La proportion de personnes de 25 à 64 ans qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires a diminué considérablement, passant de 38 % en 1990 à 18 % en 2006. De plus, le pourcentage de Québécois du même groupe d'âge ayant obtenu au moins un baccalauréat est passé de 12 % à 22 % entre 1990 et 2006<sup>102</sup>. Autres bonnes nouvelles, le taux de prestataires de l'assistance-emploi a fondu, passant de 13 % à 8 % entre 1997 et 2005, alors que la proportion des personnes vivant sous le seuil de faible revenu est en baisse constante depuis 1997<sup>103</sup>.

Bien que ces tendances soient encourageantes, il faut savoir que **des écarts** persistent entre les mieux nantis et les plus défavorisés, parce que ces derniers sont sous-scolarisés, pauvres, chômeurs ou encore isolés ou exclus. De façon particulière, naître pauvre, c'est risquer d'avoir un poids insuffisant à la naissance, plus de problèmes d'asthme ou d'otites, un risque plus élevé d'embonpoint dès l'âge de six ans ou une mauvaise santé dentaire<sup>104</sup>. De façon générale, les personnes les plus riches sont généralement en meilleure santé et peuvent escompter vivre plus longtemps<sup>105</sup>.

#### DES ÉCARTS DÉSOLANTS...

Chez les jeunes Québécois de moins de 18 ans, les taux de mortalité du groupe le plus défavorisé sont près de trois fois plus élevés que ceux du groupe le plus favorisé; chez les jeunes Québécoises, ce sont des taux deux fois plus élevés que les plus défavorisées présentent<sup>106</sup>. De façon générale, les hommes des milieux les plus défavorisés peuvent s'attendre à vivre en moyenne huit années de moins que ceux des milieux les plus favorisés. Chez les femmes, l'écart est de trois ans<sup>107</sup>.

### L'environnement physique : créer des milieux sains

La qualité de l'environnement physique (qualité de l'eau potable, des eaux de baignade, de l'air et des sols, qualité et sécurité des produits de consommation) n'est pas sans lien avec la santé des populations. On associe, par exemple, l'exposition aux rayons ultraviolets au cancer de la peau. De même, les liens entre la présence de pollen et la rhinite allergique sont connus. Selon les experts, d'autres problèmes pourraient surgir dans un avenir plus ou moins rapproché. En effet, **les changements climatiques** qui affectent déjà la planète risquent d'amplifier les problèmes de santé. Les répercussions des conditions climatiques entraînent de plus en plus de vagues de chaleur accablante et de périodes de froid intense.

La qualité de l'air intérieur et extérieur a aussi des répercussions sur la santé. En effet, la pollution de l'air, celle qui est causée entre autres par le tabac, les moisissures ou le chauffage par combustion, peut contribuer à l'apparition ou à l'aggravation de l'asthme, particulièrement chez les enfants, et provoquer des réactions allergiques. De plus, une augmentation de la pollution atmosphérique entraîne une hausse de la morbidité et un risque de mortalité prématurée chez les enfants et les personnes défavorisées qui vivent à proximité des zones polluées.

#### LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES : DES EFFETS DÉJÀ MESURABLES SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Des chercheurs prévoient que les épisodes de canicule ou de smog prolongés amèneront une augmentation des cas de MCV et de maladies respiratoires<sup>108</sup>. Selon une étude récente, la mortalité due au réchauffement du climat augmentera de 0,5% en 2020 à 1,5% en 2050 (500 décès) au Québec<sup>109</sup>. De même, la chaleur et la baisse du niveau de l'eau pourraient entraîner un accroissement des maladies d'origine hydrique et des intoxications alimentaires<sup>110</sup>.

De la même manière, une mauvaise qualité de l'eau entraîne des maux de toutes sortes. Ingérer de l'eau contaminée, ou même simplement entrer en contact avec de l'eau contaminée, peut causer des problèmes de santé parfois très graves : gastro-entérites, diarrhées épidémiques, dermatites et même intoxications aiguës. De 1989 à 2000, on a dénombré en moyenne 13 éclosions d'origine hydrique par an au Québec ; 3 775 personnes au total ont été touchées par ces éclosions<sup>111</sup>.

La population est de plus en plus préoccupée par la qualité des sols et ses effets sur la santé. Ainsi, certaines exploitations agricoles soulèvent des inquiétudes parce qu'elles utilisent des engrais chimiques ou des pesticides<sup>112</sup>. Des études permettent de croire que les enfants qui sont exposés à des pesticides en milieu résidentiel ou dont la mère y a été exposée durant la grossesse courent un risque plus important de développer certaines formes de cancers (leucémie, cancer du cerveau ou lymphomes)<sup>113</sup>.

## Les services préventifs et les soins de santé : travailler ensemble

L'accès à des services de santé et à des services sociaux de qualité influence l'état de santé général de la population. Depuis 2004, les changements apportés à l'organisation du système québécois visent justement à améliorer l'accès aux services de première ligne et la continuité des services. Désormais, les besoins de la population de chaque territoire local sont au cœur de la planification et de l'organisation. À cet égard, la contribution du réseau de la santé publique consiste notamment à soutenir les actions préventives pour mieux agir en amont des problèmes. C'est par de telles actions, menées au sein du système de santé et de services sociaux et dans la collectivité, avec des partenaires des divers secteurs d'activité, que l'on peut escompter de nouveaux gains<sup>14</sup>.

### LES OBJECTIFS PRIORITAIRES

L'état de santé général de la population québécoise s'est amélioré au cours des dernières décennies. Pour l'avenir, certains indices commandent la vigilance. Les maladies chroniques en hausse, comme l'obésité, le diabète et certains types de cancers, sont des exemples éloquentes de problèmes dont il faut prendre acte pour mieux intervenir en amont. De même, l'accélération du vieillissement démographique aura certainement un impact important sur la demande de services.

Les progrès récents ne doivent pas non plus occulter la persistance de disparités, qui prennent diverses formes. Il existe d'abord les inégalités sociales de santé, qui sont de mieux en mieux documentées ; elles se traduisent le plus souvent par des différences de plusieurs années quant à l'espérance de vie. Vient ensuite le fait que les hommes sont davantage touchés par certaines maladies. La surmortalité masculine demeure élevée pour les principales causes de décès évitables : certaines maladies chroniques, le suicide et les traumatismes non intentionnels. Enfin, certaines disparités entre les régions, et même entre territoires d'une même région, étonnent également par leur ampleur.

Ces grands constats nous amènent à centrer l'action de santé publique sur les objectifs généraux suivants :

- prévenir les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées ;
- augmenter la proportion de la population qui a de saines habitudes de vie ;
- réduire l'incidence, la mortalité et la morbidité de certaines maladies chroniques ;
- réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes non intentionnels ;
- réduire la transmission des maladies infectieuses, notamment l'incidence des maladies évitables par l'immunisation, la progression de la transmission des ITSS et la transmission des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux ;
- réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité des maladies associées à des facteurs de risque environnementaux ;
- réduire les problèmes attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques et aux autres facteurs de risque liés au milieu de travail.

Les acteurs de santé publique ont certainement un rôle central à jouer. Mais ils ne sont pas les seuls en mesure d'agir sur les facteurs qui influent sur la santé et le bien-être. La collaboration des autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux est absolument indispensable, tout comme celle d'autres partenaires importants : les milieux de l'éducation et des transports, l'industrie agroalimentaire, le secteur de l'environnement, le monde du travail, etc. Seule une action concertée permettra de nouvelles avancées et l'atteinte des objectifs visant l'amélioration de l'état de santé de la population.



**TROISIÈME PARTIE**  
L'offre de services  
de santé publique et  
les stratégies d'action

Les activités de santé publique sont organisées selon les six domaines d'intervention : développement, adaptation et intégration sociale ; habitudes de vie et maladies chroniques ; traumatismes non intentionnels ; maladies infectieuses ; santé environnementale ; santé en milieu de travail. Combinées aux stratégies d'action du programme, ces activités rendent concret l'exercice des fonctions de santé publique. Ainsi, la révision du programme national permet de préciser ces domaines d'intervention ainsi que les objectifs et les activités qui en découlent. La révision du programme permet également de préciser certaines stratégies d'action qui contribuent particulièrement à l'atteinte des objectifs. Trois de ces stratégies ont été revues : le soutien au développement des communautés ; le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être ; la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives. La transformation qu'a connue le réseau de la santé et des services sociaux est venue renforcer la pertinence et le rôle des stratégies à déployer.

Tout comme les stratégies d'action, les activités de santé publique ne doivent pas être déployées en parallèle. Leur mise en œuvre doit plutôt découler d'une planification d'ensemble, et ce, pour diverses raisons : parce qu'elles s'adressent aux mêmes groupes de la population, parce qu'elles portent sur des déterminants communs de la santé et du bien-être ou, encore, parce que les actions sur différents déterminants doivent être conjuguées pour gagner en efficacité. Il est prouvé qu'une combinaison des activités et des stratégies appropriées aura plus d'effet sur l'amélioration globale de la santé de la population et sur la réduction des inégalités en matière de santé et de bien-être.

Une précision s'impose quant à l'harmonisation du *Programme national de santé publique 2003-2012* avec les politiques ministérielles. Depuis 2003, plusieurs documents complémentaires sont venus préciser certains aspects qui sont abordés ici. C'est le cas, par exemple, du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*<sup>15</sup>, du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2012*<sup>16</sup>, de la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : orientations 2003-2009*<sup>17</sup>, etc. Les activités retenues ainsi que les stratégies d'action du programme national respectent en tous points les orientations énoncées dans ces divers documents. La même remarque vaut pour tous les documents d'orientations ministérielles qui structurent les activités au sein de chaque programme-services, que ce soit les orientations sur le jeu pathologique, les orientations sur la toxicomanie, celles sur la santé mentale, etc.

## LES DOMAINES D'INTERVENTION

Les ajustements apportés aux objectifs et aux activités ont été faits à la lumière des résultats de l'évaluation et des nouvelles connaissances sur les interventions efficaces. Le cadre de l'analyse est par ailleurs demeuré le même tant pour les critères d'inclusion des activités que pour les éléments permettant de déterminer les objectifs sociosanitaires.

Les objectifs portent sur la réduction des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux, sur l'action sur les déterminants ou encore, plus largement, sur l'amélioration de la santé. L'importance des problèmes est établie au regard de leur ampleur, de leur gravité ou de leur recrudescence. Les problèmes et les déterminants pris en considération sont ceux pour lesquels on peut escompter des gains, par une action en amont. Enfin, l'efficacité des activités est, dans la majorité des cas, démontrée à partir d'évaluations réalisées selon des protocoles rigoureux dont les résultats sont rapportés dans la documentation scientifique. L'efficacité peut également être fondée sur un consensus d'experts.

## Les objectifs

Aux objectifs généraux se rattachent des objectifs intermédiaires mesurables. Des cibles ont été définies quant à la réduction attendue, sous forme de taux, de pourcentage ou de nombre, lorsqu'il était possible de le faire. Enfin, il faut toujours garder à l'esprit que les activités de santé publique sont une contribution à l'atteinte des objectifs parmi d'autres contributions – celle des autres acteurs du système de santé et de services sociaux et, dans la plupart des cas, celle d'autres secteurs d'activité.

## Les activités

### LA GAMME DE SERVICES À OFFRIR

L'ensemble des activités à offrir à la population se rattache à l'une ou l'autre des fonctions de santé publique suivantes : promotion de la santé et du bien-être, prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes, protection de la santé ainsi que réglementation, législation et politiques publiques ayant des effets sur la santé.

Les activités liées à la fonction de surveillance découlent, pour leur part, de la Loi sur la santé publique, du *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec* ainsi que de la mise en œuvre des plans de surveillance. Ces derniers sont constitués du *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*<sup>18</sup>, plan auquel s'ajoutent le plan ministériel de surveillance multithématique ainsi que les compléments apportés dans certains cas aux plans de surveillance régionaux. Quant aux activités de surveillance relatives à l'alimentation en données, à la production et à la diffusion de l'information, elles doivent être planifiées en fonction de ces plans de surveillance et être intégrées dans les plans d'action régionaux de santé publique.

Par ailleurs, les activités présentées dans les domaines d'intervention doivent être appuyées par l'ensemble des stratégies d'action ainsi que par des campagnes de communication sociétales. Dans la présente mise à jour du programme, les activités associées aux campagnes de communication sociétales et à la promotion des pratiques cliniques préventives sont présentées dans la section, plus loin, portant sur les stratégies.

Des précisions sont également apportées à certains énoncés d'activités. Ainsi, dans les énoncés qui commencent par *soutien*, on sous-entend que les acteurs de santé publique ne sont pas les maîtres d'œuvre de ces activités, mais qu'ils accompagnent plutôt d'autres instances dans leur mise en œuvre.

Les activités qui doivent être déployées forment la gamme de services commune à toutes les régions et à tous les territoires locaux. Cette gamme, rappelons-le, doit être implantée d'ici 2012. Les régions et les territoires locaux pourront y ajouter d'autres activités au moment de la révision de leurs plans d'action, pour répondre aux besoins particuliers des populations visées.

### LES ACTIVITÉS TRANSVERSALES

Depuis 2003, la mise en œuvre des activités a permis de faire ressortir des préoccupations transversales qui se dégagent de plusieurs domaines. Il s'agit parfois d'activités qui doivent être réalisées par plusieurs intervenants de différents domaines; dans ces cas, la mise en commun des efforts pour l'atteinte des objectifs est capitale. À titre d'exemple d'activité transversale, on trouve le développement d'environnements sains et sécuritaires dans à peu près tous les domaines d'intervention.



Par ailleurs, certaines approches intégratives permettent d'agir sur des déterminants qui touchent plusieurs problématiques. Il en est ainsi de l'approche École en santé, qui permet d'agir sur les déterminants communs à la réussite éducative, à la santé et au bien-être des jeunes. Au lieu de favoriser les interventions par problème, ces approches intégratives privilégient des interventions axées sur le développement de compétences transversales et d'actions environnementales communes à plusieurs problématiques. Elles visent des milieux de vie comme les familles, les écoles et les municipalités, et interpellent des partenaires de divers secteurs d'activité. Ainsi, pour tous les domaines d'intervention du *Programme national de santé publique 2003-2012* où des activités en promotion de la santé et en prévention sont proposées en milieu scolaire, l'approche École en santé est la voie à privilégier.

L'approche École en santé propose aux milieux scolaires une démarche et des outils qui les aident à déployer les meilleures pratiques de promotion et de prévention au regard de l'ensemble des situations préoccupantes de santé et de bien-être chez les jeunes. Tout en étant harmonisée avec le renouveau pédagogique, l'approche École en santé permet aux milieux scolaires d'agir sur des compétences communes à plusieurs problématiques, sans négliger la spécificité requise par chacune, afin d'accroître l'efficacité des interventions.

Accompagnée par des professionnels des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux, l'école peut poser un regard critique sur les actions qu'elle déploie afin de s'assurer de :

- cibler les facteurs-clés de la réussite, de la santé et du bien-être ;
- agir au moment opportun du développement du jeune ;
- recourir aux actions jugées efficaces ou prometteuses selon les recommandations d'experts des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux.

Les stratégies proposées permettent d'agir auprès du jeune, de l'école, de la famille et de la communauté par :

- le développement de l'estime de soi et de compétences personnelles et sociales ;
- la création d'environnements favorables ;
- le soutien de liens harmonieux entre l'école, la famille et la communauté.

L'approche École en santé permet de passer d'une école qui « fait des actions de promotion de la santé à l'école » à une école qui organise son enseignement, ses services et son environnement pour devenir un milieu promoteur de santé.

## LES STRATÉGIES D'ACTION

Les stratégies d'action mises de l'avant par l'OMS dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé<sup>119</sup> ont profondément réorienté les pratiques de santé publique. Ces stratégies privilégient l'action sur les principaux déterminants, individuels et sociaux, pour améliorer la santé et le bien-être de la population et réduire les écarts de santé entre les différents groupes. Ces voies d'action ont été périodiquement réaffirmées lors de grandes conférences internationales<sup>120</sup>. Au Québec, elles ont été adaptées et promues par *La politique de la santé et du bien-être*, puis par les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*<sup>121</sup>. Ces stratégies constituent l'un des fondements du *Programme national de santé publique 2003-2012*<sup>122</sup>. Ce sont :

- renforcer le potentiel des personnes ;
- soutenir le développement des communautés ;
- soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être ;
- soutenir les groupes vulnérables ;
- promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives.

i. Dans la section portant sur les stratégies d'action, cette approche est également donnée à titre d'exemple d'une action intersectorielle qui mobilise des acteurs du réseau de l'éducation et du réseau de la santé et des services sociaux.



Ces cinq stratégies s'inscrivent dans l'exercice de la responsabilité populationnelle et viennent la soutenir. En effet, l'exercice de la responsabilité populationnelle repose sur l'intégration des pratiques préventives dans les services de première ligne, les partenariats intersectoriels, le soutien aux clientèles vulnérables ainsi que sur la participation des citoyens à la définition des besoins en matière de santé et de bien-être, à la détermination des services requis et à la conception et à la réalisation de nombreuses activités dans la communauté<sup>123</sup>. La présente mise à jour des stratégies d'action du programme tient compte de ces éléments fondamentaux. Elle s'inspire également des travaux d'évaluation du programme<sup>124</sup>. L'évaluation a mis en lumière le fait que l'on entretenait parfois une vision limitée de la promotion de la santé, assimilable à l'éducation à la santé, au détriment d'approches plus globales fondées sur l'action intersectorielle et le développement des communautés<sup>125</sup>. Par ailleurs, le renforcement de la prévention dans le système est ressorti comme une orientation importante à maintenir<sup>126</sup>. Ces conclusions expliquent ainsi le fait que l'on documente et illustre davantage les stratégies suivantes : soutenir le développement des communautés ; soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être ; promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives.

Ce choix ne saurait d'aucune manière être interprété comme un bémol quant à l'importance des deux autres stratégies. Au contraire, renforcer le potentiel des personnes et soutenir les groupes vulnérables demeurent des voies d'action essentielles. Elles guident l'élaboration et la mise en œuvre de nombreuses activités, tout en se combinant aux autres stratégies retenues. Ainsi, le développement des communautés vise explicitement le renforcement des compétences des citoyens et des acteurs locaux d'un milieu afin qu'ils exercent, collectivement, un meilleur contrôle sur les déterminants de leur état de santé. De son côté, l'action intersectorielle, parce qu'elle répond aux besoins globaux des groupes vulnérables, constitue un moyen privilégié de réduire les inégalités sociales de santé. Ces deux exemples illustrent bien la complémentarité des cinq stratégies du programme et l'intérêt de les intégrer dans les pratiques de santé publique<sup>127</sup>. L'accent mis sur chacune variera toutefois selon les problématiques en cause, les déterminants visés et la nature même des activités à mettre en œuvre.

## LES DOMAINES D'INTERVENTION

### LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE

Le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale couvre différentes périodes de l'existence. Les interventions visent à prévenir les problèmes entourant la naissance, à favoriser le développement sain des enfants au cours de la petite enfance, à soutenir le développement des compétences personnelles et sociales des individus tout au long de leur vie et à favoriser leur participation à la vie sociale. Les interventions concernent enfin des problèmes psychosociaux qui freinent le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, et visent à en diminuer la prévalence. On pense ici notamment à l'abus physique ou psychologique, à la négligence, aux dépendances et au stress.

Le recours à des stratégies comme le développement des communautés et l'action intersectorielle est essentiel pour soutenir le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des personnes, compte tenu du fait qu'il faut prendre en compte plusieurs déterminants, tout particulièrement la pauvreté. La mise en œuvre de ces stratégies pose toutefois de grands défis. Il faut également miser sur l'adoption de politiques publiques visant à réduire les inégalités sociales, particulièrement dans les domaines de l'éducation, de l'emploi et du revenu. À l'échelle des communautés, l'approche École en santé, en particulier, représente un outil majeur pour favoriser la réussite éducative et améliorer la santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire.

#### Des considérations particulières

Il est impératif d'améliorer la surveillance de plusieurs problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale. Actuellement, il est difficile d'estimer l'ampleur de plusieurs d'entre eux compte tenu des données disponibles. Ainsi, aucun indicateur du Plan commun de surveillance ne permet de mesurer les problèmes de développement de l'enfant et leurs effets sur le degré de préparation à l'école. À l'échelle du Québec, des données ont été recueillies sur cet élément dans le cadre de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ) en 2004, mais elles ne sont pas colligées de façon récurrente.

L'instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) utilisé dans l'ELDEQ permet d'évaluer les principales dimensions du développement de l'enfant, incluant le développement cognitif, affectif, social et psychomoteur. Cet instrument est largement utilisé ailleurs au

Canada et a été favorablement évalué par l'Institut de la statistique du Québec pour ses qualités prédictives du rendement scolaire des enfants en première année. Considérant l'importance d'exercer une surveillance continue en cette matière, on prévoit que l'IMDPE sera inclus dans le prochain plan ministériel de surveillance multithématique. Des travaux sont en cours afin d'intégrer cette mesure dans l'enquête québécoise sur la santé des jeunes du primaire, dont la réalisation est prévue en 2009-2010.

Par rapport aux problèmes d'abus, de négligence ou de délinquance chez les enfants et les adolescents, les seules données qui permettent actuellement d'avoir une idée de leur ampleur sont les taux de signalement au directeur de la protection de la jeunesse. Cette mesure est toutefois incomplète et ne rend pas compte de toute la réalité. Elle peut en effet être influencée par plusieurs facteurs, en particulier la sensibilité de la population et des intervenants jeunesse à ces questions et leur propension à signaler. Des développements à ce sujet et sur d'autres aspects de l'adaptation sociale sont également prévus dans les activités de surveillance, notamment dans le plan ministériel de surveillance.

La prévention des problèmes de santé mentale devrait par ailleurs recevoir plus d'attention. Dans ce domaine, la documentation scientifique est claire : il faut intervenir à la fois auprès des individus et sur les environnements. Pour l'heure, il n'a toutefois pas été possible d'ajouter des activités en vue de soutenir cet objectif, parce qu'aucune ne répondait au critère d'efficacité reconnu. Par contre, l'augmentation anticipée de la prévalence des problèmes de santé mentale dans la population plaide en faveur d'une accentuation de la recherche et de l'expérimentation dans ce secteur. Des travaux importants ont aussi été amorcés pour le renforcement de la surveillance des problèmes de santé mentale et du suicide.

De la même manière, vu l'évolution démographique, les problématiques qui touchent davantage les personnes âgées devraient être considérées comme prioritaires dans les activités de recherche. On pense ici à l'abus, à la négligence, à l'isolement social et, enfin, aux problèmes de dépendance et de santé mentale.

## Les objectifs

### ■ Prévenir les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées

- Réduire le taux de grossesse à moins de 18 pour 1 000 chez les adolescentes de 14-17 ans et à moins de 65 pour 1 000 chez les jeunes femmes de 18-19 ans.
- Réduire la proportion d'enfants qui naissent :
  - de façon prématurée (moins de 37 semaines entières de gestation) à moins de 7,8 % ;
  - avec un retard de croissance intra-utérine à moins de 8 % ;
  - avec une anomalie du tube neural à moins de 5,1 pour 10 000 ;
  - avec le syndrome de l'alcoolisation fœtale.
- Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel ainsi que de l'allaitement maternel exclusif.
- Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence.
- Réduire la proportion d'enfants et d'adolescents qui présentent des troubles des conduites, incluant la violence envers les autres et la délinquance.
- Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que des problèmes de jeux de hasard et d'argent.
- Réduire le taux de suicide :
  - à moins de 22 pour 100 000 chez les hommes ;
  - à moins de 6 pour 100 000 chez les femmes.
- Réduire les tentatives de suicide :
  - à moins de 3 pour 1 000 chez les hommes ;
  - à moins de 5 pour 1 000 chez les femmes.
- Augmenter la proportion de la population se percevant en bonne santé mentale.
- Réduire le taux de femmes victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle.
- Réduire la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont reçu une prescription de médicaments anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques.
- Augmenter la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus ayant un niveau élevé de soutien social.

## Les activités à déployer, d'ici 2012

### Les activités en périnatalité et petite enfance

- Diffusion d'information prénatale et postnatale (par exemple, le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans*) auprès de tous les futurs et nouveaux parents.
- Implantation de l'*Initiative des amis des bébés* dans les établissements de santé offrant des services pré-, per- et postnataux.
- Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, incluant les composantes suivantes : accompagnement des familles et soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être.

### Les activités à l'intention des jeunes

- Sensibilisation des décideurs privés et publics visés aux effets négatifs, sur les enfants et les adolescents, de l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias (violence, sexualisation précoce, surconsommation d'alcool, de drogues et de jeux de hasard et d'argent, etc.) ainsi que sensibilisation de ces décideurs privés et publics à l'importance de la réduction de cette exposition.
- Sensibilisation des décideurs privés et publics visés à l'importance de l'application des lois et règlements visant la restriction de l'accessibilité à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent pour les jeunes de moins de 18 ans.
- Soutien à l'organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, services adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes - du type des cliniques jeunesse<sup>iii</sup> -, favorisant la planification des naissances et combinés à des interventions d'éducation à la sexualité.
- Intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants et la prévention des troubles du comportement dans les classes de maternelle et de première année des milieux scolaires défavorisés (par exemple, le programme *Fluppy*) comportant : un volet axé sur l'enfant ; un volet axé sur les parents ; un volet axé sur la classe<sup>iv</sup>.
- Planification et mise en œuvre des interventions de promotion de la santé et du bien-être ainsi que des interventions de prévention en milieu scolaire selon l'approche École en santé, en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de même que son réseau.

Les activités présentées dans ce domaine doivent être appuyées ou complétées par des campagnes de communication sociétales ainsi que par des stratégies liées à la promotion et au soutien des pratiques cliniques préventives<sup>ii</sup>, à l'action intersectorielle et au développement des communautés.

### Les activités à l'intention des adultes et des personnes âgées

- Intervention visant la diminution de la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques auprès des personnes âgées de 50 ans et plus (par exemple, l'intervention *Les médicaments : Oui... Non... Mais ! En santé après 50 ans*).

### Les activités à l'intention de toute la population

- Soutien à l'implantation des interventions visant la consommation contrôlée chez les buveurs, par exemple *Alcochoix +*.
- Soutien à l'élaboration et à l'application de mesures législatives et réglementaires visant la réduction de l'accessibilité aux armes à feu<sup>v</sup>.
- Soutien à l'élaboration et à l'application de politiques publiques ainsi que de mesures législatives et réglementaires visant la limitation des effets négatifs sur la santé des éléments suivants :
  - l'accessibilité économique et physique à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent ;
  - les caractéristiques de certains jeux de hasard et d'argent.
- Intervention visant la prévention du suicide et incluant :
  - l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès ;
  - l'établissement des réseaux de sentinelles ;
  - des activités favorisant le traitement approprié du suicide dans les médias.

ii. Les campagnes de communication et les pratiques cliniques préventives sont présentées dans la section portant sur les stratégies.

iii. Les cliniques jeunesse visent à offrir des services préventifs et curatifs, spécifiquement organisés pour les adolescents ou les jeunes adultes, notamment en matière de santé sexuelle, dont la prévention des ITSS (voir le domaine des maladies infectieuses), de saines relations amoureuses, de compétences personnelles et sociales, de santé mentale, d'habitudes de vie, de comportements sécuritaires, etc. Pour les jeunes en milieu scolaire, les interventions d'éducation à la sexualité doivent s'inscrire dans le cadre de l'approche École en santé.

iv. Cette mesure doit s'inscrire dans le cadre de l'approche École en santé.

v. Cette mesure devrait contribuer à la diminution de la mortalité par suicide et de la mortalité dans les situations de violence conjugale.

## LES HABITUDES DE VIE ET LES MALADIES CHRONIQUES

Un grand nombre de maladies sont en partie évitables : les MCV, la MPOC, l'asthme, le cancer, le diabète, l'obésité, l'ostéoporose, les maladies buccodentaires. Il est en effet possible de réduire la prévalence de ces maladies, leur gravité ainsi que les complications et les conséquences qu'elles entraînent, et ce, à tout âge. Pour y arriver, un moyen est privilégié : modifier des habitudes de vie telles que le tabagisme, la sédentarité et l'alimentation non équilibrée.

Les habitudes de vie sont fortement influencées par les conditions de vie : le revenu, l'éducation, le milieu social, le milieu culturel et le milieu de travail de même que l'aménagement des milieux bâtis. Ainsi, les groupes défavorisés risquent davantage que les autres d'être atteints de diverses maladies et de développer des complications.

### Le modèle d'intervention privilégié

L'adoption d'habitudes de vie saines est modulée par l'interaction de facteurs individuels et de facteurs environnementaux structurants sur lesquels l'individu a peu ou pas de contrôle direct. L'expérience québécoise et internationale montre que, pour intervenir efficacement et amener un changement durable des habitudes de vie, il faut agir à la fois sur les conditions de vie et l'environnement, d'une part, et, d'autre part, sur les comportements individuels. Le but est de [Traduction] « rendre les choix santé durables, conviviaux et faciles<sup>128</sup>. » Tous les intervenants doivent se mobiliser à l'égard de ce but, soit ceux du domaine de la promotion de la santé et de la prévention ainsi que ceux qui offrent des soins et du soutien aux personnes atteintes de maladies chroniques.

Le modèle privilégié, qui guide l'action dans le présent domaine, favorise les activités concertées avec les milieux, accompagnées de stratégies d'éducation à la santé. Ces activités et stratégies doivent être appuyées par des politiques publiques favorables, des campagnes de communication sociétales et des activités de communication (incluant le marketing social, les médias et les représentations publiques).

### LES COMPOSANTES À PRIVILÉGIER LORS DE L'INTERVENTION SELON UNE APPROCHE ENVIRONNEMENTALE OU INDIVIDUELLE

	APPROCHE ENVIRONNEMENTALE	APPROCHE INDIVIDUELLE
<b>Acteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décideurs des secteurs de la santé, de l'éducation, des municipalités, de l'industrie agroalimentaire, des transports, du travail, des loisirs, etc.</li> <li>• Population</li> <li>• Société</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système de soins et services préventifs</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration des politiques et des environnements qui favorisent de saines habitudes de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration de la prévention dans l'offre de services</li> </ul>
<b>Stratégies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actions intersectorielles</li> <li>• Politiques publiques</li> <li>• Campagnes de communication sociétales</li> <li>• Soutien aux groupes vulnérables</li> <li>• Développement des communautés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratiques cliniques préventives (détection de cas, dépistage, counselling bref et intensif).</li> <li>• Éducation à la santé</li> </ul>
<b>Milieux privilégiés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établissements d'enseignement et services de garde</li> <li>• Municipalités, communautés et secteur de la restauration</li> <li>• Milieu familial</li> <li>• Milieux de travail</li> <li>• Quartiers et milieux défavorisés</li> <li>• Regroupements de personnes vulnérables ou atteintes d'une incapacité</li> <li>• Établissements du réseau sociosanitaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CSSS (dans les différents milieux d'intervention) et autres établissements du réseau sociosanitaire</li> <li>• Cabinets de médecins et autres professionnels de la santé</li> <li>• Regroupements de personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une incapacité</li> </ul>

L'approche 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION<sup>vi</sup> illustre la façon dont peut être organisé le travail aux niveaux régional et local. Ce programme combine, dans un même message, les cibles à atteindre à l'égard de trois habitudes de vie. Ses caractéristiques sont :

- action sur plusieurs déterminants ou facteurs de risque : vivre sans fumée (0 tabagisme), consommer des fruits et des légumes tous les jours (minimum de 5 portions de fruits et légumes par jour) et être actif (minimum de 30 minutes d'activités physiques par jour) ;
- adoption de multiples stratégies quant aux actions environnementales et aux actions éducatives.

### Des considérations particulières

L'amélioration des habitudes de vie représente un très grand défi. Aussi, l'objectif doit faire l'objet d'un ensemble d'actions coordonnées aux paliers national, régional et local qui engagent tous les secteurs d'activité visés (municipalités, travail, éducation, loisirs, etc.). À l'intérieur du système de santé, il peut être efficace de coordonner les interventions déjà nombreuses relatives à une maladie particulière ou à un facteur de risque précis, interventions qui sont trop souvent menées de façon isolée.

Les nouvelles responsabilités confiées aux CSSS plaident en faveur d'une action concertée avec les autres partenaires à l'échelle locale. Les spécialistes de la promotion de la santé, qui travaillent au palier régional, doivent accompagner les professionnels des CSSS, leur offrir la formation et l'expertise nécessaires afin que ces derniers puissent soutenir les divers milieux appelés à créer des environnements qui favorisent l'adoption de saines habitudes de vie. Le changement repose en grande partie sur la capacité des intervenants de santé publique à mobiliser et à animer les acteurs des autres secteurs d'activité.

À la lumière des travaux réalisés depuis 2003, deux autres enjeux ressortent. Le premier découle du récent *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir*. Rappelons que sept ministères et trois organismes gouvernementaux ont décidé de mettre en place de façon coordonnée et concertée des actions ayant une réelle portée sur la qualité de vie des jeunes et de leur famille. Le réseau de la santé publique est donc plus que jamais interpellé pour soutenir et outiller ces partenaires dans la mise en place d'environnements favorisant une saine alimentation et un mode de vie actif. Par rapport au deuxième enjeu, il concerne la lutte antitabagique. Il faut conserver les acquis des dernières années en cette matière. Tout en accordant une place prépondérante à la prévention du tabagisme chez les jeunes, on verra à maintenir les services de cessation tabagique pour tous les groupes d'âge, avec un accent particulier pour les groupes défavorisés qui fument davantage.

Enfin, le dépistage s'avère une bonne mesure préventive lorsque l'efficacité et la faisabilité sont bien démontrées. Le dépistage est encouragé auprès des cliniciens au moyen de la stratégie sur les pratiques cliniques préventives. Ainsi, on maintient le dépistage du cancer du sein par mammographie et on prévoit systématiser le dépistage du cancer du col utérin auprès des femmes qui ne participent pas au dépistage suffisamment. Le dépistage systématique du cancer colorectal, par recherche de sang occulte dans les selles, pourrait aussi contribuer à réduire la mortalité attribuable au cancer. Des contraintes importantes sur le plan de l'accès à la colonoscopie en confirmation diagnostique devront toutefois être levées avant de pouvoir offrir ce dépistage à large échelle.

vi. Cette approche a été mise sur pied par la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale.



## Les objectifs

### ■ Augmenter la proportion de la population qui a de saines habitudes de vie

- Augmenter la proportion des personnes qui rencontrent les recommandations du *Guide alimentaire canadien* concernant la consommation des quatre groupes d'aliments<sup>vii</sup>.
  - Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et légumes quotidiennement.
  - Réduire l'apport quotidien moyen de sodium sous 3 350 mg pour atteindre l'apport maximal tolérable selon l'âge<sup>viii</sup>.
  - Réduire à moins de 4,5 % la proportion de personnes de 12 ans et plus vivant dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire.
- Les habitudes de vie visées sont l'alimentation, l'activité physique, le tabagisme et l'hygiène dentaire.**
- Augmenter de 5 % la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.
  - Réduire la proportion de fumeurs chez les jeunes du secondaire à 13 % et la proportion de fumeurs de 15 ans et plus à 16 %.
  - Augmenter la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie favorables à la santé buccodentaire.

### ■ Réduire l'incidence, la mortalité et la morbidité de certaines maladies chroniques

- Diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux MCV.
  - Réduire le taux de mortalité :
    - de 25 % par cancer du sein chez les femmes dépistées de 50 à 69 ans ;
    - de 10 % par cancer du col utérin chez les femmes âgées de 25 à 64 ans ;
    - par cancer du poumon.
  - Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme.
  - Réduire de 15 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la MPOC.
  - Limiter l'augmentation de la prévalence du diabète chez la population âgée de 20 ans et plus à 30 %.
- Les principales maladies chroniques visées sont les MCV, la MPOC, l'asthme, le cancer, le diabète, l'obésité, l'ostéoporose et les maladies buccodentaires.**
- Réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % le taux de prévalence de l'embonpoint.
  - Réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans ou plus.
  - Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.
  - Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les personnes âgées de 18 ans ou plus.

vii. Il se peut que cet objectif soit difficilement mesurable compte tenu du fait que les données peuvent ne pas être accessibles en temps opportun. La principale source de données est l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de Statistique Canada, dont le prochain cycle portant sur la nutrition est prévu en 2014 et pourrait même être reporté jusqu'en 2018.

viii. *Ibid.*

## Les activités à déployer, d'ici 2012

### Les activités visant à modifier les facteurs environnementaux

*Les activités en lien avec la promotion, le développement et l'application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie*

- Développement et mise en œuvre d'une politique québécoise en alimentation et nutrition<sup>x</sup>.
- Soutien au développement et à la mise en œuvre de politiques-cadres en alimentation et en activité physique pour les milieux du travail, de l'éducation et des loisirs de même que pour les municipalités et les établissements de santé et de services sociaux.
- Inspection quant au respect des mesures contenues dans la Loi sur le tabac, soit celles qui restreignent l'usage du tabac dans la plupart des lieux publics, celles ayant trait à la vente des produits du tabac ainsi que celles portant sur l'emballage, la promotion, la publicité et l'étalage des produits du tabac.
- Promotion auprès des municipalités de la fluoration de l'eau potable.

*Les activités de promotion et de prévention concernant les saines habitudes de vie dans les milieux de vie et les communautés*

- Soutien au développement ou à la consolidation d'initiatives concertées qui agissent sur les déterminants de la sécurité alimentaire, par exemple l'accès économique et physique à une quantité suffisante d'aliments sains.
- Dans le cadre de l'approche École en santé, activités de promotion et de prévention axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie (le non-usage du tabac, une saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire) visant à la fois les individus et les environnements.

L'ensemble des activités présentées dans ce domaine doivent être appuyées entre autres par des campagnes de communication sociétales et des activités de communication ainsi que par des stratégies telles que l'action intersectorielle, la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives et le développement des communautés<sup>ix</sup>.

- Sensibilisation et soutien des milieux de travail à la promotion et l'acquisition de saines habitudes de vie auprès de leurs employés.
- Sensibilisation et soutien des municipalités à la création d'environnements propices à la saine alimentation, au non-tabagisme et à l'activité physique - accès à des lieux pour pratiquer des activités physiques, aménagement urbain favorisant les déplacements actifs, réglementation, etc.
- Soutien des communautés et de divers milieux à la création de groupes et de réseaux par exemple, concertation d'organismes, jeunes leaders, groupes de marcheurs ou de cyclistes, groupes d'activités physiques pour les aînés) pour favoriser l'accès à des activités physiques.
- Soutien à l'implantation d'un programme visant une saine gestion du poids par une prise de décision éclairée sur le choix de maigrir, et ce, dans le cadre d'une démarche de groupe pour adultes (programme comme celui *Choisir de maigrir?*).

### Les activités visant à agir sur les facteurs individuels

- Services de counselling et de soutien concernant l'arrêt tabagique par le service *J'Arrête*: ligne téléphonique, site Internet et centres d'abandon du tabagisme.
- Application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire auprès des enfants de 5 à 15 ans présentant un risque de carie dentaire.
- Suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 2<sup>e</sup> année qui répondent aux critères concernant le risque de carie dentaire puissent bénéficier de deux applications topiques de fluorure par année et participer à des activités d'éducation à la santé buccodentaire.

#### *Le dépistage de certaines maladies chroniques*

- *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.
- Invitation au dépistage du cancer du col utérin (par le test de Papanicolaou) pour les femmes âgées de 25 à 64 ans qui n'ont pas participé au dépistage dans les 3 dernières années<sup>xi</sup>.

ix. Les campagnes de communication et les pratiques cliniques préventives sont présentées dans la section portant sur les stratégies.

x. Cette politique constitue une mesure structurante venant encadrer la production des denrées alimentaires du début de la chaîne bio-alimentaire à la consommation, « de la fourche à la fourchette ». Les orientations sont globales et visent les secteurs de la production, de la transformation et de la consommation, de façon à structurer l'offre d'aliments vers des produits alimentaires répondant aux recommandations nutritionnelles et permettant d'atteindre les objectifs fixés à l'égard des habitudes alimentaires de la population.

xi. Afin d'atteindre l'objectif visé, les activités de dépistage doivent être associées aux activités préventives concernant les ITSS ainsi qu'à l'immunisation contre les infections au virus du papillome humain (VPH) prévenues dans le domaine des maladies infectieuses.

## LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Le domaine des traumatismes non intentionnels regroupe les activités visant à prévenir les blessures et les empoisonnements qui surviennent involontairement. Ces accidents sont, dans la plupart des cas, évitables.

Depuis plus de deux décennies, des programmes de prévention fondés sur différentes approches ont permis de diminuer de façon importante le nombre de blessures et de décès qui surviennent sur le réseau routier et à domicile ou qui se produisent à l'occasion d'activités récréatives ou sportives. Il s'agit notamment d'actions qui visent à changer les comportements des individus, à rendre l'environnement plus sécuritaire ou, encore, à favoriser le renforcement des mesures de sécurité et de contrôle.

L'amélioration du bilan routier, c'est-à-dire la diminution du nombre de décès et de blessures graves sur les routes, est une préoccupation constante du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de ses partenaires. C'est le cas également de l'amélioration de la sécurité à domicile, de la sécurité dans la pratique des activités récréatives ou sportives ainsi que de la prévention des chutes chez les personnes âgées. La promotion de la sécurité dans les milieux de vie constitue aussi un objectif important. Aussi, pour que les actions visant la création d'environnements sains et sécuritaires convergent, les intervenants de santé publique qui travaillent à prévenir les traumatismes non intentionnels sont appelés à participer, en collaboration avec les intervenants en santé environnementale, au processus de révision des schémas d'aménagement du territoire proposés par les municipalités régionales de comté (MRC) et au processus d'évaluation d'impact des projets de développement.

### Des considérations particulières

L'atteinte des objectifs dans le domaine des traumatismes non intentionnels repose sur une condition absolument essentielle : la concertation de tous les acteurs visés. La participation à des activités intersectorielles, à des comités ou à des tables de concertation mis sur pied par les ministères et organismes responsables de ces secteurs représente un élément-clé pour les intervenants de santé publique. Il s'agit là d'un levier incontournable pour promouvoir la sécurité dans les différents milieux de vie et prévenir les traumatismes évitables.

### Les objectifs

#### ■ Réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes non intentionnels

- Réduire de 30 % la morbidité et la mortalité chez les usagers du réseau routier.
- Réduire la morbidité et la mortalité chez les conducteurs de véhicules hors route.
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile.
- Réduire de 15 % la morbidité et de 40 % la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

### Les activités à déployer, d'ici 2012

#### La promotion de la sécurité dans les milieux de vie

- Promotion, auprès des partenaires des différents milieux de vie tels que les écoles, les municipalités, etc., de l'application d'une démarche systématique en lien avec la sécurité dans les milieux de vie allant de l'établissement d'un diagnostic de sécurité jusqu'à la mise en œuvre d'un plan d'action et de son évaluation<sup>xii</sup>.

La réalisation de la plupart de ces activités nécessite une concertation avec les autres secteurs. C'est pourquoi elles se concrétisent, entre autres, par la participation à des activités intersectorielles définies au sein des comités ou des tables de concertation.

xii. Cette démarche est décrite dans un document produit au Québec et intitulé *Sécurité dans les milieux de vie : pour le mieux-être des citoyens, des citoyennes et des familles*.

### Les activités de prévention des traumatismes routiers

- Promotion de l'application d'un continuum d'activités favorisant l'utilisation adéquate du dispositif de retenue pour enfants dans les voitures<sup>xiii</sup>.
- Promotion de l'application des mesures efficaces pour améliorer la sécurité routière auprès des partenaires visés, notamment :
  - en contribuant à la détermination des endroits dangereux ;
  - en favorisant les mesures d'apaisement de la circulation sur le réseau routier ;
  - en favorisant le contrôle de la vitesse et la réduction de la conduite avec facultés affaiblies, incluant les véhicules hors route ;
  - en favorisant le port de l'équipement de protection : ceinture de sécurité, casque pour les cyclistes et pour les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule hors route ;
  - en favorisant le transport actif sécuritaire (par exemple, sécurité des réseaux cyclable et piétonnier) ;
  - en favorisant la non-utilisation du cellulaire au volant et autres télématiques affectant la conduite.

### Les activités de prévention des chutes et des blessures à domicile

#### Les activités à l'intention des enfants et des adolescents

- Intégration des activités portant sur la prévention des blessures et autres traumatismes à domicile, qu'ils soient causés par une chute, une intoxication, une suffocation, une brûlure, une noyade ou une quasi-noyade, dans les actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents, notamment les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité.

#### Les activités à l'intention des personnes âgées<sup>xiv</sup>

- Implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque de chute - volet personnalisé (par exemple, PIED).

- Soutien à l'implantation des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie qui ont déjà fait une chute - volet personnalisé.

#### Les activités à l'intention de toute la population

- Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle des environnements domiciliaires auprès des partenaires visés, afin de prévenir, notamment, les brûlures, les intoxications dues aux produits toxiques ou médicamenteux ainsi que les risques associés à la présence d'une piscine résidentielle.

### Les activités de prévention des traumatismes récréatifs ou sportifs

#### Les activités à l'intention des enfants et des adolescents

- Promotion de l'application de la norme de sécurité existante concernant l'aménagement des aires et des équipements de jeux auprès des municipalités et des écoles.

#### Les activités à l'intention de toute la population

- Promotion de la sécurité sur les plans d'eau par le port du vêtement de flottaison individuel, notamment auprès des municipalités, des propriétaires de camps de vacances et de terrains de camping.
- Promotion, auprès des partenaires publics et privés visés (ministères, centres de ski, coroner, etc.), du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle portant sur la pratique des sports de glisse au Québec.

## LES MALADIES INFECTIEUSES

Le domaine des maladies infectieuses regroupe les interventions associées aux maladies qui sont causées par des agents biologiques transmis selon différents modes. Les symptômes et l'évolution des maladies infectieuses varient selon l'agent en cause, certains facteurs biologiques ou comportementaux liés aux individus ou aux populations, l'environnement social et l'organisation du système de santé et de services sociaux.

Les objectifs et les activités qui sont présentés ici le sont selon quatre volets : les maladies à déclaration obligatoire, les manifestations cliniques inhabituelles liées à l'immunisation et les signalements ; les maladies évitables par l'immunisation ; les ITSS ; les infections nosocomiales.

xiii. Ce continuum d'activités a été publié dans un document produit par un comité intersectoriel formé de représentants de la SAAQ, du Ministère et de l'INSPQ. Ce document s'intitule *Utilisation correcte des sièges d'auto pour enfants : document d'orientation pour l'élaboration d'un programme de promotion à l'échelle locale*.

xiv. La pratique clinique préventive relative à l'évaluation des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque est présentée dans la section portant sur les stratégies.

## Les maladies à déclaration obligatoire, les manifestations cliniques inhabituelles liées à l'immunisation et les signalements

Le réseau de santé publique est responsable des activités de vigie, de surveillance et d'intervention. L'application des lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions constitue une mesure efficace de protection de la santé.

La vigie est une des activités de la protection de la santé publique. Rappelons que la protection est une fonction essentielle qui regroupe les activités relatives à une intervention d'autorité auprès d'un individu, de groupes ou de toute la population en cas de menace, réelle ou appréhendée, pour la santé. La vigie sanitaire est donc un processus continu par lequel on détermine, à l'aide des déclarations et des signalements, les menaces à la santé de la population afin de mettre en place, lorsque la situation le requiert, diverses interventions de santé publique<sup>129</sup>. Ce qui distingue la vigie de la surveillance, c'est que la première soutient l'intervention, alors que la seconde réfère surtout à la notion de planification et de programmation. Pour ce faire, la vigie s'exerce en temps réel à l'aide de l'exploitation de systèmes d'information.

Par ailleurs, un phénomène préoccupant a pris de l'importance au fil des ans : la résistance aux antimicrobiens. Partout dans le monde, on est de plus en plus soucieux du fait que certains virus, bactéries, champignons ou parasites développent une résistance aux médicaments utilisés pour les combattre. On s'inquiète notamment de cette résistance pour la tuberculose, les infections gonococciques ou les infections à *Staphylococcus aureus* ou à entérocoques.

## Les maladies évitables par l'immunisation

Outre les programmes de vaccination usuels qu'il faut sans cesse consolider, il existe maintenant des vaccins efficaces pour de nouveaux problèmes de santé. Ainsi, de nouveaux vaccins sont disponibles contre l'infection au virus du papillome humain (VPH), l'infection à rotavirus et le zona. Des recommandations seront émises sous peu pour rendre disponibles ces vaccins.

Le VPH, responsable d'infections transmissibles sexuellement (ITS), cause des infections génitales et est aussi reconnu comme agent causal du cancer du col utérin<sup>130</sup> (se reporter au domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques). L'infection à rotavirus est principalement responsable de gastro-entérite aiguë, dont la déshydratation chez le nourrisson et le jeune enfant peut être une complication redoutable<sup>131</sup>. Le vaccin contre cette infection prévient 96 % des hospitalisations, 94 % des visites à l'urgence et 86 % des visites médicales en clinique externe dues à une gastro-entérite à rotavirus<sup>132</sup>.

Un vaccin contre le zona est disponible aux États-Unis et devrait l'être sous peu au Canada. L'incidence du zona augmente avec l'âge et s'accélère après 50 ans. Le fardeau du zona est important, surtout à cause des souffrances qui l'accompagnent. À partir de données américaines, on considère qu'environ 25 % des Québécois feront un zona au cours de leur vie<sup>133</sup>.

## Les infections transmissibles sexuellement et par le sang

Trois axes d'intervention viseront à réduire les ITSS, soit :

- l'offre de services aux populations à risque ;
- l'organisation d'activités dans les milieux de vie des populations vulnérables socialement ;
- la création d'environnements favorables à la prévention de ces infections.

Les populations à risque de contracter une ITSS sont les jeunes de 12 à 24 ans, les personnes qui appartiennent à des groupes vulnérables socialement et, enfin, les personnes atteintes d'une ITSS, leurs partenaires sexuels et celles qui ont un ou des comportements à risque. Selon la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*<sup>134</sup>, les groupes vulnérables socialement sont : les HARSAH ; les personnes qui utilisent des substances psychoactives, dont les personnes faisant usage de drogues

par injection ; les jeunes en difficulté ; les femmes en difficulté ; les Autochtones ; les personnes originaires de régions où les ITSS sont endémiques ; les personnes détenues en milieu carcéral. Les services et les activités jugés efficaces en matière d'ITSS doivent être réalisés dans les milieux de vie des populations à risque les plus exposées : le milieu scolaire (les établissements d'enseignement, du primaire à l'université, incluant les établissements offrant des services d'enseignement et d'éducation aux adultes), les maisons de jeunes, les organismes de soutien aux jeunes de la rue, les centres jeunesse, mais aussi les centres de détention, les lieux de socialisation des populations vulnérables socialement (bars, saunas, parcs, piqueries, lieux de prostitution, etc.) et les milieux de vie des communautés ethnoculturelles plus vulnérables aux ITSS.

Il faut également consolider les pratiques cliniques préventives (counselling, dépistage, vaccination, traitement et intervention auprès des partenaires, etc.) concernant les ITSS auprès des professionnels de la santé intervenant auprès des jeunes, des populations vulnérables socialement (par le biais des services intégrés de dépistage et de prévention) et auprès de la population en général par le biais des services médicaux et infirmiers de première ligne.

Les besoins peuvent par ailleurs être différents d'un territoire à l'autre. Ainsi, les problèmes associés à certaines ITSS peuvent être plus répandus dans les zones urbaines que dans les zones semi-urbaines et ils peuvent être plus importants au sein de populations particulières. Aussi, pour que l'on intervienne efficacement, les plans d'action régionaux et locaux de santé publique doivent être adaptés aux réalités régionales et locales.

La création d'environnements favorables à la prévention des ITSS ainsi que les interventions réalisées dans le cadre du travail de milieu, du travail de proximité ou des approches par les pairs impliquent la concertation, le soutien et la mobilisation des partenaires intersectoriels et intrasectoriels. Ces actions devraient être réalisées selon l'approche École en santé pour le milieu scolaire secondaire tout en tenant compte de l'action des organismes communautaires. Elles devraient également favoriser l'accès aux services psychosociaux et médicaux de première ligne aux populations les plus vulnérables. Il faut notamment travailler à augmenter la capacité du réseau à dépister et à traiter précocement les personnes infectées par le VHC et le VIH. C'est aussi dans ce contexte qu'il faut établir une démarche visant à favoriser l'accès au matériel d'injection stérile et la récupération de seringues usagées en milieu carcéral. Bien que l'impact de ce type d'intervention soit reconnu, les conditions nécessaires à son implantation ne sont pas toutes présentes. Pour ce faire, la poursuite des discussions avec le réseau de la sécurité publique est donc de mise.

Enfin, il est impératif d'améliorer la surveillance de plusieurs problèmes liés aux ITSS. Actuellement, il est impossible d'estimer l'ampleur de certains d'entre eux. En particulier, le manque de données permettant de mesurer l'incidence et la prévalence de l'herpès génital et des infections par le VPH amène une certaine limite quant à la possibilité de fixer des objectifs spécifiques au regard de ces infections.

### Les infections nosocomiales

Dans les établissements de santé québécois, on évalue qu'entre 80 000 et 90 000 personnes sont atteintes chaque année d'une infection nosocomiale. Diverses études ont démontré que jusqu'à 30% de ces infections pouvaient être prévenues. Il faut donc mettre en place, dans chaque établissement, un programme structuré de prévention et de contrôle des infections, accompagné des ressources nécessaires pour l'implanter.

Afin de détecter rapidement les éclosions ou même les menaces à la santé de la population, les intervenants de santé publique doivent exercer une vigie et une surveillance des infections nosocomiales. Les directions de santé publique fourniront l'expertise spécialisée aux établissements, notamment lors de situations problématiques, en collaboration avec les équipes locales. Quant au palier central, il diffusera les lignes directrices, normes ou protocoles requis pour mieux soutenir les établissements.



## Les objectifs

### ■ Réduire la transmission des maladies infectieuses, notamment l'incidence des maladies évitables par l'immunisation, la progression de la transmission des ITSS et la transmission des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux

#### Les objectifs portant sur les maladies à déclaration obligatoire, les manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination et les signalements

- Réduire l'incidence des maladies entériques, particulièrement :
  - les *E. Coli* 0157 producteurs de vérotoxine ;
  - les infections à *Salmonella enteritidis*.
- Réduire le taux d'incidence annuel de la tuberculose active à 3,5 pour 100 000 personnes et, plus précisément :
  - réduire à 8 pour 100 000 personnes dans la région de Montréal<sup>xv</sup> ;
  - réduire à 2 pour 100 000 personnes dans les autres régions du Québec.
- Réduire le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses.
- Réduire la progression de la résistance aux antimicrobiens en ce qui concerne :
  - les infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ;
  - les infections nosocomiales ;
  - les infections à pneumocoque ;
  - la tuberculose.
- Maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.

#### Les objectifs portant sur les maladies évitables par l'immunisation

##### Les objectifs chez les enfants et les adolescents

- Maintenir le nombre moyen de cas d'infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B sous le seuil de cinq par année chez les enfants de moins de cinq ans.
- Réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérotype C dans la population âgée de 20 ans ou moins.
- Réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de six mois à deux ans.
- Réduire à zéro l'incidence de l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale.
- Maintenir à deux ou moins le nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les enfants âgés de moins d'un an.

##### Les objectifs chez les personnes âgées

- Maintenir le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes âgées de 65 ans et plus sous le taux moyen de la période 1997-2002.

##### Les objectifs chez la population générale

- Maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie et de la poliomyélite en ce qui concerne les cas indigènes.
- Maintenir à moins d'un cas par cinq ans l'incidence du tétanos.
- Maintenir à moins d'un cas par dix ans l'incidence de la rage.
- Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole et la rubéole sous le seuil d'élimination.
- Maintenir l'incidence annuelle des oreillons à moins de 5 % de l'incidence prévacinale.
- Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002.
- Réduire à 2,5 pour 100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A.
- Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë.
- Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.
- Réduire de 95 % le taux d'hospitalisation annuel pour varicelle.

xv. Au Québec, la tuberculose touche de plus en plus les personnes avec certains facteurs de risque, notamment les personnes originaires des pays endémiques pour la tuberculose (80 % des cas chez les immigrants pour la région de Montréal pour les années 1995-1998). C'est pourquoi le taux de cette maladie dans les pays industrialisés est souvent beaucoup plus élevé dans les régions métropolitaines, où résident la plupart des immigrants récents.

## Les objectifs portant sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang

- Maintenir à moins de deux le nombre annuel d'enfants nés au Québec et infectés par le VIH dans le cadre d'une transmission mère-enfant.
- Réduire le nombre de nouveaux diagnostics d'infection<sup>xvi</sup> par le VIH à moins de 550 par année<sup>xvii</sup> et, plus précisément<sup>135</sup> :
  - le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH à moins de 250 cas par année<sup>xviii</sup> ;
  - le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes faisant usage de drogues par injection à moins de 45 cas par année<sup>xx</sup>.
- Réduire l'incidence d'infection par le VIH à moins de 1,1 par 100 personnes-années chez les HARSAH<sup>xx</sup> et à moins de 2,7 par 100 personnes-années chez les personnes faisant usage de drogues par injection<sup>xxi</sup>.
- Réduire le taux d'incidence des infections gonococciques à moins de 12 pour 100 000 personnes et, plus précisément :
  - à zéro les cas d'infections gonococciques chez les enfants de moins d'un an ;
  - à moins de 35 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans ;
  - à moins de 45 pour 100 000 chez les hommes âgés de 20 à 39 ans.
- Réduire le taux d'incidence des infections à *Chlamydia trachomatis* à moins de 120 pour 100 000 personnes et, plus précisément :
  - à moins de 1 000 pour 100 000 chez les femmes âgées de 15 à 24 ans ;
  - à moins de 7 pour 100 000 chez les enfants âgés de moins d'un an (infections oculaires, pulmonaires et génitales).
- Maintenir à zéro le nombre de cas de syphilis congénitale chez les enfants âgés de moins de deux ans.
- Réduire à moins de 200 par année le nombre de cas de syphilis infectieuse, particulièrement chez les HARSAH.
- Réduire l'incidence du VHC<sup>xxii</sup> à moins de 23 par 100 personnes-années chez les personnes faisant usage de drogues par injection.
- Maintenir à moins de 20 cas par année le nombre de lymphogranulomatose vénérienne chez les HARSAH.

## L'objectif portant sur les infections nosocomiales

- Réduire l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux.

## Les activités à déployer, d'ici 2012

### Les activités portant sur les maladies à déclaration obligatoire, les manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination et les signalements

**Pour une lutte efficace contre les maladies infectieuses, les activités présentées dans ce domaine doivent être appuyées ou complétées par des campagnes de communication sociétales ainsi que par des stratégies liées à la promotion et au soutien des pratiques cliniques préventives<sup>xxiii</sup>, à l'action intersectorielle et au développement des communautés.**

- Diffusion aux populations ciblées des recommandations liées aux différents modes de transmission.
- Implantation d'un système d'information pancanadien.
- Mise à jour du volet santé publique du plan de pandémie d'influenza.
- Soutien aux activités cliniques en santé des voyageurs par :
  - la diffusion des actualités épidémiologiques ;
  - des recommandations visant la prévention des maladies infectieuses acquises à l'étranger ;
  - la promotion des comportements préventifs et de la vaccination.
- Maintien du programme de surveillance des manifestations cliniques inhabituelles postvaccinales.
- Vigie sanitaire des menaces biologiques réelles ou appréhendées, incluant les maladies en émergence et les éclosions.
- Application des lignes directrices pour assurer l'investigation des cas primaires, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions.

xvi. Diagnostics déclarés dans le *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002-2005*.

xvii. Comme pour les autres ITSS, l'atteinte de ces objectifs est influencée par plusieurs variables. Ainsi, une accessibilité accrue au dépistage peut faire augmenter le nombre de cas diagnostiqués sans pour autant que ce nombre reflète une augmentation réelle du nombre total de cas dans la population. Par exemple, une proportion importante des personnes infectées par le VIH ignorent qu'elles le sont (27 %). D'autre part, des interventions de dépistage plus soutenues pourraient contribuer à la diminution de la transmission. Selon une étude récente réalisée au Québec, environ la moitié des cas de transmission du VIH surviennent dans la phase initiale de l'infection. Des interventions réalisées à ce stade de l'infection pourraient ainsi permettre la diminution de la transmission du VIH.

xviii. *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002-2005*.

xix. *Ibid.*

xx. Données de surveillance provenant d'ARGUS, l'enquête sur l'infection au VIH, les hépatites virales et les ITSS ainsi que sur les comportements à risque associés chez les HARSAH.

xxi. Données de surveillance provenant de SurvUDI, le réseau de surveillance du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection.

xxii. *Ibid.*

xxiii. Les campagnes de communication et les pratiques cliniques préventives sont présentées dans la section portant sur les stratégies.

## Les activités portant sur les maladies évitables par l'immunisation

- Vaccination de base : diphtérie, poliomyélite, rougeole, rubéole, infections à *Haemophilus influenzae* de type B, oreillons, coqueluche, tétanos, varicelle, pneumocoque et méningocoque du groupe C, influenza.
  - Vaccination en milieu scolaire<sup>xxiv</sup> :
    - hépatite B en 4<sup>e</sup> année du primaire ;
    - infections au VPH en 4<sup>e</sup> année du primaire et en 3<sup>e</sup> année du secondaire ;
    - mise à jour du carnet de vaccination en 3<sup>e</sup> année du secondaire.
  - Vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec : hépatites A et B, pneumocoque, influenza.
  - Mise en place d'un plan de promotion de la vaccination.
  - Développement des stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal.
- Implantation d'un système d'information vaccinale et d'un programme de gestion des produits immunisants visant l'assurance qualité des programmes de vaccination.

### Les taux de couverture vaccinale visés

Immunisation de base	95 %
Hépatite B en 4 <sup>e</sup> année du primaire	90 %
Pneumocoque groupes vulnérables	80 %
Influenza groupes vulnérables	80 %
VPH en 4 <sup>e</sup> année du primaire	90 %
VPH en 3 <sup>e</sup> année du secondaire	85 %

## Les activités portant sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang

### Les activités destinées à la population des 12-24 ans

- Activités d'information et de prévention des ITSS en milieu scolaire<sup>xxv</sup> et dans les autres milieux de vie, par exemple programmes de promotion et d'accessibilité aux condoms<sup>xxvi</sup>.
- Soutien à une organisation de services de consultation en matière de santé sexuelle, services adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes - du type des cliniques jeunesse -, favorisant la prévention des ITSS, intégrant les pratiques cliniques préventives et combinés à des interventions d'éducation à la sexualité<sup>xxvii</sup>.

### Les activités destinées à l'ensemble de la population

- Promotion du programme de gratuité des médicaments pour le traitement de certaines ITS.
- Soutien à l'implantation du système intégré de récupération des seringues et aiguilles usagées.

### Les activités destinées aux populations vulnérables socialement

- Activités de prévention des ITSS dans les milieux de vie et les organismes communautaires ainsi qu'activités de prévention à l'intérieur des services de santé et des services sociaux, notamment :
  - l'accès aux condoms ;
  - la prévention du passage à l'injection ;
  - l'éducation sur la réduction des risques liés aux relations sexuelles et à l'injection de drogues.
- Accès au matériel d'injection stérile et récupération des seringues usagées.
- Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP), promouvant les pratiques cliniques préventives en matière d'ITSS dans les CSSS et au sein des milieux de vie.
- Services d'injection supervisée pour les utilisateurs de drogues dans les régions visées.

## Les activités portant sur les infections nosocomiales

- Suivi de l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé et de services sociaux faisant l'objet d'une surveillance provinciale.
- Soutien des établissements de santé et de services sociaux lors de situations problématiques, de menaces à la santé ou d'éclousions, par :
  - la diffusion des lignes directrices, guides de pratique et autres ;
  - l'expertise en épidémiologie ;
  - l'investigation des éclousions.

xxiv. Pour la vaccination en milieu scolaire, on doit également tenir compte des activités en lien avec l'approche École en santé.

xxv. Les milieux scolaires tels que les écoles secondaires (en association entre autres avec l'approche École en santé), les établissements offrant de l'éducation aux adultes, les cégeps et les universités.

xxvi. Le tout en lien avec des activités de lutte contre l'homophobie, de prévention des grossesses à l'adolescence et de prévention de l'usage inapproprié de substances psychoactives.

xxvii. La section portant sur le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale présente une description plus complète des activités offertes dans les cliniques jeunesse.

## LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Le domaine de la santé environnementale couvre les dangers associés aux agents chimiques, biologiques et physiques présents dans l'environnement de même que leurs effets sur la santé de la population.

La dégradation de l'environnement (eau, air, sols, aliments), les mauvaises conditions de salubrité, l'aménagement du territoire et les changements climatiques ont des impacts mesurables sur la santé des populations exposées. De tels impacts se traduisent notamment par des excès de maladies respiratoires, cardiovasculaires ou entériques, par des intoxications, par des atteintes des systèmes immunitaire, nerveux et reproducteur ainsi que par divers types de cancers.

En santé environnementale, les intervenants de santé publique déterminent les sources de contamination chimique ou biologique et leurs impacts sur la santé au moyen d'investigations et d'enquêtes (épidémiologiques et autres) en collaboration, notamment, avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs. Ils surveillent de façon particulière certains problèmes de santé liés à l'environnement et ils analysent les effets sur la santé de différentes situations environnementales, connues ou nouvelles. Ils fournissent l'information aux personnes exposées à des risques, particulièrement s'il s'agit de personnes vulnérables, sur les moyens de se protéger ou d'éviter l'exposition. De plus, ils évaluent les risques que représente la mise en œuvre de grands projets de développement, industriels ou autres, sur la santé des populations vivant à proximité. Enfin, les intervenants de santé publique participent à la diffusion des connaissances afin que les institutions et les organismes qui offrent des services directs à une clientèle ou à la population (CSSS, municipalités, commissions scolaires, autres organismes ou ministères) puissent être informés et outillés adéquatement pour prévenir les problèmes de santé.

Au cours des dernières années, les efforts concertés des acteurs de santé publique ont visé le développement, la mise à jour et la diffusion des connaissances, la formulation d'avis relatifs aux impacts sanitaires de différentes politiques et mesures législatives, la conception d'outils d'information ainsi que l'harmonisation des pratiques de divers intervenants. Les éléments qui ont principalement retenu l'attention ont été, et sont toujours : l'air intérieur (moisissures et salubrité), l'eau potable (trihalométhanes, cyanobactéries et contaminants biologiques), l'air extérieur (herbe à poux, hydrocarbures aromatiques polycycliques et autres polluants), l'évaluation et la gestion du risque, les intoxications environnementales ainsi que la pollution d'origine agricole (production animale). La réglementation sur l'eau potable constitue une autre priorité.

### Des considérations particulières

Les actions de santé publique visant la prévention des problèmes de santé liés à l'environnement doivent être poursuivies, dans une optique de prévention et de protection de la santé. Les principales menaces sont les risques de catastrophes liées au développement technologique (accidents industriels majeurs), au terrorisme et aux changements climatiques, ces derniers pouvant entraîner des inondations, des vagues de chaleur ou autres. Il faut bien sûr agir à court terme contre ces menaces, mais aussi, plus fondamentalement, déployer à long terme tous les efforts possibles en vue d'appliquer les principes du développement durable. C'est là la seule garantie pour la population de vivre dans des environnements sains et sécuritaires.

Dans cette optique, la planification de l'aménagement du territoire, au moyen des schémas d'aménagement, est indispensable si l'on veut prévenir les conflits entre les diverses utilisations du territoire (agricole, résidentielle, industrielle et récréative). Il faut, en particulier, se préoccuper de l'étalement urbain et de ses conséquences sur l'exacerbation de la pollution de l'air par le transport automobile, de l'empiètement sur le territoire agricole ou de la construction de quartiers résidentiels près de pôles industriels. Tous ces éléments contribuent à l'apparition ou à l'aggravation de plusieurs problèmes de santé, comme les cancers et les maladies respiratoires, et à la détérioration de la qualité de vie des citoyens (augmentation du bruit, pollution de l'air)<sup>136</sup>.

Le réseau de la santé publique joue un rôle essentiel pour protéger la population contre les problèmes de santé liés à l'environnement, de concert avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, le ministère de la Sécurité publique, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, le ministère des Transports, le ministère des Ressources naturelles et de la Faune, les municipalités et les autres acteurs visés.

Il est clair que l'atteinte des objectifs en santé environnementale est tributaire d'un ensemble de facteurs qui dépassent l'action de la santé publique. Les interventions en santé environnementale et le contrôle des risques environnementaux sont déterminés tant par la Loi sur la santé publique que par des lois et règlements qui gouvernent d'autres secteurs d'activité. Rappelons ici l'importance que revêt l'article 54 de la Loi sur la santé publique : selon cette disposition, les ministères et organismes publics de tous les secteurs d'activité doivent tenir compte de l'impact de leurs projets de lois et règlements.

## Les objectifs

### ■ Réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité des maladies associées à des facteurs de risque environnementaux

- Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies cardiaques associées à des facteurs de risque environnementaux.
- Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies respiratoires associées à des facteurs de risque environnementaux.
- Réduire les taux d'incidence et de mortalité liés au cancer de la peau, au cancer des voies respiratoires et à d'autres cancers associés à des facteurs de risque environnementaux.
- Réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies d'origine hydrique, aux intoxications d'origine biologique ou chimique.
- Prévenir les problèmes de santé liés à des risques environnementaux émergents, dont les événements climatiques extrêmes.

#### Quelques facteurs de risque environnementaux :

- contamination de l'eau potable ;
- mauvaise qualité de l'air intérieur et extérieur ;
- insalubrité des habitations ;
- exposition au radon, à l'amiante, aux hydrocarbures aromatiques polycycliques.

## Les activités à déployer, d'ici 2012

### Les activités portant sur la qualité de l'air extérieur et intérieur

- Conduite d'enquêtes (épidémiologiques ou autres) et organisation d'activités appropriées lorsque sont signalés des problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur ou à la salubrité dans les écoles, les services de garde, les bâtiments d'habitation ainsi que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.
- Activités d'information et de sensibilisation auprès de la population sur :
  - les mesures de protection lors des avertissements de smog ;
  - l'identification de l'herbe à poux et les mesures de contrôle à appliquer dans l'environnement immédiat ;
  - les moyens de réduire l'exposition aux aéroallergènes ou aux irritants dans l'environnement intérieur.
- Activités d'information et de sensibilisation auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des autres secteurs sur :
  - les moyens de réduire l'exposition aux aéroallergènes ou aux irritants dans l'environnement intérieur (intervenants municipaux, intervenants du milieu scolaire, des services de garde, des CSSS et des ministères touchés) ;
  - les mesures de contrôle de l'herbe à poux (intervenants municipaux et propriétaires de terrains) ;
  - les moyens efficaces d'assainissement de la qualité de l'air extérieur (par exemple, plan de gestion, réglementation, programme).
- Soutien des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des autres secteurs pour :
  - l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels sur la qualité de l'air intérieur et l'insalubrité ;
  - le développement et l'adoption d'une norme sur la ventilation des bâtiments d'habitation (organismes appartenant aux secteurs de l'habitation et du bâtiment) ;
  - le contrôle de l'herbe à poux.

Les activités présentées dans ce domaine doivent être appuyées ou complétées par des stratégies liées à l'action intersectorielle et, parfois, au développement des communautés.

### Les activités liées aux menaces d'origine environnementale

- Conduite d'enquêtes (épidémiologiques ou autres) et organisation d'activités appropriées lorsque sont signalés :
  - des éclosions ou des intoxications potentiellement liées à l'eau potable ou aux eaux de baignade ;
  - des dépassements de normes ou des problématiques pouvant présenter des risques à la santé relativement à la qualité de l'eau potable ou des eaux de baignade ;
  - des signalements et des déclarations d'éclosion ou d'intoxication (maladie à déclaration obligatoire, intoxication à déclaration obligatoire), comme le prévoit la Loi sur la santé publique.
- Sensibilisation et concertation des partenaires afin que toutes les directions de santé publique aient accès en temps opportun aux signalements et déclarations concernant des éclosions, des intoxications ou des dépassements de normes relatives à la qualité de l'eau, lesquelles déclarations sont nécessaires à une intervention précoce pour protéger la santé de la population.
- Promotion du processus de déclaration des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale auprès des médecins et laboratoires.
- Promotion, auprès de la population et des responsables de résidences de personnes âgées, de services de garde et d'écoles, de l'utilisation d'un avertisseur de monoxyde de carbone.
- Participation aux activités encadrées conjointement avec d'autres secteurs d'intervention, notamment :
  - la gestion de l'eau potable et des eaux récréatives ;
  - la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, notamment celle liée à la Loi sur la sécurité civile et à la préparation des schémas de sécurité civile ;
  - l'utilisation adéquate des pesticides<sup>xxviii</sup> ;
  - l'évaluation des risques pour la santé et l'organisation d'activités appropriées lors de situations d'urgence d'origine environnementale, incluant la collaboration aux missions du *Plan national de sécurité civile* et des plans régionaux de sécurité civile.
- Mise à jour de plans d'urgence s'appliquant aux menaces liées aux agents chimiques, biologiques et physiques (par exemple, menaces radiologiques et nucléaires, événements climatiques extrêmes).
- Activités d'information et de sensibilisation auprès de la population sur les mesures efficaces pour :
  - contrer les problèmes de santé liés à des risques environnementaux émergents (cyanobactéries, bruit communautaire, pollution agricole, contamination alimentaire, nouvelles technologies, etc.) ;
  - contrer les effets des événements climatiques extrêmes (par exemple, chaleur accablante).

### Les activités liées aux cancers pouvant être attribuables à l'environnement

- Activités d'information et de sensibilisation :
  - auprès de la population et des intervenants afin de réduire les risques liés à l'exposition au radon domiciliaire, en collaboration avec les partenaires (notamment, Société d'habitation du Québec, Société canadienne d'hypothèques et de logement, autres ministères visés) ;
  - auprès de la population afin de protéger les enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets, et ce, de concert avec les partenaires.

### Les activités visant à améliorer la qualité de vie et à promouvoir des environnements sains et sécuritaires

- Participation aux activités encadrées légalement par d'autres secteurs d'intervention concernant, notamment :
  - l'évaluation et l'examen des projets ayant des conséquences sur l'environnement<sup>xxix</sup> ;
  - l'application de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés ;
  - la consultation publique concernant les projets d'élevage porcin conformément à la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme ;
  - la révision des schémas d'aménagement proposés par les MRC et les communautés urbaines<sup>xxx</sup>.
- Soutien aux communautés (par exemple, conférences régionales des élus, MRC, comités environnementaux, Réseau québécois de Villes et Villages en santé) dans des approches de développement durable, notamment en ce qui concerne l'aménagement urbain et le transport durable.

xxviii. Par, notamment, la promotion de l'indicateur de risque des pesticides du Québec.

xxix. Cette activité est parfois réalisée en collaboration avec les équipes du domaine des traumatismes non intentionnels, afin de promouvoir des environnements sécuritaires.

xxx. Cette activité doit être réalisée en collaboration avec les équipes du domaine des traumatismes non intentionnels. Elle est également analysée sous l'angle des habitudes de vie et du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale.



## LA SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

Le domaine de la santé en milieu de travail regroupe les activités se rapportant aux problèmes attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques, à des risques liés aux troubles musculo-squelettiques en milieu de travail ainsi qu'aux problèmes associés aux caractéristiques organisationnelles.

C'est la CSST qui agit comme maître d'œuvre du régime québécois de santé et sécurité du travail. Ainsi, la plupart des activités de santé publique dans ce domaine sont encadrées par une entente conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que la CSST.

Depuis 2007, un cahier des charges décrit les activités qui doivent être réalisées par le réseau de la santé au travail. Ce cahier sert d'assise à la ratification d'ententes annuelles de gestion et d'imputabilité entre les agences de la santé et des services sociaux de même que la CSST. L'action des équipes de santé publique en santé au travail au sein des agences et des CSSS se concrétise principalement par l'organisation des activités prévues à l'intérieur des programmes de santé spécifiques à l'établissement (PSSE) dans les secteurs réglementés. Ces activités sont principalement regroupées selon quatre sphères :

- la détermination et l'évaluation des risques pour la santé que présentent les agresseurs physiques, chimiques et biologiques ainsi que les troubles musculo-squelettiques ;
- la surveillance de la santé, par laquelle se font la prévention et le dépistage des problèmes de santé selon les risques déterminés et évalués précédemment ;
- l'information et la formation données aux travailleurs et aux employeurs en ce qui concerne les risques présents, leurs effets sur la santé ainsi que les moyens pour les prévenir, les contrôler ou les éliminer ;
- les services de premiers secours et de premiers soins, sous l'angle des recommandations relatives à l'organisation de ces services et de la formation sur certains aspects particuliers.

Par ailleurs, la CSST confie aussi au réseau de la santé et des services sociaux des responsabilités particulières dans le cadre de l'application du programme *Pour une maternité sans danger*. Ce programme permet à la femme qui est enceinte ou qui allaite d'être affectée à des tâches qui ne présentent pas de danger pour elle-même ni pour son enfant, ou d'être retirée du travail si une telle affectation n'est pas possible.

De plus, à la demande de la CSST, les intervenants de santé publique réalisent des études relatives à l'hygiène du travail dans le but de traiter des demandes d'indemnité pour maladies professionnelles pulmonaires. Les intervenants participent également aux enquêtes portant sur les maladies à déclaration obligatoire lorsque celles-ci sont en lien avec le milieu de travail. Ces enquêtes visent la prise en charge par l'employeur des risques déterminés, pour éviter la répétition de ces expositions et de leurs conséquences.

Suivant les mécanismes habituels de collaboration, les intervenants de santé publique attirent l'attention de la Commission sur certains aspects particuliers de problèmes déjà visés par les activités prioritaires. Ils signalent, le cas échéant, les situations dangereuses et les surexpositions. D'autres questions de santé publique de haute importance peuvent aussi être soulevées : les intoxications professionnelles, les cancers d'origine professionnelle, les problèmes de santé et de sécurité associés à l'exposition au bruit, dont la surdité professionnelle, la gestion du risque pour les femmes enceintes, les facteurs de risque liés à l'organisation du travail.

D'autres équipes de santé publique peuvent aussi réaliser des activités de promotion de la santé en milieu de travail, en dehors du cadre officiel. Ainsi, de telles activités sont prévues dans divers domaines d'intervention du programme. D'autres, enfin, peuvent être réalisées en lien avec la nouvelle norme du Bureau de normalisation du Québec portant sur les entreprises en santé, cette dernière ayant pour titre *Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail*<sup>xxxi</sup>.

xxxi. Cette norme spécifie les exigences que doit respecter l'entreprise. Celles-ci portent sur des éléments d'intervention ayant trait aux personnes (habitudes de vie et équilibre travail-vie personnelle), aux pratiques de gestion et modalités d'organisation du travail de même qu'à l'environnement de travail. Elles visent le maintien et l'amélioration durable de l'état de santé du personnel et des entreprises. Les entreprises sont classées selon deux types : entreprise en santé et entreprise en santé élite.

## Des considérations particulières

La présence importante des problèmes de santé mentale en milieu de travail amène les intervenants de santé publique à se préoccuper davantage de ce phénomène. Ils s'intéressent aussi bien aux facteurs de risque qu'aux interventions préventives appropriées.

Les autorités de santé publique s'engagent à réaliser des projets d'expérimentation visant la prévention des problèmes de santé mentale. Ces projets s'accompagneront de la formation des intervenants en santé au travail sur les outils disponibles pour évaluer les situations à risque ainsi que leur validation ; il s'agit là d'étapes préalables à la mise en place d'activités spécifiques et au développement de l'expertise nécessaire. Lors de ces démarches, il faudra s'assurer que les employeurs visés pourront offrir les mesures de soutien nécessaires aux travailleurs atteints (programme d'aide aux employés ou autre) et que l'entreprise s'engagera à mettre en place une démarche participative visant l'environnement organisationnel et les pratiques de gestion favorables à la santé.

Le développement d'indicateurs sur la santé mentale des travailleurs est en cours avec l'Étude québécoise des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail. Ces indicateurs sont en lien avec ceux utilisés pour mesurer la santé mentale de la population en général.

## Les objectifs

### ■ Réduire les problèmes attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques et aux autres facteurs de risque liés au milieu de travail

- Diminuer l'incidence des maladies pulmonaires professionnelles.
- Diminuer l'incidence de l'asthme professionnel ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie.
- Diminuer l'incidence des intoxications professionnelles.
- Réduire la prévalence des atteintes du système nerveux par le plomb et les solvants organiques.
- Diminuer l'incidence des maladies infectieuses professionnelles (hépatites A et B, tétanos et autres).
- Diminuer l'incidence des cancers associés au milieu de travail.
- Diminuer l'incidence des issues défavorables de la grossesse attribuables au milieu de travail (prématurité, avortement, mortinaissance) et des retards de croissance ou des problèmes de santé physique chez l'enfant à naître.
- Diminuer l'incidence de la surdité professionnelle, les conséquences de cette maladie et les autres problèmes de santé associés à une exposition au bruit.
- Diminuer l'incidence des troubles musculo-squelettiques liés au milieu de travail.

## Les activités en lien avec l'entente MSSS-CSST à déployer, d'ici 2012<sup>xxxii</sup>

- Dépistage de l'amiantose en milieu de travail ciblé.
- Promotion, auprès des employeurs touchés, du contrôle à la source des contaminants au regard du monoxyde de carbone, de l'hydrogène sulfuré, des gaz irritants et des métaux lourds tels que le plomb.
- Surveillance biologique des travailleurs exposés au plomb.
- Promotion, auprès des employeurs visés, de la substitution :
  - des solvants organiques ;
  - des substances cancérigènes en milieu de travail.
- Soutien et recommandations aux entreprises dans leur prise en charge pour le contrôle ou la réduction à la source des agresseurs.
- Vaccination au regard de l'hépatite A, de l'hépatite B et du tétanos pour les secteurs visés.
- Sensibilisation des milieux de travail sur les moyens de prévention des maladies infectieuses professionnelles.
- Identification, évaluation et documentation des postes de travail pour la travailleuse qui est enceinte ou qui allaite et recommandations aux médecins traitants.
- Activités de lutte contre le bruit en milieu de travail, selon le *Plan d'action de lutte contre le bruit*, la surdité professionnelle et leurs conséquences sur la santé et la sécurité. Ces activités serviront d'assise aux activités dans ce domaine, ces dernières étant notamment :
  - interventions et recommandations auprès des employeurs visés, afin qu'ils réduisent le bruit à la source ;
  - activités de promotion de la santé auditive auprès des travailleurs et des employeurs.
- Identification des risques liés aux troubles musculo-squelettiques et activités de formation et d'information dans les milieux de travail dans le cadre des PSSE.

xxxii. Ces activités, non exhaustives, s'inscrivent dans le cadre des programmes d'intervention intégrés provinciaux portant sur des risques spécifiques dans des secteurs ciblés, des PSSE ou de la démarche provinciale de prévention des troubles musculo-squelettiques et du bruit. Des activités pourraient être ajoutées selon les cahiers des charges annuels à venir ou selon les priorités de la CSST.

# LES STRATÉGIES D'ACTION

## SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Le développement des communautés<sup>137</sup> est un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental<sup>138</sup>.

Pour sa part, la notion de communauté « renvoie à un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis (ville, village, quartier, arrondissement). Ces personnes ont une interaction sociale et partagent, entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, certaines valeurs communes et des liens psychologiques démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité en tant que communauté<sup>139</sup>. »

Le développement des communautés est étroitement associé à la notion de développement social. « Le développement social fait référence à la mise en place et au renforcement au sein des communautés, dans les régions et à l'échelle de la collectivité, des conditions requises pour permettre, d'une part, à chaque individu de développer ses potentiels, de pouvoir participer activement à la vie sociale et de pouvoir tirer sa juste part de l'enrichissement collectif et, d'autre part, à la collectivité de progresser socialement, culturellement et économiquement, dans un contexte où le développement économique s'oriente vers un développement durable, soucieux de justice sociale<sup>140</sup>. »

Le développement social se distingue toutefois du développement des communautés parce qu'il couvre un champ d'action plus large. Ce champ englobe à la fois les structures politiques et légales qui assurent les droits de la personne, les politiques et les programmes sociaux ainsi que les processus moins officiels de développement social local impliquant la famille, les réseaux sociaux et les différents milieux de vie de la communauté<sup>141</sup>. De plus, l'action des acteurs du développement social doit être complémentaire à celle des agents des secteurs économique et environnemental. Le développement des communautés implique, quant à lui, une action centrée sur un territoire local d'appartenance et tenant compte de tous les axes de développement.

Ces deux types de développement ont toutefois en commun certains principes fondamentaux :

- la participation des citoyens et des acteurs locaux visés dès le début de la planification des projets et activités ;
- une approche démocratique assurant des relations égalitaires entre les partenaires impliqués ;
- la solidarité sociale favorisant le développement du potentiel individuel et collectif ;
- la responsabilité associée aux droits et devoirs de l'activité citoyenne.

De nombreuses recherches dans le domaine social ont confirmé que la participation sociale et les relations de réciprocité et de confiance, qui facilitent la coopération et l'entraide dans un milieu, peuvent influencer positivement la santé de la population<sup>142</sup>. Les membres d'une communauté qui arrivent à travailler ensemble vers un but commun présentent un taux de mortalité plus bas<sup>143</sup> et profitent d'un meilleur accès à des services de santé et à des ressources d'aide<sup>144</sup>. Ils composent aussi avec des normes sociales plus favorables à la santé<sup>145</sup>. À l'inverse, les communautés où règnent la désorganisation, la méfiance et la compétition affichent de moins bons indicateurs de santé<sup>146</sup>. On constate que dans ces communautés, la population présente plus de problèmes de santé mentale et un plus haut taux de suicide<sup>147</sup>. Le risque de maladies coronariennes<sup>148</sup> et le taux de mortalité infantile<sup>149</sup> y sont également plus élevés, tout comme le risque de développer la maladie d'Alzheimer<sup>150</sup>.

Le soutien, par l'action communautaire, au processus de développement d'un milieu est propice à l'amélioration de la santé et du bien-être de ses résidents. En favorisant, chez les individus, le développement de l'estime de soi et du sentiment de maîtrise de l'environnement, le soutien au développement des communautés contribue aussi à augmenter, entre autres, le sentiment d'appartenance, la fierté des réalisations jugées bienfaitantes et l'acquisition de nouvelles compétences.

On reconnaît également que les communautés en santé, où règne une forte cohésion sociale, c'est-à-dire où la participation active des membres est favorisée, composent beaucoup plus efficacement avec des événements inattendus, accidentels ou même catastrophiques qui exigent des actions rapides, de l'entraide et de la solidarité<sup>151</sup>. Ainsi, l'interaction entre les citoyens ainsi que les liens de confiance et de réciprocité créés constituent le déterminant le plus important pour améliorer la santé et le bien-être d'une collectivité<sup>152</sup>.

### La contribution des acteurs de santé publique

Par leur soutien au développement des communautés, les acteurs de santé publique visent à renforcer la capacité des milieux à se prendre en main. Le réseau de la santé et des services sociaux doit accompagner chaque communauté vers son développement global, sain et durable<sup>153</sup>.

Au palier local, les CSSS :

- contribuent à déterminer les communautés d'appartenance ;
- favorisent l'établissement et le maintien de liens de confiance et de réciprocité entre les citoyens et les acteurs locaux du développement ;
- encouragent et soutiennent la participation des membres de la communauté lors de l'analyse du milieu, de la planification et de la mise en œuvre d'actions visant l'ensemble des déterminants de la santé et du bien-être, et ce, avec un objectif d'acquisition de compétences individuelles et collectives ;
- suscitent et animent à l'intérieur des lieux de concertation locale des partenariats intersectoriels qui permettent la mise en commun des ressources et l'atteinte d'objectifs pour le bien de tous ;
- offrent leur soutien pour les démarches d'évaluation des processus et des retombées des activités et projets.

En misant sur l'expertise des intervenants communautaires aptes à utiliser des approches diversifiées et adaptées au milieu, les CSSS contribuent au développement d'un climat propice à l'action locale et communautaire.

Au palier régional, les agences de la santé et des services sociaux :

- favorisent les concertations sectorielles et intersectorielles en appui au développement des communautés ;
- contribuent à la connaissance des forces et faiblesses de chaque territoire à l'aide, par exemple, des portraits sociosanitaires et socioéconomiques ainsi que d'indicateurs de développement adaptés aux communautés ;
- documentent les problèmes relevés dans l'analyse des milieux ainsi que les solutions les plus efficaces à partir des expériences tentées au Québec et ailleurs ;
- offrent une expertise, des outils et des activités de formation sur des questions pertinentes aux actions retenues par les communautés ;
- soutiennent l'évaluation des processus et des retombées des activités locales.

Au palier national, le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- précise les orientations du réseau de la santé et des services sociaux en matière de développement des communautés ;
- favorise les concertations sectorielles et intersectorielles utiles à l'avancement des travaux en lien avec le développement des communautés ;
- soutient l'élaboration d'outils et d'activités de formation à l'intention des gestionnaires et des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux ;
- appuie l'avancement des connaissances et leur application dans les milieux en soutenant des travaux de recherche et d'évaluation qui portent, notamment, sur la définition d'indicateurs de développement des communautés, la participation citoyenne et l'acquisition de compétences individuelles et collectives.

## **Le développement des communautés et l'offre de services de santé publique : des distinctions utiles**

En santé publique, le développement des communautés comme approche globale se distingue de la mobilisation sociale visant l'atteinte d'objectifs précis et ciblés. L'implantation d'activités spécifiques inscrites dans le programme national requiert fréquemment des partenariats intersectoriels et la mobilisation des membres visés dans la communauté. La mise en place du volet communautaire des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, des activités de prévention des ITSS ou de l'approche École en santé en est un exemple. Dans cette perspective, la mobilisation de la communauté est entreprise par les professionnels de la santé ou du milieu scolaire. Quoiqu'elle soit nécessaire, cette mobilisation ne relève pas de la même logique que celle préconisée par le développement des communautés, ne vise pas les mêmes objectifs et n'entraîne pas la même construction de liens sociaux. Cependant, il se peut qu'une mobilisation destinée à répondre à des besoins d'activités planifiées rejoigne les préoccupations et priorités des membres de la communauté. Pour créer un dynamisme dans le milieu, ajuster une activité ciblée aux caractéristiques du milieu en la transformant en projet communautaire pourrait alors s'avérer fort intéressant. En ce sens, les acteurs locaux et les citoyens seront plus sensibilisés et plus intéressés à s'investir, et seront en mesure d'assurer la poursuite à long terme du projet en y intégrant des objectifs et des activités qui n'étaient pas prévus au départ.

## Le dynamisme local et l'action transversale

Le développement des communautés s'inscrit dans un processus global, intégrateur et transversal dont les enjeux engagent les citoyens dans une longue aventure de développement collectif. La participation citoyenne est d'ailleurs reconnue comme la pierre angulaire des changements favorables et durables. Le caractère transversal du développement des communautés renvoie à une dynamique de collaboration qui place le citoyen au centre des préoccupations et des actions, tout en sollicitant également les acteurs du milieu. La transversalité rappelle donc que la stratégie se situe au croisement de plusieurs intérêts, de plusieurs approches, de multiples connaissances, d'enjeux et de secteurs d'activité locaux souvent liés aux paliers régional et national. Cette multiplicité d'acteurs et de déterminants sont présents et activent les milieux<sup>154</sup>. Les tables de concertation devraient pouvoir être un lieu de rencontre pour établir la cohésion des partenaires et rendre cohérents les multiples projets ou interventions en fonction de la participation citoyenne et du bien commun de la population.

Pour le secteur de la santé et des services sociaux, orienté vers l'atteinte de résultats mesurables, il peut être contraignant de soutenir des pratiques qui nécessitent espaces, temps et ressources, et qui sont basées sur des références multiples, différentes, parfois intuitives et souvent innovatrices. Dans une approche de soutien au développement des communautés, les acteurs du réseau socio-sanitaire pourraient être amenés à travailler dans des domaines de développement qui ne les concernent pas directement. Par exemple, ils pourraient être sollicités pour s'impliquer dans un projet lié aux moyens de transport. Leur implication dans ce projet serait alors souhaitable, car ils contribueraient à soutenir le dynamisme du milieu et assureraient la création de liens sociaux favorables à l'amélioration des connaissances et de la santé collective.

Par ailleurs, des stratégies particulières, telles que l'adoption et l'application de politiques publiques locales et l'intégration de communications adaptées au contexte participatif et actif de la communauté, alimentent le dynamisme de développement d'une communauté. Ces stratégies confèrent un meilleur ancrage et davantage de cohérence à l'ensemble des forces que se reconnaît la communauté elle-même.

Actuellement, la concertation intersectorielle est, plus souvent qu'autrement, utilisée pour rassembler les institutions et organismes importants d'un territoire donné. Dans les faits, on constate que, pour diverses raisons, les citoyens et certains groupes actifs dans les milieux n'arrivent pas toujours à se faire une place dans une telle démarche, ce qui limite l'impact que les décisions et actions pourraient avoir sur le pouvoir d'agir individuel et collectif<sup>155</sup>.

## La transformation du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les enjeux liés au développement des communautés

Le développement des communautés n'est pas une approche exclusive aux intervenants de la santé publique. Les acteurs des autres secteurs d'activité sont également visés. Ils ont, eux aussi, exploré ou défini des stratégies globales, fondées sur des partenariats locaux plus larges. Les gestionnaires et les intervenants locaux du réseau de la santé et des services sociaux représentent pour eux des partenaires importants. Tous doivent tirer profit du travail intersectoriel afin de favoriser le développement local et ses effets positifs sur la santé et le bien-être de la population.

Par ailleurs, le soutien financier, même modeste, accordé aux acteurs du palier local du réseau par les décideurs des paliers régional et national est un moyen très apprécié de partager les responsabilités entre les trois niveaux d'intervention. Cumulées, ces contributions financières génèrent des retombées locales qui peuvent en multiplier plusieurs fois la valeur.



La création des CSSS, nés de la fusion de plusieurs établissements, occasionne des changements majeurs. Cette réorganisation, réalisée dans le but d'offrir des services meilleurs, plus accessibles et mieux coordonnés, a entraîné des modifications significatives aux rôles et responsabilités des établissements. L'élaboration du projet clinique et la mise en place des réseaux locaux de services amènent une redéfinition des frontières entre le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que ses partenaires communautaires et intersectoriels<sup>156</sup>. L'élaboration du projet clinique prend appui, rappelons-le, sur deux principes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. En vertu de la responsabilité populationnelle, les CSSS sont amenés à réaliser une analyse exhaustive des besoins de la population, à favoriser un partage des responsabilités pour la prestation de services et à agir sur l'ensemble des déterminants de la santé. Une telle démarche repose sur la mobilisation du milieu local.

Les conférences régionales des élus, les conseils régionaux de l'environnement ou les bureaux régionaux des ministères établissent régulièrement des partenariats avec les agences de la santé et des services sociaux. Toutefois, il paraît difficile d'intégrer des représentants des citoyens dans une telle démarche intersectorielle. Il faut pourtant surmonter cette difficulté afin d'éviter le clivage entre les acteurs institutionnels du développement et les citoyens. Les forums de la population représentent certes une voie intéressante, mais d'autres mécanismes pourraient être instaurés afin de favoriser la participation des citoyens à la prise de décision<sup>157</sup>.

## Quand le milieu s'organise !

Une multitude d'exemples de développement communautaire jalonne l'évolution récente du Québec. On n'a qu'à penser à toutes les initiatives promues et soutenues par les CLSC au cours de leurs 35 ans d'histoire. Ces initiatives ont porté sur une multitude de thèmes : les besoins des aînés, l'exode des jeunes des régions éloignées, les femmes, les familles, la petite enfance, la lutte contre la pauvreté et la violence, les garderies à contribution réduite, etc.

Deux exemples récents sont fournis par les communautés d'Asbestos et de Magog, qui ont fait des efforts considérables afin de contrer les effets négatifs des pertes d'emploi massives. Dans chaque communauté, une table de concertation a été créée pour organiser la relance économique, reclasser la main-d'œuvre et répondre aux besoins psycho-

sociaux de la population. Un bottin des ressources a été remis aux personnes touchées par les pertes d'emploi, et un guide de l'aidant a été distribué aux organismes du milieu et à différents commerces. Ceux-ci sont devenus des agents multiplicateurs. L'esprit de solidarité s'est traduit par un rapprochement important des acteurs du milieu, sociaux et économiques, qui reconnaissent la nécessité de créer des passerelles. La MRC des Sources (Asbestos) a adopté une politique de développement social. À Magog, des travaux conjoints impliquant le milieu municipal se poursuivent.

Toutes les expériences naissent des besoins des milieux. Elles se traduisent souvent par des innovations, dont certaines sont à l'origine de programmes publics destinés à l'ensemble de la population<sup>158</sup>.

## Réseau québécois de Villes et Villages en santé

Le développement des communautés peut revêtir diverses formes. L'une d'entre elles, l'approche du Réseau québécois de Villes et Villages en santé, invite les décideurs municipaux à prendre en compte la santé de leur population et à travailler en partenariat avec des acteurs locaux et des citoyens dans

le cadre de projets concrets. Le Réseau québécois de Villes et Villages en santé compte plusieurs réalisations au cours des 20 dernières années : à Rouyn-Noranda, dans le quartier Saint-Michel, à Montréal-Nord, à Beauport, à Verdun et dans plusieurs autres villes et villages<sup>159</sup>.

## Vélos en ville

Depuis deux ans, les résidents du secteur de Buckingham, à Gatineau, ont accès à quelque 150 vélos pour leurs déplacements. Ce sont de jeunes adolescents, de concert avec la maison des jeunes du secteur, la corporation de développement communautaire, la Ville de Gatineau et le CSSS, qui ont mené à bien ce projet. L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais a, quant à elle, contribué financièrement à sa réalisation grâce à son fonds de développement social.

Les vélos communautaires sont garés dans cinq points de service. Ils sont entretenus régulièrement par une entreprise d'économie sociale ; deux emplois pour des jeunes ont ainsi été créés. Les vélos proviennent de dons de la population et des services de police de Gatineau. Non seulement facilitent-ils les déplacements, mais ils favorisent l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie.

## SOUTENIR L'ACTION INTERSECTORIELLE FAVORABLE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

La société est un univers complexe. Une diversité d'acteurs, en constante interaction, y mènent une multitude d'activités. L'État, qui est largement impliqué dans l'organisation de la vie collective, délimite des «secteurs», définis comme des ensembles d'activités, d'institutions et d'acteurs de nature variée (publique, privée ou associative), qui évoluent à l'intérieur de limites reconnues. Ces limites sont établies à partir de règles (lois, règlements, formation accréditée, pratiques légitimes, etc.) et de ressources (budgets, connaissances spécialisées, revues et journaux, etc.) pour finalement délimiter un espace social plus ou moins cohérent<sup>160</sup>. Cette sectorisation est nécessaire pour que les acteurs publics et leurs partenaires puissent agir efficacement sur diverses problématiques sociales. Toutefois, certaines de ces problématiques se décomposent en plusieurs dimensions et débordent largement les frontières de l'intervention sectorielle. Dans ces cas, il devient nécessaire de développer une vision globale, ou intersectorielle, pour mettre ensemble toutes les pièces nécessaires, regrouper les ressources et les expertises requises.

Le constat fait maintenant l'unanimité : plusieurs des moyens connus pour agir sur la santé et le bien-être de la population débordent le champ d'action strict du secteur des services de santé et des services sociaux<sup>161</sup>. La promotion de la santé et la prévention de nombreux problèmes requièrent donc l'engagement et la participation des acteurs de plusieurs secteurs d'activité.

L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être emprunte les diverses formes d'interventions publiques (lois et règlements, programmes, projets ponctuels, etc.) qui ont cours dans tous les secteurs d'activité et à différents niveaux<sup>162</sup>. Ces interventions visent l'action sur les déterminants de la santé qu'il est possible de modifier, à savoir les comportements des personnes et les conditions dans lesquelles elles vivent, travaillent et interagissent quotidiennement.

### Une définition des politiques publiques saines

[Traduction] « Les politiques publiques saines améliorent les conditions de vie des personnes : elles créent des milieux et favorisent des modes de vie sécuritaires, adéquats et durables, et couvrent des aspects tels que le logement, l'éducation,

l'alimentation, l'accès à l'information, les soins aux enfants, les transports et les services de santé et les services sociaux. La pertinence d'une politique peut être évaluée en fonction de son impact sur la santé de la population<sup>163</sup>. »

### Les conditions de réussite

L'action intersectorielle résulte d'un processus au cours duquel des acteurs issus de plusieurs secteurs s'unissent pour agir sur une situation complexe qu'ils ne peuvent maîtriser seuls. Compte tenu du fait que son développement peut prendre diverses formes, l'action intersectorielle ne suit pas un modèle unique. En fait, elle se définit de façon graduelle en s'appuyant sur les possibilités particulières propres à un milieu donné.

L'action intersectorielle est souvent perçue comme le produit d'une démarche de planification et d'organisation, caractérisée par la concertation et l'établissement de partenariats, qui est réalisée dans le but de mieux coordonner les interventions et les services offerts à la population. Une telle vision administrative est pourtant peu susceptible de favoriser l'innovation si elle repose sur un cadre rigide et l'interprétation stricte des mandats de chaque acteur. Par contre, la démarche devient mobilisatrice et propice à l'innovation lorsque l'on mise sur la souplesse et que l'on valorise la réflexion commune sur les problématiques, les personnes touchées et le renouvellement des pratiques. D'autres fois, l'action intersectorielle peut prendre appui sur les réseaux informels, qui viennent compléter avantageusement les démarches formelles de collaboration.

Dans tous les cas, le succès de l'action intersectorielle repose sur quelques facteurs clés<sup>164</sup>.

### **LES COMPÉTENCES INDIVIDUELLES**

Les compétences individuelles jouent un rôle important parce qu'elles influencent directement la qualité des relations entre les partenaires. Les personnes qui possèdent une expérience personnelle et professionnelle diversifiée présentent habituellement certaines capacités qui les rendent particulièrement habiles à conjuguer les ressources de plusieurs secteurs d'activité. Ces capacités et qualités sont :

- l'engagement envers la population et les diverses clientèles ;
- la reconnaissance de l'expertise des autres secteurs ;
- une vision stratégique et l'aptitude à saisir les occasions ;
- la flexibilité ;
- le goût du défi, la volonté de repousser les limites ;
- la créativité et l'ouverture à la transformation des pratiques ;
- la persévérance.

### **LES CONDITIONS STRUCTURELLES**

Au-delà des habiletés individuelles, l'environnement organisationnel est une donnée importante. Les institutions, organismes ou réseaux impliqués, les ressources variées qu'ils possèdent (connaissances et habiletés professionnelles, budgets et ressources matérielles) ainsi que les règles qui les gouvernent sont des éléments structurels qui peuvent soutenir ou entraver l'élaboration et la mise en œuvre des projets intersectoriels.

Voici les principales conditions structurelles favorables à l'action intersectorielle :

- l'appui des décideurs politiques et administratifs aux divers paliers d'intervention. Grâce à leur position d'autorité, les décideurs peuvent assouplir les structures en place afin d'établir des ponts entre les secteurs ;
- la création de liens permettant aux partenaires de communiquer sur une base régulière, de s'entraider et de développer des rapports de complicité ;
- l'adaptation des règles administratives (par exemple, ententes de collaboration, redéfinition des tâches des partenaires, modes d'allocation des ressources, etc.) ;
- le volume des ressources accordé pour la conception et la réalisation des initiatives intersectorielles ;
- les modalités de délibération et de prise de décision qui favorisent des rapports égaux entre les partenaires.

La réussite de l'action intersectorielle repose ultimement sur la mobilisation et l'engagement continu des acteurs impliqués. Aucun des acteurs ne peut imposer ses objectifs ou ses façons de faire ; l'apport de tous est essentiel, à toutes les étapes. Les projets de collaboration doivent miser sur les compétences de chacun et être réalisés pour le bien de tous.

## La contribution des acteurs de santé publique<sup>165</sup>

Le soutien des acteurs de santé publique au développement de l'action intersectorielle peut être envisagé selon deux axes : horizontal et vertical<sup>166</sup>. L'axe horizontal réfère aux liens créés entre les intervenants de santé publique et leurs partenaires des autres secteurs d'activité du même palier d'intervention. L'axe vertical, lui, renvoie à la synergie établie entre les trois paliers décisionnels du réseau de la santé et des services sociaux dans le but d'encourager et de faciliter les initiatives intersectorielles à chacun des paliers.

Au palier local, les CSSS :

- favorisent une vision intersectorielle des problèmes sociaux et des problèmes de santé au sein des forums locaux, tels que les conseils d'arrondissement, les conseils municipaux, les MRC et les autres regroupements intersectoriels réunissant des acteurs institutionnels et des représentants des milieux socioéconomiques ;
- influencent les politiques locales et, le cas échéant, y contribuent afin qu'elles soient favorables à la santé et au bien-être (par exemple, soutien aux communautés rurales, aménagement du territoire, développement économique local, sécurité publique, transport collectif, gestion des matières résiduelles, accès au logement, offre d'activités sportives et d'activités de loisir, vie communautaire et cohésion sociale) ;
- peuvent soutenir l'évaluation d'impact sur la santé des politiques locales définies dans d'autres secteurs d'activité ;
- s'impliquent dans les réseaux formels et informels qui réunissent les acteurs clés de la communauté ;
- maintiennent une bonne connaissance des dynamiques locales et veillent à saisir les nouvelles occasions de collaboration ;
- participent à des projets de recherche et à l'évaluation des processus et des retombées des actions intersectorielles réalisées à l'échelle locale.

Au palier régional, les agences de la santé et des services sociaux :

- favorisent une vision intersectorielle des problèmes sociaux et des problèmes de santé au sein des forums régionaux, tels que les conférences régionales des élus et les autres regroupements intersectoriels réunissant des acteurs institutionnels et des représentants des milieux socioéconomiques ;
- influencent les politiques régionales et, le cas échéant, y contribuent afin qu'elles soient favorables à la santé et au bien-être (par exemple, aménagement du territoire, diversification de l'économie régionale et création d'emplois, soutien à la relève et à l'immigration, transport intermunicipal, adaptation des services publics aux besoins de la population régionale) ;
- peuvent soutenir l'évaluation d'impact sur la santé des politiques régionales définies dans d'autres secteurs d'activité ;
- s'impliquent dans les réseaux formels et informels qui réunissent les acteurs clés de la région ;
- maintiennent une bonne connaissance des dynamiques régionales et veillent à saisir les nouvelles occasions de collaboration ;
- participent à des projets de recherche et à l'évaluation des processus et des retombées des actions intersectorielles réalisées à l'échelle régionale ;
- accompagnent les CSSS de leur région dans la réalisation d'actions intersectorielles locales par divers moyens, par exemple, le soutien financier accordé aux projets issus des communautés, l'accès à une expertise appropriée, la formation et la diffusion d'outils, l'organisation d'activités de réseautage ou encore l'évaluation des processus et des retombées des initiatives intersectorielles locales.

## L'action intersectorielle et la loi

### La Loi sur la santé publique

L'article 53 spécifie notamment que les acteurs de santé publique, chacun à leur niveau d'intervention (national, régional et local), peuvent favoriser la concertation entre les intervenants issus de différents secteurs et promouvoir l'adoption de politiques publiques saines.

L'article 54 renforce le rôle du ministre de la Santé et des Services sociaux. D'une part, cette disposition rappelle que le ministre est d'office le conseiller du gouvernement en matière de santé publique; il peut donner tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. D'autre part, les ministères et organismes publics ont maintenant l'obligation de le consulter lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population.

### La Loi sur les services de santé et les services sociaux

L'article 100 précise que les CSSS, en tant qu'instances centrales des réseaux locaux de services, doivent susciter et animer les collaborations avec les autres intervenants du milieu en vue d'agir sur les déterminants de la santé et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population.

L'article 353 indique que l'agence de la santé et des services sociaux fait la promotion d'activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population, et collabore à leur mise en œuvre avec les autres organismes de la région, notamment les municipalités, les directions régionales des ministères et des organismes gouvernementaux, les établissements du réseau de l'éducation et de l'enseignement supérieur, les services de garde, les organismes communautaires à vocation régionale et les organismes socioéconomiques.

Au palier national, le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- favorise une vision intersectorielle des problèmes sociaux et des problèmes de santé au sein des diverses structures interministérielles ;
- influence les politiques ministérielles et gouvernementales, et, le cas échéant, y contribue, afin qu'elles soient favorables à la santé et au bien-être (par exemple, accès à l'éducation, lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, normes du travail, soutien aux familles, protection de l'environnement, appui à l'action communautaire, promotion de la diversité culturelle) ;
- soutient les ministères et organismes publics dans le cadre de l'évaluation d'impact sur la santé des lois et règlements, conformément à la Loi sur la santé publique (article 54), en leur offrant de la formation, des outils d'analyse et l'accès à une expertise pertinente ;
- s'implique dans les réseaux formels et informels qui réunissent les acteurs clés des ministères et organismes publics ;
- se tient informé des principaux dossiers et des enjeux considérés par les autres ministères et organismes publics, et veille à saisir les nouvelles occasions de collaboration ;
- appuie le développement et le transfert des connaissances relatives aux problèmes sociaux et aux problèmes de santé, à leurs déterminants et aux voies d'action efficaces ou prometteuses en s'associant à des réseaux d'intérêt plus larges réunissant des décideurs, des planificateurs, des intervenants et des chercheurs (par exemple, projets de recherche, incluant la recherche évaluative, congrès et colloques, ateliers de formation) ;
- facilite les actions intersectorielles réalisées aux niveaux régional et local par des ententes de collaboration interministérielles, des modes de financement variés et d'autres formes de soutien.

## L'action intersectorielle : une stratégie indispensable pour améliorer la santé et le bien-être

Globalement, l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être implique l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques saines dans tous les secteurs d'activité et à tous les niveaux décisionnels. Elle prend forme à travers plusieurs activités inscrites au *Programme national de santé publique 2003-2012* qui nécessitent une collaboration étroite entre les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que leurs partenaires intersectoriels. Cette collaboration vise tant la définition des orientations politiques que la contribution aux interventions ou aux services qui en découlent.

Par ailleurs, au-delà de l'offre de services planifiée, cette stratégie accompagne les efforts de mobilisation et d'organisation des milieux locaux dans une perspective de développement des communautés, efforts auxquels participent les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Toutes ces formes d'action intersectorielle se combinent à l'intérieur du programme pour enrichir les pratiques de santé publique et, par conséquent, contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

### L'approche École en santé

Reconnaissant la pertinence de l'action intersectorielle pour mieux répondre aux besoins des jeunes, le ministère de la Santé et des Services sociaux de même que le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport concluaient, en mars 2003, une nouvelle entente de complémentarité des services entre leurs réseaux respectifs<sup>167</sup>. Parmi les engagements de cette entente, les deux ministères convenaient de soutenir, aux paliers national, régional et local, le développement et l'implantation d'une intervention globale et concertée en prévention et en promotion de la santé et du bien-être, à partir de l'école, dorénavant appelée approche École en santé<sup>168</sup>.

Dans le but d'améliorer la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes, cette approche introduit de nouvelles façons de faire tant pour les gestionnaires et les intervenants du milieu de l'éducation que pour ceux du secteur de la santé et des services sociaux. Plusieurs éléments favorisent le renouvellement des pratiques. Parmi ceux-ci, mentionnons les récentes réformes menées dans les deux réseaux, réformes qui convergent vers un plus grand partage des responsabilités entre la famille, l'école, le CSSS et les autres partenaires de la communauté. Les effets de synergie largement documentés entre la santé et la réussite éducative des jeunes démontrent également les bienfaits d'une action intersectorielle plus soutenue. Il est clairement prouvé que l'éducation contribue au maintien de la santé et que la santé préserve les conditions nécessaires à l'apprentissage.

Ainsi, les deux réseaux partagent la même préoccupation : accroître, par une approche globale et concertée, l'efficacité des actions de promotion et de prévention auprès des jeunes en milieu scolaire. L'ensemble des experts, des gestionnaires et des intervenants déplorent le fait qu'un grand nombre d'activités abordent, de façon isolée, une foule de problèmes ou de thèmes spécifiques, alors que les solutions se recoupent autour des facteurs clés du développement des jeunes. De l'avis de tous, une meilleure intégration des interventions s'impose, visant à la fois les jeunes, la famille, l'école et la communauté.

Pour donner sa pleine mesure, l'approche École en santé doit reposer sur des conditions facilitantes. La présence d'un leadership bien ancré, d'abord au niveau national, ensuite aux paliers régional et local, est un atout de premier plan pour assurer la cohérence et la continuité des actions. L'engagement des gestionnaires est donc déterminant pour mobiliser les intervenants et favoriser le renouvellement des pratiques. À cette fin, diverses stratégies d'accompagnement, qui requièrent temps et ressources, sont essentielles. D'une part, ces stratégies sont essentielles pour favoriser l'appropriation d'une démarche et d'outils traduisant les recommandations des experts de l'éducation et de la santé ; d'autre part, elles sont nécessaires pour assurer la pérennité des nouvelles pratiques adoptées.



## La prévention du VIH-sida, du VHC et des autres ITS en milieu carcéral

Les infections par le VIH-sida, le VHC et les autres ITS sont souvent associées, chez les populations particulièrement touchées, à d'autres problèmes physiques et psychosociaux. La solution dépasse donc la promotion de comportements sécuritaires auprès d'un groupe cible et le traitement des ITSS. Elle fait appel à plusieurs acteurs issus de différents secteurs d'activité en vue d'une action commune auprès des groupes vulnérables pour modifier leur environnement et ainsi permettre des pratiques plus sécuritaires face aux ITSS. Telle est l'orientation promue par la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*<sup>69</sup>.

Les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, dont l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec, participent activement aux travaux de concertation menés au niveau national, avec le ministère de la Sécurité publique et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ainsi qu'aux niveaux régional et local, avec des centres de détention et des commissions scolaires. Ces démarches ont donné lieu à des ententes de partenariat pour un meilleur accès aux services préventifs et à la réalisation d'activités conjointes. Si, dans l'ensemble, ces travaux ont eu des retombées positives, les actions amorcées demeurent fragiles et doivent être consolidées.

De façon plus spécifique, le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont intensifié leur collaboration afin de répondre aux besoins particuliers des personnes détenues qui présentent des risques élevés d'être infectées par des ITSS. Un plan d'action, élaboré par les deux ministères, a été adopté par le ministère de la Sécurité publique et mis en œuvre de 1998 à 2002<sup>70</sup>. Diverses actions ont été réalisées, comme la formation des agents correctionnels sur l'approche de réduction des méfaits et la distribution d'outils de sensibilisation aux personnes détenues quant aux comportements à risque associés à l'usage de drogues, au tatouage et au perçage. Enfin, l'offre de services de dépistage des ITSS a pu être bonifiée, même si l'accès plus général aux services de santé demeure problématique.

Les défis restent importants, car les acteurs impliqués ont des approches et une culture organisationnelle différentes. Les deux ministères travaillent actuellement à la révision du plan d'action, et des discussions ont cours sur l'inclusion de nouveaux programmes considérés comme efficaces.

## PROMOUVOIR ET SOUTENIR LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

L'une des finalités du *Programme national de santé publique 2003-2012* est de renforcer la prévention au sein même du réseau de la santé et des services sociaux, ce qui implique le déploiement d'un ensemble d'actions préventives, individuelles et collectives. Une des stratégies privilégiée consiste à promouvoir et à soutenir les pratiques cliniques préventives auprès des cliniciens. Cette stratégie permet d'intégrer la prévention dans les activités quotidiennes des professionnels de la santé qui offrent des soins et des services de première ligne. L'adoption de pratiques cliniques préventives est reconnue comme un levier très efficace pour agir en amont des problèmes de santé évitables et, ainsi, réduire la morbidité et la mortalité. La mobilisation des organisations professionnelles (fédérations, ordres, associations et regroupements influents) de même que des autres acteurs visés s'avère nécessaire au déploiement de cette stratégie et au renforcement de la prévention dans le système de santé et de services sociaux.

La consolidation des services de première ligne, avec la création des CSSS et le déploiement des groupes de médecine de famille, fournit une occasion privilégiée aux intervenants de santé publique de mieux soutenir les cliniciens de première ligne, de les accompagner, de les outiller.

## Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives<sup>171</sup>

Les pratiques cliniques préventives regroupent un ensemble d'interventions efficaces de natures diverses : counselling sur les habitudes de vie, dépistage ou détection de cas de certaines maladies ou facteurs de risque, immunisation et chimioprophylaxie (prescription d'une médication à visée préventive). D'un point de vue populationnel, l'intégration de telles pratiques dans l'intervention des professionnels de la santé doit être encouragée et soutenue en raison des effets qu'elles peuvent avoir sur l'amélioration de l'état de santé de la population.

Les pratiques cliniques préventives retenues dans le programme national sont des mesures dont l'efficacité est reconnue par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ou le groupe d'étude américain U. S. Preventive Services Task Force. Il importe ici d'établir une nette distinction entre l'identification la plus précoce possible des personnes présentant divers symptômes d'un problème ainsi que le dépistage, opportuniste ou systématique, qui consiste à déceler un problème chez des personnes asymptomatiques<sup>xxxiii</sup>.

Les cliniciens de première ligne occupent une position privilégiée étant donné l'influence qu'ils ont sur la décision de leurs patients d'adopter des comportements bénéfiques pour leur santé. Les médecins, tout particulièrement, jouent un rôle central dans les activités de dépistage et de chimioprophylaxie. Ils sont aussi des acteurs importants pour l'immunisation et le counselling préventif. Or, chaque année au Québec, 70 % de la population consulte un médecin en cabinet privé (rémunéré à l'acte), pour une moyenne de près de quatre visites par personne. Parmi les personnes de 65 ans et plus, environ 90 % consultent un médecin au moins une fois par année.

Bien que la perception des patients et des cliniciens à l'égard de la prévention soit positive et que l'efficacité des pratiques cliniques préventives soit démontrée, leur intégration dans la pratique courante des professionnels de la santé reste un défi. Les cliniciens disent ne pas avoir la formation, les outils ou les ressources nécessaires ; ils jugent que leurs patients ne sont pas réceptifs ou encore qu'ils résistent ; ils ne se sentent pas efficaces et considèrent qu'ils n'ont pas le temps dans le contexte actuel (pénurie de médecins, multiples demandes des patients, vieillissement et alourdissement de la clientèle) ; ils trouvent enfin la rémunération de ces activités insuffisante. D'autres professionnels de la santé considèrent que ce n'est pas leur rôle de prévenir la maladie ; ils n'intègrent pas eux-mêmes, dans leur quotidien, les comportements préventifs, ne connaissent pas les guides de pratique, les trouvent peu crédibles, inadaptés à leur pratique ou même contradictoires.

Il est prouvé que l'appropriation des connaissances par les cliniciens améliore la quantité et la qualité des pratiques préventives. Aussi, la seule production de guides de pratique ou de recommandations est loin d'être suffisante. Il faut amener les cliniciens à intégrer l'information et les soutenir dans l'implantation ou l'optimisation de pratiques préventives, au quotidien.

## L'intégration des pratiques cliniques préventives<sup>172</sup>

Les moyens les plus fréquemment utilisés pour promouvoir les pratiques cliniques préventives découlent d'une approche éducative, axée sur l'amélioration des connaissances des cliniciens et des patients : ateliers de formation, diffusion de guides de pratique, de bulletins d'information, distribution d'outils. Cependant, d'autres stratégies se révèlent davantage efficaces pour amener les professionnels de la santé à mieux intégrer la prévention dans leur pratique quotidienne. Ce sont :

- les systèmes de rappel visant les cliniciens ;
- les équipes d'amélioration de la qualité des soins ;
- le système de bureau sur mesure - facilitation ;
- les interventions visant le patient ;
- les interventions multifacettes.

xxxiii. Il est à noter qu'un programme de dépistage se caractérise par un cadre normatif qui décrit notamment les objectifs poursuivis, les activités à réaliser et les normes à respecter. Des ressources sont consenties pour assurer le respect du cadre normatif. En l'absence de cadre normatif, il s'agit d'un dépistage dit *opportuniste*. Dans ce cas, l'offre du dépistage repose sur le professionnel. Des mesures comme des guides de pratique ou des activités de rappel peuvent soutenir le professionnel. Des normes peuvent aussi exister, par exemple pour des examens de laboratoire, mais il n'y a pas de normes régissant tous les aspects du dépistage (analyse *a priori* des mesures de dépistage par la Direction de la prévention clinique et de la biovigilance du Ministère, novembre 2007).

Ces moyens d'action présentent certaines caractéristiques communes : ils visent à la fois l'individu et l'organisation du travail ; ils tiennent compte des contraintes et des éléments qui facilitent le changement ; ils misent sur un soutien continu lors de la démarche d'intégration de pratiques préventives.

Par ailleurs, il est prouvé qu'une combinaison de plusieurs moyens, qui agissent sur les différents déterminants de la pratique (l'organisation, le clinicien et le patient), améliore encore les chances de succès ; une telle combinaison permet de lever simultanément plusieurs barrières liées à la prestation des services préventifs.

Enfin, des éléments ressortent comme des conditions de réussite à l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques, tout particulièrement :

- la motivation des milieux : miser sur l'attitude positive des membres du milieu face à la prévention et tenir compte des éléments qui peuvent être conducteurs de changement (présence d'un leader local, objectifs de changement de pratique qui concordent avec les priorités du milieu, etc.) ;
- l'accompagnement des milieux : travailler avec les professionnels du milieu pour les soutenir tout au long de leur démarche de changement de pratique ;
- la flexibilité de l'intervention : tenir compte des caractéristiques propres à chaque milieu et adapter l'intervention selon l'analyse des barrières, des besoins, des ressources disponibles, de la structure organisationnelle, etc. ;
- l'intensité de l'intervention : revenir à la charge à plusieurs reprises, avec plusieurs outils et auprès de l'ensemble du personnel d'un même milieu ;
- la continuité de l'intervention : implanter l'intervention sur une période de temps soutenue et assurer sa pérennité ;
- l'inclusion de changement organisationnel dans l'intervention : aller au-delà du simple transfert de connaissances en créant un environnement favorisant la prestation de services préventifs.

## **Les rôles et responsabilités<sup>173</sup>**

Les directions de santé publique ont la responsabilité, de concert avec leurs partenaires locaux, de soutenir les milieux cliniques dans l'intégration ou l'optimisation de pratiques cliniques préventives. Pour ce faire, elles planifient une offre de services qui s'adresse aux cliniciens de première ligne et assurent sa mise en œuvre. Cette offre est le résultat d'un exercice de planification régionale et locale. Elle pourra varier selon les ressources disponibles et les priorités inscrites dans le plan d'action régional et les plans d'action locaux. Elle continuera d'évoluer avec l'élaboration des projets cliniques.

Les milieux cliniques pourront choisir parmi les pratiques cliniques préventives privilégiées dans l'offre de services celles qu'ils jugent les plus appropriées. Les acteurs régionaux et locaux pourront accompagner les milieux cliniques comme consultants. Ce soutien peut se traduire, à titre d'exemple, par de l'information sur la population du territoire, la diffusion des connaissances sur les pratiques les plus efficaces, la production d'outils pour favoriser l'intégration de ces pratiques dans leurs activités quotidiennes, une offre de formation et la mise en place d'un processus d'évaluation et de rétroaction.

Le palier central apportera lui aussi sa nécessaire contribution, qui prendra les formes suivantes : la production d'avis sur les pratiques préventives et les moyens efficaces de les promouvoir et de favoriser leur intégration ; le soutien à la diffusion de l'information et à la collaboration inter-régionale sur ces pratiques ; la collaboration avec les ordres professionnels pour développer ces pratiques. Outre son rôle de coordination de la mise en œuvre de cette stratégie du programme, le Ministère examinera la pertinence de mettre en place de nouveaux incitatifs financiers pour favoriser l'intégration de ces pratiques.

## LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES À PROMOUVOIR ET À SOUTENIR

Les pratiques cliniques préventives retenues guideront l'élaboration d'une offre de services en prévention clinique destinée aux cliniciens de première ligne. Ces derniers sont encouragés à promouvoir les comportements sains, à offrir du counselling, à dépister des problèmes encore asymptomatiques ainsi qu'à déceler certains facteurs de risque ou les premiers signes de problèmes de santé et de problèmes sociaux.

### Développement, adaptation et intégration sociale

- Recommandation de la prise d'une dose d'acide folique par les femmes en âge de procréer.
- Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes.
- Counselling en matière d'allaitement maternel.
- Recommandation aux familles défavorisées de bénéficier de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, et orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces.
- Counselling sur l'activité sexuelle et les méthodes de contraception auprès des adolescents actifs sexuellement.
- Dépistage de la dépression chez les personnes âgées et les adultes, particulièrement les femmes enceintes et les femmes en postnatal, et référence aux services diagnostiques, de traitement ou de suivi.
- Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool.
- Recherche de cas de violence conjugale chez les adultes.
- Recherche de cas d'abus et de négligence dont seraient victimes les personnes âgées<sup>xxxiv</sup>.

### Habitudes de vie et maladies chroniques

- Counselling en faveur d'une saine alimentation.
- Counselling concernant l'abandon du tabagisme.
- Recommandation d'une pratique régulière d'activité physique.
- Counselling sur l'utilisation optimale de fluorure dans la prévention de la carie dentaire.
- Counselling concernant la consommation d'aliments cariogènes chez les personnes à risque élevé de carie dentaire.
- Application sélective d'agents de scellement des puits et fissures sur les molaires permanentes chez les enfants de 5 à 15 ans.
- Dépistage des maladies chroniques suivantes chez les adultes et les personnes âgées, et prise en charge des personnes atteintes :
  - dépistage du cancer du sein : recommandation, par les médecins, d'offrir aux femmes âgées de 50 à 69 ans de participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein ;
  - dépistage du cancer du col (par le test de Papanicolaou) ;
  - dépistage de l'hypertension artérielle ;
  - dépistage de l'ostéoporose.

### Traumatismes non intentionnels

- Évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque vivant à domicile.

### Maladies infectieuses

- Dépistage de la rubéole chez les femmes enceintes.
- Dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et des autres ITS auprès des femmes enceintes.
- Dépistage des ITSS et interventions préventives (counselling, vaccination et traitement) auprès des personnes à risque, des personnes atteintes et de leurs partenaires<sup>xxxv</sup>.

xxxiv. Un outil nommé EASI - Index de soupçon de maltraitance chez les personnes âgées a été mis au point au Québec par une équipe de l'Hôpital St. Mary, du CLSC René-Cassin et de l'Université McGill. L'outil a été validé par l'OMS dans huit pays. Il pourrait être utile pour soutenir les cliniciens dans la détection des situations d'abus et de négligence auprès des personnes âgées.

xxxv. En lien avec la mise en œuvre des recommandations du programme Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et auprès de leurs partenaires.

## Bien communiquer pour mieux agir

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une stratégie proprement dite, les activités de communication constituent l'un des moyens d'action privilégiés en santé publique tant au niveau national qu'aux paliers régional et local<sup>174</sup>. Combinées aux autres stratégies et utilisées de façon judicieuse, ces activités permettent d'informer et de sensibiliser des populations cibles, des décideurs ou des membres d'une communauté à un problème ou une question de santé publique. Elles favorisent également l'acquisition de connaissances, la modification d'attitudes, de croyances et de valeurs, l'adoption et le maintien de comportements de même que, ultimement avec l'évolution des mentalités ou la pression populaire, l'émergence de politiques publiques favorables à la santé.

Au fil des ans, les acteurs de santé publique ont eu recours à plusieurs reprises à des activités de communication. Ce moyen reste tout à fait indiqué pour la suite du programme. Les activités de communication prendront deux formes :

- les campagnes de communication ;
- l'information sur l'état de santé de la population.

### Les campagnes de communication<sup>175</sup>

Les campagnes de communication permettent de diffuser un message à un large public. Parmi les conditions de succès de ces campagnes, on note les éléments suivants :

- définir un thème qui est d'intérêt ou qui devrait l'être ;
- procéder à une analyse et à des études pour bien cerner la problématique ;
- formuler des objectifs mesurables ;
- déterminer la clientèle cible et bien la connaître ;
- convenir de la spécificité du message ;
- choisir les supports de communication adéquats ;
- diffuser les messages au groupe cible fréquemment et uniformément pendant une période déterminée ;
- mesurer les retombées et ajuster la stratégie pour recadrer la campagne au besoin.

Pour générer des retombées significatives sur l'état de santé de la population, les campagnes de communication sont plus efficaces lorsqu'elles sont accompagnées d'autres activités de communication, soit de relations de presse et d'événements publics et communautaires, et quand elles sont associées

à d'autres stratégies sur le terrain. Les campagnes de communication seules sont certes éclatantes et remarquées, mais elles se heurtent aux habitudes de vie profondément ancrées et remettent bien souvent en cause des comportements souvent associés au plaisir. Qui plus est, les théories du changement comportemental ont démontré que la dimension cognitive, c'est-à-dire par exemple le fait de savoir que le tabagisme est nocif pour la santé, n'est pas suffisante pour entraîner la cessation d'une mauvaise habitude. Une série de facteurs, associés à différentes conditions, concourent à amener un changement comportemental favorable à la santé. En conséquence, les campagnes de communication doivent être complétées par des activités régionales et locales, pour lesquelles seront mobilisés les membres des communautés et qui favoriseront l'offre d'environnements favorables à l'adoption et au maintien de comportements plus sains. En faisant converger plusieurs actions de communication, en répétant les messages, en tenant compte des perceptions et de la capacité de compréhension des groupes ciblés, on crée un climat propice à l'intégration des connaissances et des valeurs pour un changement de comportements.

D'ici 2012, plusieurs thèmes recevront une attention particulière :

- Habitudes de vie et maladies chroniques :
  - l'acquisition de saines habitudes de vie, dont la saine alimentation, la pratique régulière d'activités physiques, le non-usage du tabac et la santé bucco-dentaire ;
  - le dépistage du cancer du sein.
- Développement, adaptation et intégration sociale :
  - le développement sain et les habiletés personnelles et sociales chez les enfants et les adolescents ;
  - la santé mentale, la violence conjugale, les jeux de hasard et d'argent chez les adultes ;
  - la consommation inappropriée de médicaments, les abus et la négligence chez les personnes âgées.
- Maladies infectieuses :
  - l'adoption de comportements préventifs et le dépistage des ITSS, notamment chez les personnes vulnérables socialement ;
  - la prévention des infections nosocomiales.

### L'information sur l'état de santé de la population<sup>176</sup>

La Loi sur la santé publique précise certaines dispositions pour que le ministre et les directeurs de santé publique assurent, à travers la fonction de surveillance, la production et la diffusion, à l'intention de la population, des intervenants et des décideurs, d'une information utile sur l'évolution de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Parmi les moyens d'information fréquemment utilisés, on trouve, entre autres, les rapports sur l'état de santé de la population ou sur des problématiques particulières ainsi que les avis de santé publique.

#### LES RAPPORTS NATIONAL ET RÉGIONAUX DE SANTÉ PUBLIQUE

Le rapport national et les rapports régionaux de santé publique informent le public et les partenaires sur la situation et l'évolution de la santé et du bien-être de la population. Ils précisent aussi les meilleurs moyens pour améliorer la santé et le bien-être. Ils permettent de dresser un bilan de santé et de mettre en relief les problèmes afin de mobiliser les divers acteurs sociaux.

Trois rapports nationaux ont été publiés depuis 2003. Le premier, paru en 2005 et intitulé *Produire la santé*, visait entre autres à fournir les clés pour que la population québécoise puisse jouir d'une meilleure santé, en décrivant les problèmes évitables les plus criants et, surtout, en indiquant des voies à suivre pour mieux les prévenir. Le deuxième, publié en 2006 et intitulé *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006*, fournit des statistiques à l'échelle du Québec et de chacune des régions. Enfin, le plus récent, *Riche de tous nos enfants - La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, rendu public en 2007, mesure les inégalités chez les jeunes, aussi bien sur le plan de la santé physique que sur celui du développement et de l'adaptation sociale. Les directions de santé publique ont également produit des rapports portant sur différents thèmes : le suicide, le transport urbain, la santé des jeunes enfants, etc.

#### LA DIFFUSION D'AVIS DE SANTÉ PUBLIQUE

Les avis de santé publique servent à documenter le risque que présente un problème donné et son impact sur la santé de la population. Les avis sont toujours fondés sur des connaissances scientifiques ; ils fournissent un éclairage aux décideurs, aux professionnels ou encore à la population en vue d'une prise de décision.

Qu'il s'agisse d'un simple communiqué pour avertir les professionnels de la santé et les voyageurs de la présence d'un virus dans une zone touristique, d'un document destiné au gouvernement au sujet d'une politique publique en cours d'élaboration ou bien d'un mémoire présenté en commission parlementaire, l'avis de santé publique est une prise de position officielle fondée sur les connaissances. Les recommandations quant aux orientations à privilégier et aux mesures à prendre qui y sont formulées reposent sur une analyse rigoureuse des meilleures données disponibles.

Au cours des dernières années, l'INSPQ et les directions de santé publique ont diffusé des avis sur divers sujets : la ventilation des bâtiments d'habitation, l'effet de l'utilisation du téléphone cellulaire au volant sur la conduite automobile, les appareils de loterie vidéo, la sécurité dans les piscines résidentielles et publiques, etc.





## **QUATRIÈME PARTIE**

La mise en œuvre  
du programme national  
pour la période 2008-2012

Les fondements de la transformation récente du réseau de la santé et des services sociaux incitent les acteurs visés à travailler ensemble pour inscrire la prévention dans les continuums de services et mener des actions intersectorielles en vue de mieux agir sur les déterminants de la santé. L'offre de services de santé publique et les stratégies d'action, présentées au chapitre précédent, viennent appuyer cette orientation fondamentale.

La poursuite de la mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012* repose sur les possibilités offertes par la transformation du réseau et l'exercice de la responsabilité populationnelle ainsi que sur les conditions de réussite suivantes :

- la mise à profit des approches de santé publique pour la planification sociosanitaire à l'échelle nationale ou régionale et pour l'élaboration du projet clinique au palier local ;
- le maintien et le renforcement de la collaboration entre les trois paliers d'intervention en santé publique pour maximiser le potentiel de la nouvelle gouverne ;
- la capacité renforcée de la fonction de surveillance dans l'ensemble du Québec et l'optimisation de sa contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population ;
- l'évolution des leviers administratifs et des mécanismes de suivi, à tous les paliers du réseau de la santé publique, en vue de saisir les occasions qui s'offrent ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de soutien au maintien et au développement des compétences ainsi qu'au développement de la recherche en santé publique.

Ce sont là des conditions essentielles à remplir si l'on veut vraiment agir en amont des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux, tant au sein du réseau de la santé et des services sociaux que dans les autres secteurs.

## LA PLANIFICATION SOCIOSANITAIRE ET LES SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

La planification des services de santé publique ne pourra contribuer de façon optimale à l'amélioration de la santé de la population que si elle est bien ancrée dans l'ensemble des activités du réseau de la santé et des services sociaux : cette condition était énoncée, déjà en 2003, dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*. Il est donc essentiel que les orientations du programme national et des plans d'action régionaux et locaux soient intégrées dans les exercices de planification stratégique nationale ou régionale ainsi que dans le projet clinique. Cette démarche prend tout son sens quand on sait que tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ont la responsabilité de prévenir les problèmes, comme le stipule la législation qui encadre l'activité du système public. Prévenir, traiter, soutenir : telles sont les trois grandes fonctions du système. Or, prévenir est précisément l'objet du programme national, des plans d'action régionaux et des plans d'action locaux.

### La planification en santé publique : des obligations légales qui demeurent<sup>i</sup>

La poursuite du programme national s'appuie sur le partage des responsabilités entre les trois paliers du système de santé et de services sociaux, en conformité avec la Loi sur la santé publique et la Loi sur les services de santé et les services sociaux<sup>177</sup>.

À l'échelle nationale, le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de mettre à jour le programme et d'en assurer la coordination nationale et interrégionale. Le ministre doit, de plus, s'assurer que les activités portant sur la santé en milieu de travail sont planifiées de concert avec la CSST.

i. Ce qui suit ne constitue pas un relevé exhaustif des responsabilités relatives au *Programme national de santé publique 2003-2012* et à l'exercice des fonctions de santé publique.

De son côté, l'agence de la santé et des services sociaux, de concert notamment avec les CSSS de son territoire, évalue, met à jour et assure la mise en œuvre d'un plan d'action régional qui est conforme aux orientations du programme national et qui est élaboré en fonction des particularités de la population du territoire. Ce plan prévoit des activités offertes non seulement par le réseau de la santé publique, mais également par d'autres intervenants. Avant sa mise en œuvre, l'agence consulte le Forum de la population et les différents intervenants visés. Enfin, elle dépose son plan auprès du ministre et en confie la gestion au directeur de santé publique<sup>178</sup>.

Pour sa part, le CSSS évalue, met à jour et assure la mise en œuvre d'un plan d'action local préparé selon les particularités de sa population et conforme aux orientations du programme national et du plan d'action régional. Le plan d'action local est réalisé avec les partenaires visés du territoire : municipalités, organismes communautaires, professionnels en cabinet privé, etc. Le CSSS dépose son plan d'action auprès de l'agence avant sa mise en œuvre.

Ainsi, au-delà des obligations légales, la mise en œuvre du programme national et des plans d'action en santé publique repose sur des rapports efficaces entre les acteurs touchés par la prévention. Ces rapports guident leurs actions et les incitent à recourir à des approches novatrices qui permettent le dépassement des frontières organisationnelles et professionnelles<sup>179</sup>.

### **La mise à jour des plans d'action régionaux et locaux : une occasion de participation élargie des acteurs visés par la prévention**

La mise à jour du plan d'action régional et du plan d'action local, qui découle de la mise à jour du programme national, représente une étape cruciale. D'une part, elle vise à assurer la cohérence des interventions en santé publique tout en permettant la prise en compte des particularités régionales et locales. D'autre part, elle permet une meilleure intégration des services de santé publique dans la gamme des services offerts sur chaque territoire local. En clair, la mise à jour des plans d'action devrait permettre :

- l'adaptation des orientations nationales aux particularités régionales et locales à travers des modes de collaboration convenus entre les acteurs régionaux et locaux de santé publique ;
- l'intégration de l'offre locale de services de santé publique, sous la responsabilité du CSSS, à l'intérieur du projet clinique.

La mise à jour des plans d'action est bien davantage qu'un exercice administratif. Elle rend possible la mobilisation de tous les acteurs visés et permet de concrétiser la notion de responsabilité populationnelle relativement à la santé et au bien-être. La mobilisation des acteurs, quant à elle, permet l'élargissement des perspectives d'intervention sur les déterminants de la santé et le déploiement de diverses contributions. À ce sujet, rappelons que la mobilisation à l'égard de la stratégie d'action intersectorielle et celle de développement des communautés permet la réunion, pour des projets communs, de partenaires tels que les élus municipaux et les autres acteurs du développement social, économique et durable.

Lors de la mise à jour des plans d'action, le moment est donc propice pour convenir des approches de planification à privilégier et des collaborations à établir aux paliers régional et local. La mise à jour est aussi l'occasion pour les acteurs de définir des objectifs et des priorités de manière à donner une place structurante à la prévention dans les continuums de services, les services de première ligne et les activités des autres secteurs. Enfin, la planification régionale ou locale en santé publique doit être vue comme un exercice efficace de concertation, qui permet notamment la mise en place de mécanismes de suivi afin d'assurer la pérennité des collaborations.

## DES LEVIERS POUR LA MISE EN ŒUVRE

Au-delà des obligations légales rattachées à la planification en santé publique, d'autres conditions sont essentielles à l'intégration de la prévention à l'intérieur des continuums de services. Ces conditions découlent des façons de faire et de travailler ensemble. Les acteurs ont notamment à se donner une vision commune du rôle de la prévention dans l'amélioration de l'efficience ainsi que dans la recherche de l'équité et de la justice sociale.

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* propose une telle vision. Plus qu'un simple document, c'est un cadre porteur pour l'action. Aussi, au-delà des responsabilités officielles rattachées aux plans d'action régionaux et locaux, les acteurs de santé publique ont, d'une part, un leadership à exercer à leur palier respectif pour partager leur vision, mobiliser, réunir, agir. D'autre part, pour y parvenir, ils doivent miser sur l'ensemble des leviers d'action dont ils disposent comme membres du réseau de la santé et des services sociaux.

### La responsabilité populationnelle

La Loi sur les services de santé et les services sociaux étend à l'ensemble des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux la responsabilité d'agir sur les déterminants de la santé et, à cet égard, d'établir les collaborations requises. Pour ce faire, le projet clinique, sous la gouverne du CSSS, doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales. Il doit de plus respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus.

De façon particulière, le projet clinique comprend les éléments suivants<sup>180</sup>, dont la plupart sont explicitement inclus dans le plan d'action local :

- les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci ;
- les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ;
- l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population par une gamme de services généraux, incluant des services de prévention et, selon leur disponibilité, des services spécialisés et surspécialisés ;
- les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires du réseau local de services.

L'expertise en santé publique permet de soutenir les décideurs (gestionnaires et intervenants) dans la planification de leurs activités, selon une perspective populationnelle, au sein du réseau de la santé et des services sociaux en lien avec les autres secteurs d'activité. Ainsi, la surveillance continue de l'état de santé de la population permet notamment la détermination des problèmes prioritaires ou émergents dans la population en général et dans certains sous-groupes. Il est alors possible d'élaborer ou d'adapter des politiques, des programmes et des services ou encore de déployer les interventions requises<sup>181</sup>.

## Les rôles et responsabilités en santé publique

La poursuite de la mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012* favorise l'exercice de la responsabilité populationnelle en contribuant au renforcement des interventions préventives. Cet aspect a un impact sur les rôles et responsabilités des acteurs de santé publique. À chacun des trois paliers d'intervention, les acteurs de santé publique sont responsables de :

- faire connaître aux acteurs touchés par la prévention les orientations en santé publique et les avancées en matière de prévention ;
- soutenir les décideurs par un transfert de connaissances tant au regard de l'état de santé des populations que relativement aux interventions efficaces pour améliorer la santé ;
- inclure des activités de prévention dans l'offre des soins et des services de santé, notamment par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives auprès des cliniciens ;
- se concerter avec les acteurs du secteur des soins et des services, particulièrement pour la consolidation des services de première ligne ;
- mettre à profit et faire évoluer les processus structurants pour la mise en œuvre, tels que les planifications, l'allocation des ressources et la reddition de comptes ;
- créer des alliances, notamment entre décideurs, et entretenir les partenariats pour l'élaboration et le suivi de projets menés en action intersectorielle et en développement des communautés.

Chaque palier exerce par ailleurs des responsabilités particulières.

### LE MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine les orientations en santé et services sociaux, alloue les ressources financières et convient des résultats attendus par la signature des ententes de gestion. En lien avec la mise en œuvre du programme national plus particulièrement, la Direction générale de la santé publique précise les priorités du secteur et assure la production de cadres de référence, si nécessaire, pour la mise en œuvre de ces priorités. Sur le plan des outils de gestion ministériels, la Direction générale de la santé publique participe au processus d'allocation des ressources ainsi qu'à l'évolution des ententes de gestion pour s'assurer que les dynamiques d'intervention et les particularités régionales en santé publique y sont considérées. À l'échelle ministérielle, on doit poursuivre les efforts pour assurer la cohérence des orientations ministérielles et des planifications de manière à inscrire la prévention à l'intérieur des programmes-services. Enfin, le Ministère contribue à la coordination et à la concertation au sein du système de santé et de services sociaux ainsi qu'à l'établissement de partenariats essentiels à l'action intersectorielle.

### L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Conformément à sa loi constitutive, l'INSPQ soutient le ministre de la Santé et des Services sociaux, les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités, en rendant disponibles son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage. Plus explicitement, l'INSPQ a entre autres pour mission : de contribuer au développement, à la mise à jour, à la diffusion et à la mise en application des connaissances dans le domaine de la santé publique ; d'évaluer les effets des politiques sur la santé et le bien-être de la population ; de contribuer, en collaboration avec les universités et les ordres professionnels visés, au maintien et au développement des compétences en santé publique par des activités de formation continue ; de développer ou de favoriser la recherche et l'innovation en santé publique, en collaboration avec les différents organismes de recherche. Parmi les autres clientèles de l'Institut figurent d'autres ministères et organismes ainsi que les milieux autochtones.

## L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les agences occupent une position stratégique dans la mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Elles traduisent, à l'échelle régionale, les orientations nationales et contribuent à promouvoir la prévention auprès des acteurs locaux et des partenaires intersectoriels au moyen, entre autres, des activités de représentation auprès des secteurs visés.

De plus, les perspectives qu'offrent la responsabilité populationnelle et l'ouverture sur l'intersectorialité soulèvent l'importance du développement, par des moyens déterminés régionalement, des aspects suivants :

- le soutien aux CSSS par une coordination régionale et locale de même qu'un partage structuré de l'information permettant de convenir des actions prioritaires, des stratégies d'implantation et de mise en œuvre des activités de santé publique ainsi que des suivis complémentaires à la reddition de comptes ;
- la mise à profit de l'expertise par la diffusion des résultats de surveillance sous une forme adaptée aux décideurs visés et utile pour la planification des services appropriés ;
- la diffusion des pratiques prometteuses en matière d'intersectorialité auprès des acteurs visés et des milieux d'intervention.

Compte tenu, d'une part, de leurs responsabilités en matière de gestion du plan d'action régional et, d'autre part, des responsabilités locales en prévention, les directions de santé publique doivent soutenir l'appropriation des objectifs de prévention par les acteurs locaux et les partenaires intersectoriels. Pour remplir ce rôle d'accompagnement, elles doivent privilégier, entre autres, la formation et le transfert de connaissances sur :

- les orientations, les objectifs et les activités de santé publique ;
- les stratégies de planification, d'implantation et de mise en œuvre des activités ;
- les approches stratégiques utiles à l'établissement de partenariats.

Enfin, étant donné leurs contributions aux nouvelles fonctions locales en santé publique, les directions de santé publique doivent connaître les dynamiques et les capacités à l'échelle des CSSS. En somme, il s'agit pour elles de développer une vision stratégique de la mise en œuvre des orientations en santé publique en fonction de l'environnement interne et externe du réseau de la santé et des services sociaux.

## LE CSSS

La transformation du réseau a entraîné une nouvelle manière de penser la gouvernance des établissements locaux<sup>182</sup> : au sein des CSSS notamment, les instances doivent se mobiliser à l'égard de préoccupations telles que l'amélioration de l'état de santé de la population, l'accès aux services et la continuité des services, l'interdisciplinarité et l'intersectorialité, la dynamique interorganisationnelle, la circulation de l'information et du savoir, l'évaluation et le suivi des résultats<sup>183</sup>. Ces préoccupations, étroitement associées au renforcement de la prévention et à la gestion du plan d'action local de santé publique, doivent imprégner la nouvelle gouvernance.

La désignation d'un gestionnaire responsable du plan d'action local à l'intérieur du CSSS est, rappelons-le, une condition essentielle pour l'inclusion d'activités de prévention dans le projet clinique et, conséquemment, dans les continuums de services. Toutefois, le renforcement de la prévention implique d'abord et avant tout l'engagement des autorités du CSSS pour l'action en amont des problèmes et la mobilisation des partenaires intersectoriels.



## Les nouvelles pratiques en surveillance

Les fins de la surveillance continue de l'état de santé de la population sont précisées dans la Loi sur la santé publique. La fonction de surveillance aide non seulement à la mise en œuvre du programme, mais aussi à la prise de décision pour l'amélioration de la santé. Lors de l'élaboration du *Plan commun de surveillance 2004-2007*, une nécessité est apparue : les mandataires devaient se donner une vision partagée et intégrée du développement de la fonction dans une perspective de moyen et de long terme.

En effet, plusieurs facteurs ont plaidé en faveur de l'adaptation et de l'évolution des pratiques de surveillance. Plus particulièrement, les nouvelles responsabilités confiées aux CSSS au regard de la santé de la population et des déterminants ont vite fait ressortir l'importance pour les acteurs de la surveillance d'établir des partenariats plus étroits avec ces utilisateurs de premier plan. L'exercice de la responsabilité populationnelle se traduit en effet par une demande accrue d'information et de données de plus en plus fines, délivrées en temps opportun. Ces données sont essentielles pour la bonne gestion de l'offre de services.

Cette vision partagée de la fonction de surveillance a pris forme dans le *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec*<sup>184</sup>. Ce document présente des orientations et des objectifs qui visent à renforcer la capacité de surveillance dans l'ensemble du Québec et à optimiser sa contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population. Les responsables de la fonction de surveillance ont déjà franchi des étapes importantes dans l'adaptation de leurs pratiques, notamment avec la mise en place de nouveaux mécanismes comme l'Infocentre de santé publique. D'autres étapes marquantes suivront au cours des prochaines années, notamment pour améliorer les stratégies de diffusion des résultats de surveillance et pour renforcer les pratiques de collaboration, de concertation et de partenariat.

La mise en œuvre des plans de surveillance régionaux et national de même que le renforcement progressif de la fonction devraient permettre le soutien optimal non seulement de la mise en œuvre et de l'évolution du *Programme national de santé publique 2003-2012* ainsi que des plans d'action régionaux et locaux, mais aussi de la planification et de la prise de décision dans tous les milieux visés.

## La coordination et la concertation en santé publique

Depuis plusieurs années, le développement et la consolidation du réseau québécois de la santé publique s'appuient sur des mécanismes de collaboration qui réunissent les acteurs les plus directement touchés par les enjeux du secteur. Au palier national, la coordination et la concertation impliquent les directions de santé publique, le Ministère et l'INSPQ. Aux niveaux régional et local, les formes de collaboration varient en fonction des particularités de chaque milieu et des façons de faire qui y ont été adoptées au fil des ans. À chacun des paliers, les mécanismes de collaboration permettent la cohérence entre les orientations et les pratiques, particulièrement lors de changements majeurs.

### LES MÉCANISMES ACTUELS

À l'échelle nationale, la Table de coordination nationale de santé publique (TCNSP) est le mécanisme que le Ministère se donne pour coordonner le programme national. La TCNSP a pour mandat de soutenir la coordination des dossiers de santé publique par l'échange d'information pertinente et la mise à profit de l'expertise ; elle vise expressément à harmoniser les pratiques et les décisions nationales en santé publique.

Dans une perspective de concertation, des tables nationales sont organisées selon des domaines d'intervention ou encore des fonctions de santé publique<sup>ii</sup>. Ces tables possèdent un mandat d'expertise et soutiennent la prise de décision ainsi que la mise en œuvre des orientations nationales et régionales. La TCNSP est chargée d'assurer l'harmonisation et la complémentarité des mandats et des travaux des différentes tables nationales de concertation.

Ces mécanismes sont, pour la plupart, tripartites (Ministère, agences, INSPQ).

À l'échelle régionale, la coordination et la concertation en santé publique prennent diverses formes. Les mécanismes en place sont en lien avec l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux selon des modalités variables. Ces mécanismes sont essentiels pour faciliter les processus de gestion en santé publique en interface avec les responsables des autres programmes-services, les acteurs locaux et les partenaires intersectoriels. À l'intérieur de l'agence, la Direction de santé publique a pour rôle d'assurer la cohérence entre les plans d'action régional et locaux, les programmes-services et les priorités du réseau.

Les directions de santé publique sont régulièrement en lien avec les responsables locaux de santé publique, au sein des CSSS, pour assurer un suivi cohérent de la mise en œuvre des plans d'action tout en favorisant les arrimages requis au projet clinique. À cet effet, des mécanismes d'échange sont en place dans plusieurs régions. Enfin, certaines directions de santé publique participent, sur invitation des CSSS, à la concertation locale entre acteurs communautaires, municipaux, scolaires et autres.

La cohérence entre les plans d'action régional et locaux est d'autant plus importante que les responsabilités du CSSS et le projet clinique figurent parmi les leviers majeurs de la mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Le renforcement de la coordination et de la concertation régionales et locales constitue un enjeu important pour le développement de la prévention au Québec.

### DES PERSPECTIVES D'AVENIR

Étant donné les nouvelles responsabilités locales en matière de prévention, les pratiques de concertation en santé publique doivent être adaptées, par le décloisonnement des secteurs d'activité, la transversalité des interventions, l'intégration des processus de gestion (incluant les activités de planification), la plus grande autonomie décisionnelle des acteurs locaux ainsi qu'une plus grande ouverture sur l'action intersectorielle.

Des ajustements ont certes été apportés aux mécanismes de coordination et de concertation ces dernières années. Toutefois, l'ampleur des changements dans l'environnement exige une réflexion de fond sur l'adaptation des mécanismes aux nouvelles conditions de mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Des pistes pour cette réflexion ressortent des travaux d'évaluation :

ii. Ces tables sont les suivantes : Table de concertation nationale en promotion et en prévention, Table de concertation nationale en santé au travail, Table de concertation nationale en maladies infectieuses, Table de concertation nationale en santé environnementale et Table de concertation nationale en surveillance.

Au niveau national :

- revoir le mandat des tables de concertation ainsi que leur fonctionnement dans une perspective d'efficacité et de cohérence ;
- clarifier la contribution de chacun des partenaires (Ministère, INSPQ, agences) selon leur mission respective prévue par la Loi sur la santé publique et la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec<sup>185</sup> ;
- proposer les ajustements requis pour tenir compte des conditions de mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012* ;
- offrir aux partenaires nationaux, régionaux et locaux des occasions d'échanges sur les défis et les perspectives offerts par la mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012*.

Aux niveaux régional et local :

- consolider les mécanismes de suivi du plan d'action régional et des plans d'action locaux ;
- adopter des approches novatrices de concertation favorables à l'intégration de la prévention dans les continuums de services ;
- susciter la participation des partenaires intersectoriels à la concertation régionale et locale en prévention.

## Les leviers administratifs

Les programmes-services, l'allocation des ressources et la reddition de comptes sont des leviers majeurs. Ils ont été adaptés avec la transformation récente du réseau et ils continueront d'évoluer au cours des prochaines années, afin de toujours mieux prendre en compte les pratiques de santé publique ainsi que les dynamiques régionales et locales d'organisation des services.

### LES PROGRAMMES-SERVICES

Les programmes-services ont été constitués, rappelons-le, pour assurer la continuité des services dans la perspective de l'usager, pour faire en sorte que celui-ci puisse circuler au sein du système selon ses besoins sans qu'il y ait rupture. Les programmes-services permettent ainsi de réseauter les intervenants, d'organiser les services en continuum (services de première ligne, services spécialisés, services ultraspécialisés), indépendamment des frontières institutionnelles ou professionnelles.

À l'échelle locale, plus particulièrement, l'essentiel est que le projet clinique tienne compte des interfaces existantes entre les programmes-services, sans égard au découpage. Par là, le projet clinique vise à assurer une continuité et une intégration des services au moyen d'actions coordonnées et concertées.

### L'ALLOCATION DES RESSOURCES

La référence au *Programme national de santé publique 2003-2012* à l'intérieur du processus d'allocation des ressources financières a permis l'élaboration d'un indicateur de besoin établi en fonction des coûts normés, soit les coûts requis pour la réalisation de chacune des activités prévues au programme<sup>186</sup>. Si les coûts normés se sont d'abord imposés pour assurer l'équité inter-régionale, leur pertinence comme outil de gestion stratégique devient de plus en plus évidente.

Il existe actuellement un écart relativement substantiel entre les sommes requises, soit 300 M\$ selon les coûts normés, et les dépenses réelles du programme-services Santé publique. L'écart touche essentiellement les services offerts au palier local. Dans les années à venir, il sera crucial de s'assurer du maintien et de l'évolution des investissements en prévention vu l'évolution de certaines maladies et problèmes psychosociaux évitables. Des stratégies complémentaires doivent être déployées pour favoriser à la fois la réallocation intraprogramme, la réallocation interprogrammes et l'ajout de nouvelles sommes (budget de développement).

Les autorités de santé publique, à chaque palier, peuvent s'appuyer sur le processus d'allocation des ressources et les coûts normés pour soutenir le développement de la prévention. Le suivi des dépenses réalisées dans ce secteur est essentiel.

#### LA REDDITION DE COMPTES ET LES ENTENTES DE GESTION

En santé publique, la gestion par résultats favorise, de manière importante, l'implantation des activités considérées comme prioritaires. Par ailleurs, l'expérience des dernières années montre que le maintien de liens étroits entre les plans stratégiques, les ententes de gestion et le processus d'allocation des ressources se révèle crucial. En effet, la détermination des grands enjeux et des cibles prioritaires ainsi que l'utilisation de l'information sur les coûts normés en santé publique permettent aux gestionnaires des trois paliers d'établir les engagements à prendre en santé publique, selon la capacité financière du secteur et les besoins financiers.

Enfin, les cibles et les indicateurs de suivi devraient évoluer vers une perspective plus globale pour inclure des attentes au regard de la responsabilité populationnelle et des nouvelles pratiques. Cela permettrait la mesure des résultats obtenus sur les plans, entre autres, du partenariat, de l'interdisciplinarité et de l'interface entre les lignes de services<sup>187</sup>. À cet égard, la transformation du réseau de la santé et des services sociaux devrait susciter la définition de cibles d'action prioritaires permettant le suivi des arrimages entre le plan d'action régional, les plans d'action locaux et le projet clinique.

#### DES FONCTIONS DE SOUTIEN À L'ÉVOLUTION DU PROGRAMME

La poursuite de la mise à jour du *Programme national de santé publique 2003-2012* met en évidence l'importance du soutien au développement des connaissances et à la modification des pratiques pour une action plus efficace en santé et services sociaux, d'une part, et, d'autre part, pour renforcer l'action collective sur les déterminants de la santé. Au cœur de ces deux objectifs se trouvent la recherche et l'innovation ainsi que le développement et le maintien des compétences.

##### La recherche et l'innovation

L'avancement des connaissances sur les déterminants de la santé et sur l'efficacité des interventions favorise l'amélioration des pratiques et la prise de décision<sup>188</sup>. La recherche en santé publique comprend des activités de recherche appliquée, des revues systématiques ou encore des synthèses de connaissances. À cet effet, une attention particulière doit être portée aux activités d'appropriation des résultats de recherche par les décideurs, les gestionnaires et les intervenants visés par le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Un bilan est récemment venu définir les limites du champ de la recherche en santé publique à l'intérieur du secteur plus large de la recherche sociale en santé<sup>189</sup>. Les constats suivants se dégagent de ce bilan :

- une fragmentation du financement de la recherche en santé publique qui se traduit par une proportion élevée de projets à budget modeste, laissant entrevoir la difficulté pour ce secteur de se donner des projets d'envergure ;
- un cloisonnement des activités de recherche en santé publique, lesquelles sont concentrées sur des thèmes et des domaines d'intervention déjà très couverts ;
- un déficit d'intégration des connaissances produites à l'intérieur du champ de la santé publique ;
- un investissement important consenti aux programmes de bourses pour la formation des futurs et des jeunes chercheurs, un aspect essentiel devant être certainement maintenu et renforcé.

Ces constats témoignent de la nécessité de structurer et de soutenir davantage la recherche en santé publique pour répondre aux besoins du Ministère et de son réseau. Ces constats indiquent aussi l'importance d'un meilleur équilibre entre les priorités stratégiques liées à la mise en œuvre et à l'évolution du *Programme national de santé publique 2003-2012*, le milieu de la recherche et les organismes subventionnaires.

## L'ENVIRONNEMENT

Le contexte de la production de la recherche en santé publique connaît, depuis une dizaine d'années, de profonds changements : restructuration des organismes subventionnaires, au fédéral et au provincial, augmentation récente des investissements publics et, conséquemment, des attentes en matière de retombées économiques et sociales de la recherche publique. La transformation du réseau de la santé et des services sociaux de même que la mise à jour du *Programme national de santé publique 2003-2012* constituent d'autres éléments à prendre en considération.

Dans ce contexte, les acteurs adoptent des orientations et des stratégies qui cadrent avec de tels changements.

### *Le Ministère*

Le *Plan stratégique 2005-2010* du ministère de la Santé et des Services sociaux détermine des priorités d'action qui touchent la recherche en santé publique. De plus, le Ministère et son réseau soutiennent financièrement des activités de recherche, notamment avec le Programme de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être ainsi que le Programme de subventions en santé publique<sup>iii</sup>.

Par ailleurs, une politique ministérielle de la recherche est actuellement en élaboration. Les orientations qui en découleront favoriseront le développement d'une culture d'innovation au sein du Ministère et de son réseau.

### *L'Institut national de santé publique du Québec*

L'INSPQ contribue au développement et à la mise à profit des connaissances en santé publique pour ce qui est, entre autres, des différents domaines d'intervention du *Programme national de santé publique 2003-2012* ainsi que de l'impact des politiques publiques et de l'organisation des services sur la santé. De plus, l'INSPQ établit des liens avec différentes organisations engagées dans le secteur de la recherche, à l'échelle tant canadienne qu'internationale, de manière à favoriser la coopération et l'échange de connaissances en santé publique. La recherche constitue l'une des trois grandes orientations de l'INSPQ et représente un levier important pour l'évolution de sa planification stratégique.

iii. Les orientations du Programme de subventions en santé publique visent le développement de l'expertise en promotion de la santé et en prévention par le financement d'études et d'évaluations.

### *La mission universitaire dans les établissements de santé et de services sociaux*

La recherche sociale en santé est en partie réalisée à l'intérieur des centres affiliés universitaires (CAU), qui répondent, entre autres, aux besoins d'expertise des instances locales<sup>190</sup>. Les missions CLSC désignées CAU - le CLSC est maintenant partie intégrante du CSSS - bénéficient d'un contexte organisationnel propice à l'ancrage des connaissances en santé publique dans les pratiques et les processus décisionnels. La désignation CAU est une occasion prometteuse de faire de la recherche interdisciplinaire un levier d'action pour l'exercice de la responsabilité populationnelle tout en élargissant les possibilités d'accueil de futurs chercheurs. Rappelons que six CSSS ont actuellement une désignation CAU pour leur mission CLSC.

### *La Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation (2006)*

La *Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation*, soutenue par le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, propose un financement additionnel en recherche publique. Cette stratégie mise, entre autres, sur l'excellence de la recherche ainsi que la valorisation et le transfert des connaissances. La création de masses critiques de chercheurs et la consolidation de la capacité de recherche dans les régions figurent également parmi ses objectifs. Une part du financement est, par ailleurs, dédiée à la formation de la relève.

### *Le projet Perspectives Science-Technologie-Société du Conseil de la science et de la technologie*

Le Conseil de la science et de la technologie est un organisme consultatif qui relève actuellement du ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation. Par son projet Perspectives Science-Technologie-Société, le Conseil a permis la définition de sept grands défis socioéconomiques auxquels la science et la technologie peuvent apporter une contribution significative. Pour chacun de ces sept défis, une stratégie de développement de la recherche est ou sera rendue publique. Ainsi, quatre premières stratégies ont fait l'objet de publications récentes. L'une de ces stratégies porte sur les habitudes de vie, alors que les autres se rapportent à l'efficacité du système de santé, à la lutte contre la pauvreté et aux énergies nouvelles et renouvelables<sup>191</sup>.

Les travaux réalisés en lien avec les sept défis ont fait ressortir le caractère nécessairement transversal de ces derniers, par les approches, les modes d'intervention et les partenariats qu'ils suscitent. À cet effet, les stratégies précitées définissent les conditions permettant un meilleur arrimage du contexte de production de la recherche aux besoins des utilisateurs.

### *Les organismes subventionnaires québécois*

Le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) est le principal bailleur de fonds de la recherche en santé. Les grands axes prioritaires de son *Plan stratégique 2007-2010*, et plusieurs thématiques qui les traversent, peuvent concerner le champ de la santé publique :

- la santé mentale ;
- le vieillissement et la perte d'autonomie ;
- le cancer ;
- les MCV, le diabète et l'obésité ;
- d'autres thématiques transversales telles que la santé des Autochtones, l'organisation des soins et la prévention.

Le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) est l'une des principales sources de financement de la recherche en sciences sociales, en sciences humaines, en arts et en lettres. Les domaines couverts ont une portée transversale, en lien étroit avec les politiques publiques ou encore les innovations organisationnelles. Le FQRSC accorde aussi la priorité aux enjeux intersectoriels tels que la prévention, les phénomènes démographiques, le vieillissement et la santé mentale.



Dans la foulée de la *Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation*, les organismes subventionnaires québécois partagent une préoccupation commune : accroître les retombées de la recherche financée pour l'amélioration des pratiques, notamment en santé publique et en soins de santé. On y reconnaît l'importance du soutien à apporter à la recherche multidisciplinaire en milieu de pratique ainsi qu'à la valorisation et au transfert de connaissances vers les organisations, incluant les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

La programmation des organismes subventionnaires québécois est généralement complémentaire à l'offre fédérale de financement, notamment celle des Instituts de recherche en santé du Canada.

#### *Le Réseau de recherche en santé des populations du Québec*

Financé par le FRSQ, le Réseau de recherche en santé des populations du Québec assure le développement de la recherche dans son domaine et soutient la formation des chercheurs en santé des populations. Il a notamment comme mandat de sensibiliser les chercheurs et les utilisateurs de la recherche (décideurs, gestionnaires et intervenants) aux résultats des études conduites dans ce domaine. Le partage et l'utilisation des connaissances, la création d'une communauté de chercheurs en inégalités sociales de santé et le soutien à la réflexion théorique en santé des populations figurent parmi ses axes prioritaires.

#### **UNE CONJONCTURE QUI OFFRE DES OCCASIONS À SAISIR**

Le soutien au développement de la recherche en santé publique permettra au Ministère et à son réseau de répondre à des besoins liés à la poursuite de la mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012* ainsi qu'à son évolution.

La mise à jour du programme national confirme l'importance du développement des connaissances portant, entre autres, sur les interventions dans certains domaines peu couverts par la recherche ainsi que sur les problématiques en émergence. Par ailleurs, les changements dans la gouvernance constituent un terrain propice à l'avancement des connaissances sur les nouvelles pratiques qui appuient l'exercice de la responsabilité populationnelle et l'action intersectorielle.

#### **VERS UNE STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE**

Dans la période charnière actuelle, une stratégie de développement de la recherche en santé publique arrive à point nommé. Cette stratégie sera connue au cours des prochains mois. Les orientations qu'elle propose s'harmonisent avec celles de la *Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation*<sup>192</sup> et sont complémentaires à la politique ministérielle de la recherche actuellement en élaboration. Elles suscitent le partenariat entre les chercheurs et les utilisateurs potentiels de la recherche en vue d'accroître l'appropriation des résultats sur les plans de la décision, de la gestion et de la pratique professionnelle en santé publique.

La coordination des activités de recherche en santé publique et leur suivi sont des aspects importants de la stratégie. Pour ce faire, le Ministère mise sur l'expertise québécoise en matière de gestion, de production et de diffusion de la recherche en santé publique. Il s'assure, à cet effet, de la collaboration de plusieurs partenaires, dont l'INSPQ, le FQRSC et le FRSQ.

## LES ORIENTATIONS

Par sa stratégie de développement de la recherche en santé publique, le Ministère vise à :

- Soutenir le développement de recherches prioritaires susceptibles de contribuer à une meilleure compréhension des problèmes de santé de la population, des facteurs qui les déterminent et des interventions efficaces pour les prévenir.

Cette orientation réfère à la définition d'axes prioritaires de recherche en santé publique. À cet égard, certains thèmes se dégagent déjà des analyses et consultations : les inégalités sociales de santé, les politiques publiques et leur impact sur la santé, le vieillissement de la population, les résultats sur la santé et le rendement économique de la prévention ainsi que l'efficacité des actions de santé publique.

- Coordonner les efforts de recherche en santé publique de manière à soutenir la prise de décision au regard de la mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012* et de son évolution.

Il s'agit pour le Ministère de se donner un dispositif de coordination qui permette l'intégration et la consolidation des capacités en matière de recherche. La création d'alliances entre les milieux de pratique, les chercheurs et les organismes subventionnaires québécois s'avère incontournable.

- Accroître les retombées de la recherche en santé publique en misant sur le transfert des connaissances et l'appropriation des résultats par les acteurs visés.

L'appropriation des résultats par les milieux de pratique et de gestion requiert des stratégies novatrices qui permettront une meilleure adaptation de la démarche scientifique aux besoins des utilisateurs de la recherche. Cette orientation s'appuie sur les partenariats de recherche entre les chercheurs et les décideurs.

Par ailleurs, le Ministère compte favoriser l'adoption de mesures incitatives pour soutenir la relève, en collaboration avec ses partenaires, notamment les organismes subventionnaires québécois. Enfin, il déterminera des actions prioritaires avec la publication de sa stratégie.

## Le développement et le maintien des compétences

Le développement et le maintien des compétences englobent l'ensemble des activités visant à soutenir l'évolution des pratiques de gestion et d'intervention en santé publique. Cela inclut la valorisation des nouvelles connaissances et des innovations ainsi que leur transposition dans les pratiques afin d'en améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience.

Cette fonction de soutien occupe une place névralgique dans le contexte actuel où les intervenants de première ligne doivent assumer des responsabilités élargies. Par cette fonction de soutien, on vise à :

- déterminer les compétences nécessaires à la mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012* ;
- évaluer les besoins de formation des ressources qui travaillent en santé publique et élaborer un programme de formation continue, en fonction des exigences du programme national et de l'efficacité des stratégies relatives à la formation ;
- assurer l'adéquation entre les exigences du programme national et la formation de base du personnel professionnel et technique travaillant en santé publique, relativement au domaine de la santé publique ou aux disciplines connexes.

## L'ENVIRONNEMENT

Le contexte a beaucoup évolué depuis 2003. Le nouvel environnement entraîne la modification de la manière de concevoir et d'offrir la formation continue en soutien au programme national.

L'évaluation des fonctions de santé publique<sup>193</sup> a permis la détermination de pistes d'action susceptibles de renforcer le développement et le maintien des compétences en santé publique, soit :

- la mise en place d'un processus de planification des ressources humaines exerçant les fonctions de santé publique ;
- des stratégies de développement et de maintien des compétences de même que leur traduction dans des plans d'ensemble cohérents, à la fois avec les orientations ministérielles et les activités du programme national ;
- la coordination de la mise en œuvre de ces plans entre le secteur de la santé publique et celui des soins et services ainsi qu'entre les niveaux national, régional et local.

Dans le même esprit, l'INSPQ a le mandat d'élaborer, en collaboration avec les universités, les ordres professionnels visés et les acteurs du réseau, des programmations pour assurer le développement des compétences en santé publique. Ces programmations visent :

- le soutien aux décideurs, aux gestionnaires ainsi qu'aux professionnels des CSSS et des directions de santé publique en matière de développement et de maintien des compétences ;
- l'amélioration des pratiques en santé publique ;
- la collaboration entre chercheurs et décideurs pour l'amélioration de la gestion du changement.

L'*Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) en santé publique*, conçue et coordonnée par l'INSPQ, constitue un solide point d'appui. Issue d'un partenariat étendu, l'IPCDC rend accessibles aux acteurs du palier local des stratégies de développement des compétences en santé publique, de soutien à la gestion du changement, de soutien au développement des communautés et de partage des connaissances. Du fait de leur complémentarité, les projets mis sur pied dans le cadre de chacune des stratégies de l'IPCDC tendent à créer une synergie : microprogramme universitaire en santé publique, formation continue sous forme de parcours collectif d'apprentissage, par exemple, Compétences en action, groupes de réflexion pour décideurs, bureau virtuel ainsi que soutien au développement des communautés et appui aux réseaux locaux de services. La mobilisation amorcée grâce à l'IPCDC ainsi que les outils qu'elle permet de créer pour soutenir la structuration graduelle du développement des compétences en santé publique sont des atouts de taille.

L'INSPQ réalise plusieurs autres activités, souvent en collaboration, notamment :

- de nombreuses formations en lien avec le *Programme national de santé publique 2003-2012* ;
- des sessions sur des enjeux de l'heure nécessitant une mobilisation imminente (par exemple, influenza, infections nosocomiales, priorités ministérielles) ;
- des ateliers méthodologiques ;
- la mise en ligne de formations.

Parmi les autres contributions de l'INSPQ au développement des compétences, mentionnons la coordination des Journées annuelles de santé publique (JASP). Les JASP sont le fruit de nombreuses collaborations. Elles permettent aux professionnels et aux gestionnaires de partager leurs connaissances, de se mettre à niveau. Elles sont pour les participants l'occasion de prendre acte des progrès les plus récents sur les plans international, national, régional et local en santé publique. De plus, dans la programmation des JASP, une place de plus en plus grande est accordée aux thèmes de la formation et du transfert de connaissances.

Par ailleurs, le Ministère doit relever le défi du renouvellement de la main-d'œuvre. Actuellement, à l'intérieur de chaque programme-services, le processus de planification de la main-d'œuvre est revu, de façon à ce que les compétences s'harmonisent avec les emplois et les objectifs du réseau de la santé et des services sociaux, que le transfert de compétences et d'expertises (intergénérationnel) soit favorisé et que les programmes nationaux de développement de compétences soient mieux coordonnés. Cette transition offre au réseau de la santé publique l'occasion de mettre en lumière ses besoins particuliers.

### VERS UNE PLANIFICATION INTÉGRÉE

La mise à jour du *Programme national de santé publique 2003-2012* permet la définition des besoins quant aux compétences les plus susceptibles de faire la différence pour la mise en œuvre du programme et, plus largement, pour la qualité des services de santé publique. Afin que cette fonction de soutien offre sa pleine mesure et exerce un véritable effet de levier, diverses stratégies doivent être privilégiées dans la formation des gestionnaires et des professionnels, en particulier les stratégies qui misent sur l'apprentissage dans l'action (« organisations apprenantes »), par exemple :

- encourager l'innovation en gestion et les formules d'apprentissage dans l'action ;
- favoriser des formules élaborées en fonction des acquis et des ressources des gestionnaires et des intervenants sur le terrain ;
- soutenir simultanément la formation continue et la gestion du changement en santé publique.

### LES ORIENTATIONS

Des orientations sont au cœur des discussions qu'entreprennent le Ministère, les partenaires de son réseau, l'INSPQ, les établissements d'enseignement et, éventuellement, les ordres professionnels visés. Ces orientations sont les suivantes :

- Soutenir le développement du leadership et des capacités des gestionnaires régionaux et locaux à instaurer, gérer ou soutenir les changements organisationnels dont les effets structurants sont porteurs pour la mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012*.

Les programmes de formation mettront l'accent sur les situations d'apprentissage ainsi que sur le transfert des compétences et des connaissances portant sur l'évolution des rôles organisationnels et professionnels en santé publique (responsabilité populationnelle, continuum de services, exercice des fonctions essentielles et des fonctions de soutien, gestion des connaissances, etc.).

- Assurer le développement de compétences professionnelles particulières nécessaires à la poursuite du programme national et à la pérennité de l'ensemble de ses activités.

Il faut viser à renforcer les compétences directement liées à l'offre de services de santé publique et planifier des stratégies d'apprentissage favorables au transfert intergénérationnel des compétences nécessaires à la mise en œuvre du programme national.

- Investir dans des compétences porteuses tant pour la poursuite du programme national que pour l'amélioration continue de la pratique en santé publique.

L'objectif premier est de développer les compétences transversales essentielles au soutien à la constitution des réseaux locaux, à l'interdisciplinarité, à l'intersectorialité, à la gestion du changement, etc.

Ces orientations se traduiront par des actions prioritaires qui feront l'objet d'un plan intégré dans les prochains mois.

## LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

La poursuite de la mise en œuvre du programme national s'appuie sur des leviers d'action qui convergent vers le soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle et à l'action intersectorielle.

Lors de l'évaluation de la mise en œuvre du programme, une attention particulière sera donc accordée aux processus par lesquels les acteurs et les organisations interagissent et mobilisent les ressources pour la prévention. Par conséquent, la mise en œuvre sera évaluée en fonction de l'environnement dans lequel le programme évolue. À cet égard, des objets d'évaluation suivant les changements apportés par la présente mise à jour et les nouveaux leviers de mise en œuvre seront précisés.

Les suivis des activités et des indicateurs sociosanitaires seront par ailleurs poursuivis de manière à rendre compte du degré de déploiement des activités et de l'atteinte des objectifs du programme. Sur la base de l'expérience acquise, il faut privilégier l'utilisation d'approches diversifiées et la mise à profit de méthodes qualitatives et quantitatives.

Différentes stratégies de diffusion seront déployées de manière à favoriser l'utilisation des résultats lors des réflexions collectives et de la prise de décision. Ce sont là des conditions qui ont nettement démontré leur efficacité lors des travaux sur les processus de gestion ministériels ainsi que lors des travaux entourant la mise à jour du programme national<sup>194</sup>.

Le succès de l'évaluation repose sur la contribution des acteurs de santé publique aux trois paliers, et ce, dans le respect de leurs responsabilités respectives. Cette contribution ne saurait évidemment se limiter à la collecte de données ; elle doit inclure l'analyse, le regard critique dans une perspective d'amélioration continue du programme national, d'amélioration des plans d'action régionaux et locaux ainsi que de soutien à l'arrimage aux projets cliniques. Enfin, les projets d'évaluation conjoints doivent favoriser un regard nouveau sur l'action en santé publique, notamment les rapports que les intervenants entretiennent avec les autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux de même qu'avec les acteurs intersectoriels.

## CONCLUSION

L'état de santé de la population représente sans doute l'un des meilleurs indicateurs des progrès d'une société. L'état de santé révèle en effet les grands facteurs qui participent aux progrès : le revenu, la scolarité, la qualité du milieu de vie, la réduction des écarts socioéconomiques, etc. Or, l'espérance de vie et, plus largement, la santé de la population québécoise se sont encore améliorées ces dernières années. Il faut s'en réjouir. Toutefois, des gains importants sont encore réalisables. Il est en effet possible de mieux prévenir les maladies et les traumatismes évitables, de réduire les problèmes sociaux et, surtout, de faire en sorte que les gains profitent au plus grand nombre. La mise à jour du programme national vise précisément ce but.

La publication, en 2003, du *Programme national de santé publique 2003-2012* a représenté un moment marquant pour l'essor de la prévention au Québec. Depuis ce temps, le réseau de la santé publique s'est employé à organiser ses activités en fonction de deux grands objectifs : mettre en place un ensemble de services communs à toutes les régions et à tous les territoires locaux afin d'assurer une plus grande cohérence des actions ; adapter ces services aux besoins et aux particularités des communautés locales et régionales. Ces deux objectifs ne sont pas contradictoires ; ils permettent, d'une part, de se donner un cadre commun et, d'autre part, de moduler les actions des intervenants en fonction des besoins et des dynamiques particulières à chaque territoire.

La mise à jour du programme national a par ailleurs permis d'intégrer les dernières connaissances scientifiques et de tirer des leçons de l'expérience acquise. Parmi ces enseignements, on trouve la nécessité, maintes fois démontrée, de recourir à des stratégies concertées plutôt que de mener des actions fragmentaires et isolées. Sur cet aspect central, le réseau de la santé publique doit agir à la fois comme initiateur, promoteur et catalyseur. Au sein du système de santé et de services sociaux, il doit viser la meilleure intégration possible de la prévention dans les activités de l'ensemble du système. À l'échelle sociétale, il doit renforcer sa capacité de tisser des liens avec tous les acteurs sociaux pour le développement de la prévention au sein de la collectivité.

La mise à jour du *Programme national de santé publique 2003-2012* reste un projet ambitieux. Mais les conditions pour l'implanter n'ont jamais été aussi propices. Il appartient maintenant à tous les acteurs visés d'utiliser de façon maximale les leviers disponibles pour poursuivre la mise en œuvre.



## LISTE DES COLLABORATEURS ET COLLABORATRICES

### COMITÉ DE MISE À JOUR DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2003-2012

Marc-André Maranda, *président*  
Suzanne Auger  
François Desbiens  
Alain Desranleau  
(de mars à décembre 2007)  
Farida Djoudi  
André Dontigny (depuis mars 2007)  
Lyne Jobin  
Pierre Joubert  
Anne-Marie Langlois  
Aimé Lebeau  
Ghislaine Lehmann  
Lucie Lemieux  
(d'octobre 2006 à février 2007)  
Diane Morin  
(d'octobre 2006 à mars 2007)  
Yolaine Rioux (depuis avril 2007)  
Denis St-Amand  
Claude Tremblay

#### Domaines d'intervention

### GROUPES DE TRAVAIL

**GRUPE DE TRAVAIL PILOTE  
(développement, adaptation  
et intégration sociale ; habitudes  
de vie et maladies chroniques ;  
traumatismes non intentionnels)**  
Suzanne Auger, *responsable*  
Lilianne Bertrand  
Marthe Hamel  
Brigitte Lachance  
Ginette Lafontaine  
Anne-Marie Langlois  
Johanne Laverdure  
Réal Morin  
Pierre Patry  
Marie Rochette

Sous-groupe de travail :  
développement, adaptation  
et intégration sociale  
Marthe Hamel, *coresponsable*  
Ginette Lafontaine, *coresponsable*  
Johanne Laverdure, *coresponsable*  
Madeleine Breton  
Richard Cloutier  
Johanne Cournoyer  
Huguette Crête  
Jasline Florès  
Ruth Pilote  
Francine Trickey

Sous-groupe de travail :  
traumatismes non intentionnels  
Pierre Patry, *responsable*  
Lilianne Bertrand  
Pierre Maurice  
Marie-Ève Morin  
Marc St-Laurent

Sous-groupe de travail :  
habitudes de vie et  
maladies chroniques  
Lilianne Bertrand, *coresponsable*  
Brigitte Lachance, *coresponsable*  
Michel Beauchemin  
Diane Boudreault  
Johanne Laguë  
Ginette Lampron  
Jean-Philippe Legault  
Maurice Pleau  
Guy Roy

Autres collaborateurs  
Odette Laplante  
Bernard Laporte  
Isabelle Larocque  
Martine Pageau

**MALADIES INFECTIEUSES**  
Diane Morin, *responsable*  
(d'octobre 2006 à avril 2007)  
Yolaine Rioux, *responsable*  
(depuis avril 2007)

Sous-groupe de travail :  
maladies à déclaration obligatoire  
et autres (enquêtes et interventions,  
zoonoses, etc.)  
Terry Nan Tannenbaum, *responsable*  
Nadia Abdelaziz  
Louise De la Boissière  
Monique Douville-Fradet  
Hélène Dupont  
Michel Frigon  
Suzanne Gagnon  
Colette Gaulin  
Claude Laberge

Sous-groupe de travail :  
infections nosocomiales  
Yolaine Rioux, *responsable*  
Lucie Beaudreau  
Hélène Chouinard  
Madeleine Tremblay  
Jasmin Villeneuve

Sous-groupe de travail :  
infections transmissibles  
sexuellement et par le sang  
Diane Morin, *responsable*  
Richard Cloutier  
Brigitte Fournier  
Lise Guérard  
Monique Imbleau  
Claude Laberge  
Denis Loïselle  
Anne Maheu  
Martine Morin  
Lina Noël

Sous-groupe de travail :  
immunisation  
Maryse Guay, *responsable*  
Bernard Duval  
Monique Landry  
Renée Maranda-Aubut

### SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Claude Tremblay, *responsable*  
Daniel Bolduc  
Rolande Daudelin  
Louise Galarneau  
Lise Laplante  
Guy Lévesque  
Diane Lyonnais  
Manon Paul  
Guy Sanfaçon

### SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

Farida Djoudi, *responsable*  
Céline Lemieux  
Maurice Poulin

### SURVEILLANCE

Josée Bourdages, *coresponsable*  
Aimé Lebeau, *coresponsable*  
Lise Dunnigan  
Dominique Fortin  
Marcellin Gangbè  
Sylvie Martel  
Michel Pageau

#### Stratégies d'action

### DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Claire Milette, *responsable*  
Geneviève D'Amours  
René Lachapelle  
Réal Lacombe  
Normand Laforme  
Manon Laporte  
Louis Poirier

### ACTION INTERSECTORIELLE

Marjolaine Pigeon, *responsable*  
Richard Cloutier  
Louise Therrien

### PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

Christine Pakenham, *responsable*  
Stéphane Groulx  
Marie-Hélène Provost

### AUTRES COLLABORATEURS AYANT CONTRIBUÉ À LA RÉDACTION DU DOCUMENT

Marie-Ève Boivin  
Alain Desranleau  
Dominique Fortin  
Anna Guèye  
Sylvie Kirouac  
Irene Langis  
Geneviève Lapointe  
Réal Morin  
Micheline Vézina

Plusieurs autres personnes ont aussi contribué à la mise à jour du programme et nous les remercions sincèrement.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002), *Mieux comprendre la Loi sur la santé publique : une synthèse des principales questions soulevées lors de sa présentation, de janvier à juin 2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 67 p.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.
3. BRETON, M., P. LAMARCHE et R. PINEAULT (2005), « L'approche populationnelle : un défi de taille pour les gestionnaires », *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 1, n° 2, p. 16-19.
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004a), *L'intégration des services de santé et des services sociaux : le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 26 p.
5. « Services offerts », dans QUÉBEC (2008a), *Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1<sup>er</sup> janvier*, Éditeur officiel du Québec, art. 100.
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004a), *op. cit.*, p. 11.
7. STARFIELD, B., L. SHI et J. MACINKO (2005), « Contribution of Primary Care to Health Systems and Health », *Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 3, p. 457-502.
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004b), *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 3.
9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006a), *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques : programme-services Santé publique*, document de travail, version 1.0, 48 p. [Document non publié].
10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007a), « Les coûts normés en santé publique : qu'en est-il précisément? », *Programme national de santé publique. Bulletin d'information*, n° 15, septembre 2007, 6 p. [Document non publié].
11. BRETON, M., P. LAMARCHE et R. PINEAULT (2005), *op. cit.*
12. PINEAULT, R., et autres (2005), *Collectif de recherche sur les services de première ligne au Québec : rapport détaillé*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 39 p.  
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a), *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 120 p.  
 ROY, D. A. (2004), *Pour un projet local d'intervention avec de l'impact sur la santé de la population*, document de discussion présenté à l'occasion du Premier Colloque montréalais sur les réseaux locaux de services, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, p. 13-14.
13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007b), *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 51 p.
14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006b), *Évaluation des fonctions de santé publique et autres fonctions de gouverne, de planification et d'évaluation*, 110 p. [Document non publié].
15. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2002), *Public Health in the Americas: Conceptual Renewal, Performance Assessment, and Bases for Action*, Washington, Pan American Health Organization, 379 p.  
 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2000), *Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 237 p.
16. « Conseiller », dans QUÉBEC (2008b), *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1<sup>er</sup> février*, Éditeur officiel du Québec, art. 54.
17. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008a), *Évaluation des processus d'implantation du Programme national de santé publique*, 46 p. [À paraître en 2008].
18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005b), *Suivi de l'implantation des activités du Programme national de santé publique 2003-2012 : bilan 2004-2005*, 36 p. et annexes. [Document non publié].  
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006c), *Suivi de l'implantation des activités du Programme national de santé publique 2003-2012 : bilan 2005-2006*, 34 p. et annexes. [Document non publié].  
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008b), *Suivi de l'implantation des activités du Programme national de santé publique 2003-2012 : bilan de la fin du premier cycle*, 53 p. et annexes. [Document non publié].  
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007c), *Programme national de santé publique 2003-2012 : suivi des indicateurs sociosanitaires - Tableau de bord*, 59 p. [Document non publié].
19. Au sujet des facteurs qui influencent le projet d'intégration des soins, voir CONTANDRIOPOULOS, A. P., et autres (2001), « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, vol. 8, n° 2, p. 38-52.
20. DAGENAI, C., F. DESBIENS et P. JOUBERT (2005), « L'expérience du Fonds d'adaptation des services de santé au Québec : une occasion d'apprentissage sur les processus d'introduction de l'innovation et de la gestion du changement », *La Revue de l'innovation dans le secteur public*, [En ligne], vol. 10, n° 3, 17 p. [[www.innovation.cc/francais/vol10-no3fr.htm](http://www.innovation.cc/francais/vol10-no3fr.htm)] (Consulté en novembre 2007).  
 JOUBERT, P. (sous la direction de), F. DESBIENS et C. DAGENAI (2002), *De l'innovation au changement : les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 207 p.
21. DAGENAI, C., F. DESBIENS et P. JOUBERT (2005), *op. cit.*
22. BERNIER, N. (2006), « La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management technoscientifique de l'État providence québécois? », *Lien social et Politiques*, n° 55, p. 13-23.
23. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000), *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 410 p.
24. BERGERON, P., et B. GAUMER (2007), « Une participation croissante de la santé publique à la gouverne du système de santé québécois? », dans FLEURY, M.-J., et autres (sous la direction de), *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*, Québec, Gaëtan Morin éditeur, p. 51-62.
25. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006d), *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité, document de consultation*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 63 p.
26. STARFIELD, B., L. SHI et J. MACINKO (2005), *op. cit.*  
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a), *op. cit.*
27. ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ (2005), *Déclaration régionale sur les nouvelles orientations en soins de santé primaires (déclaration de Montevideo)*, [En ligne], 4 p. [[www.paho.org/French/GOV/CD/cd46-decl-f.pdf](http://www.paho.org/French/GOV/CD/cd46-decl-f.pdf)] (Consulté en novembre 2007).

28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a), *op. cit.*
- POLITZER, R. M., et autres (2001), «Inequality in America: The Contribution of Health Centers in Reducing and Eliminating Disparities in Access to Care», *Medical Care Research and Review*, vol. 58, n° 2, p. 234-248.
29. JAMES, P. D., et autres (2007), «Avoidable mortality by neighbourhood income in Canada: 25 years after the establishment of universal health insurance», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 61, n° 4, p. 287-296.
- INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ (2005), «Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen - Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé», *Questions d'économie de la santé*, [En ligne], n° 92, 6 p. [www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes92.pdf] (Consulté en novembre 2007).
30. LÉVESQUE, J.-F., et P. BERGERON (2003), «De l'individuel au collectif : une vision décloisonnée de la santé publique et des soins», *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, vol. 9, n° 2, p. 73-89.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2002), *op. cit.*
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2000), *op. cit.*
31. BERGERON, P., et B. GAUMER (2007), *op. cit.*
- ROY, D. A. (2007), «Des connaissances à la décision : l'expérience de la Montérégie», dans FLEURY, M.-J., et autres (sous la direction de), *op. cit.*, p. 179-193.
- BERGERON, P., et J. MORISSET (2006), «Les enjeux de la responsabilité populationnelle pour la santé publique et les services locaux au Québec», *Du système de soins au système de santé : relever le défi de l'arrimage de la santé publique au système de soins, en France et au Québec, IV<sup>e</sup> Forum annuel ENSP-ENAP*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec. [www.enap.ca/enap/docs/Forum\_ENSP\_ENAP/ENSP\_bergeron.pdf] (Consulté en novembre 2007).
32. *Registre des événements démographiques du Québec* (fichier des décès et fichier des naissances), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 2007.
33. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007d), *L'état de santé de la population québécoise : quelques repères*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 31 p.
34. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a), *La situation démographique du Québec : bilan 2006*, Québec, gouvernement du Québec, 341 p.
35. *Registre des événements démographiques du Québec* (fichier des naissances), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 2007.
36. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a), *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 131 p.
37. *Registre des événements démographiques du Québec* (fichier des naissances), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 2007.
38. KRAMER, M. S., et autres (2000), «The Contribution of Mild and Moderate Preterm Birth to Infant Mortality», *Journal of American Medical Association*, vol. 284, n° 7, p. 843-849.
39. JOHNSTON, R. B., et autres (2001), «Overview: New perspectives on the stubborn challenge of preterm birth», *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 15, supplément n° 2, p. 3-6.
40. *Registre des événements démographiques du Québec* (fichier des naissances), compilation effectuée par la Direction des études et des analyses, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 2007.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (fichier des services médicaux rémunérés à l'acte et données non publiées provenant de CLSC et d'établissements où des avortements non rémunérés à l'acte sont pratiqués), compilation effectuée par la Direction des études et des analyses, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 2007.
41. STATISTIQUE CANADA (2006), *Bulletin du Groupe d'analyse et de mesure de la santé*, catalogue n° 82-005-XIF, 3 p.
42. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007e), *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - Riche de tous nos enfants - La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 162 p.
43. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005c), *Indicateurs repères relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse 1997-1998 à 2004-2005*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 526 p.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2005), *Criminalité au Québec : statistiques 2004*, Québec, ministère de la Sécurité publique, 86 p.
44. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006b), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire*, Québec, gouvernement du Québec, 189 p.
45. *Ibid.*
46. *Registre des événements démographiques du Québec* (fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 2007.
47. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a), *op. cit.*
48. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a), *op. cit.*
49. *Ibid.*
50. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2006), *La criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec : statistiques 2005*, Québec, ministère de la Sécurité publique, 35 p.
51. STATISTIQUE CANADA (2005a), *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1*, CANSIM, tableau 105-0400.
52. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a), *op. cit.*
53. *Ibid.*
54. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006b), *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 659 p.
55. STATISTIQUE CANADA (2005b), *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 3.1, fichier PUMF 2005*, compilation de l'Institut de la statistique du Québec.
56. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a), *op. cit.*
57. MCKENNA, M. T., et autres (1998), «Current issues and challenges in chronic disease control», dans BROWSON, R. C., P. L. REMINGTON et J. R. DAVIS (sous la dir. de), *Chronic Disease Epidemiology and Control*, Second Edition, Washington, American Public Health Association, p. 1-26.
- LÉVESQUE, J.-F., et V. DÉRY (2001), *Vers la santé durable : l'organisation des interventions en santé du cœur - Le modèle promotion des habitudes de vie saines et prévention des maladies chroniques non transmissibles*, Direction de santé publique de Montréal-Centre.

58. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a), *op. cit.*
59. *Registre des événements démographiques du Québec* (fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 2007.
60. TUNSTALL-PEDOE, H., et autres (1999), «Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations», *The Lancet*, vol. 353, n° 9164, p. 1547-1557.  
La liste des pays participant à cette étude est disponible à l'adresse suivante : [www.ktl.fi/monica/public/popu/mcclist.html](http://www.ktl.fi/monica/public/popu/mcclist.html).
61. *Registre des événements démographiques du Québec* (fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 2007.
62. MILLAR, W. J., et G. B. HILL (1998), *L'asthme chez l'enfant*, [En ligne], Statistique Canada. [[www.statcan.ca/francais/studies/82-003/archive/1998/hrar1998010003s0a01\\_f.pdf](http://www.statcan.ca/francais/studies/82-003/archive/1998/hrar1998010003s0a01_f.pdf)] (Consulté en novembre 2007).
63. SANTÉ CANADA, et autres (2001), *Les maladies respiratoires au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 102 p.
64. STATISTIQUE CANADA (2005a), *op. cit.*
65. MARTINEZ, J. (2006), *Projections de prévalence de maladies chroniques*, Institut national de santé publique du Québec, 38 p. [Données non publiées].
66. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000), *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*, Geneva, World Health Organization. (WHO technical report series; 894).
67. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003), *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 284 p.
68. STATISTIQUE CANADA (1996), *Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)*, cycle 1 (1994-1995).  
STATISTIQUE CANADA (2005a), *op. cit.*
69. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005), *Système québécois de surveillance du diabète*.
70. STATISTIQUE CANADA (2004a), *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, cycle 2.2, volet nutrition, fichier PUMF 2004, compilation de l'Institut de la statistique du Québec.
71. STATISTIQUE CANADA (2005a), *op. cit.*
72. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005d), *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : rapport annuel 2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 104 p.
73. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007f), *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2006 et projections 2007 - Faits saillants*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 15 p.
74. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Santéscope*, [En ligne]. [[www.inspq.qc.ca/santescope/](http://www.inspq.qc.ca/santescope/)] (Consulté en janvier 2008).
75. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007f), *op. cit.*
76. *Ibid.*
77. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008c), *Données de surveillance des infections à Clostridium difficile dans les centres hospitaliers au Québec*, [En ligne], bulletin n° 15, mars, ministère de la Santé et des Services sociaux, [[publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-209-01Fno15.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-209-01Fno15.pdf)] (Consulté en mars 2008).
78. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a), *op. cit.*
79. SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (2007), *Bilan routier 2006 : dossier de presse*, 26 p.
80. O'LOUGHLIN, J. L., et autres (1993), «Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly», *American Journal of Epidemiology*, vol. 137, n° 3, p. 342-354.
81. ROBITAILLE, Y., et J. GRATTON (2005), *Les chutes chez les personnes âgées : vers une surveillance plus fine des données d'hospitalisation*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 19 p.
82. *Registre des événements démographiques du Québec* (fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 2007.
83. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, *Statistiques selon le groupe prioritaire et le secteur d'activité économique (2006)*, [En ligne]. [[www.csst.qc.ca/NR/rdonlyres/2C63AF6C-B803-440D-9EB9-01AEFF91655/3308/master2006.pdf](http://www.csst.qc.ca/NR/rdonlyres/2C63AF6C-B803-440D-9EB9-01AEFF91655/3308/master2006.pdf)] (Consulté en novembre 2007).
84. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a), *op. cit.*
85. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2001), *Rapport annuel de gestion 2001*, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail.  
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2002), *Rapport annuel de gestion 2002*, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail.  
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2003), «Appendice statistique», *Rapport annuel de gestion 2003*, [En ligne]. [[www.csst.qc.ca/portail/fr/qui\\_sommes\\_nous/rapport\\_annuel.htm](http://www.csst.qc.ca/portail/fr/qui_sommes_nous/rapport_annuel.htm)] (Consulté en novembre 2007).  
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2004), «Appendice statistique», *Rapport annuel de gestion 2004*, [En ligne]. [[www.csst.qc.ca/portail/fr/qui\\_sommes\\_nous/rapport\\_annuel.htm](http://www.csst.qc.ca/portail/fr/qui_sommes_nous/rapport_annuel.htm)] (Consulté en novembre 2007).  
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2005), «Appendice statistique», *Rapport annuel de gestion 2005*, [En ligne]. [[www.csst.qc.ca/portail/fr/qui\\_sommes\\_nous/rapport\\_annuel.htm](http://www.csst.qc.ca/portail/fr/qui_sommes_nous/rapport_annuel.htm)] (Consulté en novembre 2007).  
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2006), «Appendice statistique», *Rapport annuel de gestion 2006*, [En ligne]. [[www.csst.qc.ca/portail/fr/qui\\_sommes\\_nous/rapport\\_annuel.htm](http://www.csst.qc.ca/portail/fr/qui_sommes_nous/rapport_annuel.htm)] (Consulté en novembre 2007).
86. HELEY, S., C. LAROCHE et L. BHÉRER (1999), «Analyse des services diagnostiques et de réadaptation prescrits et obtenus par des travailleurs dépressés pour surdité professionnelle», *Travail et santé*, vol. 15, n° 2, p. 8-12.
87. MOZURKEWICH, E. L., et autres (2000), «Working conditions and adverse pregnancy outcome: A meta-analysis», *Obstetrics and Gynecology*, vol. 95, n° 4, p. 623-635.
88. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a), *op. cit.*  
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2008), *Pour une maternité sans danger : statistiques 2003-2006*, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, 57 p.
89. VÉZINA, M., et R. BOURBONNAIS (2001), «Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale», dans *Portrait social du Québec : données et analyses*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 279-287. (Les conditions de vie).
90. CENTRE PATRONAL DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC (1999), «Les problèmes de santé mentale : une des principales causes d'absences prolongées au travail», *Convergence*, vol. 15, n° 4, p. 3-4.  
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2007), *Fichier des lésions professionnelles 1997-2004*, compilation de Robert Arcand, Institut national de santé publique du Québec.
91. DAVELUY, C., et autres (2000), *Enquête sociale et de santé 1998*, 2<sup>e</sup> édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p.



92. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a), *op. cit.*
93. *Ibid.*
94. SANTÉ CANADA (2007), « La prévalence du tabagisme 1999-2007 », *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)*, [En ligne]. [www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/\_ctums-esutc\_prevalence/prevalence\_f.html] (Consulté en novembre 2007).
95. STATISTIQUE CANADA (2005c), *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, cycle 3.1, CANSIM, tableau 105-0449.
96. STATISTIQUE CANADA (2004b), *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, cycle 2.2, volet nutrition, fichier de partage 2004, compilation de l'Institut de la statistique du Québec.
97. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a), *op. cit.*
98. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *op. cit.*
99. STATISTIQUE CANADA (2003), *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, cycle 2.1, fichier PUMF 2003, compilation de l'Institut de la statistique du Québec.
100. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a), *op. cit.*
101. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a), *op. cit.*
102. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007d), *op. cit.*
103. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *op. cit.*
104. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007e), *op. cit.*
105. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a), *op. cit.*
106. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007e), *op. cit.*
107. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007d), *op. cit.*
108. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a), *op. cit.*
109. DOYON, B., D. BÉLANGER et P. GOSSELIN (2006), *Effets du climat sur la mortalité du Québec méridional de 1981 à 1999 et simulations pour des scénarios climatiques futurs*, Institut national de santé publique du Québec, 78 p.
110. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a), *op. cit.*
111. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2003), *Bilan des éclosions de maladies d'origine hydrique signalées dans les directions régionales de la santé publique du Québec en 2000*, Institut national de santé publique du Québec, p. 6.
112. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006a), *op. cit.*
113. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001), *Réflexions sur l'utilisation de pesticides en milieu urbain*, Institut national de santé publique du Québec, 22 p.
114. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a), *op. cit.*
115. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006e), *Programme national de santé publique 2003-2012 : document complémentaire - Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 66 p.
116. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006f), *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 53 p.
117. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004c), *Programme national de santé publique 2003-2012 : document complémentaire - Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : orientations 2003-2009*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 56 p.
118. DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005), *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007*, Québec, gouvernement du Québec.
119. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA et ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE (1986), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, [En ligne]. [www.aspq.org/DL/charte.pdf] (Consulté en novembre 2007).
120. O'NEILL, M., et autres (2006), « La promotion de la santé au Canada et à l'étranger : bilan et perspectives », dans O'NEILL, M., et autres (sous la dir. de), *Promotion de la santé au Canada et au Québec : perspectives critiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 3-21.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global Conferences on Health Promotion*, [En ligne]. [www.who.int/healthpromotion/conferences/en/] (Consulté en novembre 2007).
121. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998), *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 192 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997), *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 103 p.
122. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *op. cit.*
123. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004d), *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - Document principal*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 75 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006a), *op. cit.*
124. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006b), *op. cit.*
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008a), *op. cit.*
125. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006b), *op. cit.*
126. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008a), *op. cit.*
127. JACKSON, S. F., et autres (2006), « Integrated health promotion strategies: A contribution to tackling current and future health challenges », *Health Promotion International*, vol. 21, supplément n° 1, p. 75-83.
128. BAUM, F. (2002), *The New Public Health*, Second Edition, Victoria (Australia), Oxford University Press, 607 p.
129. QUÉBEC (2008c), *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1er février*, Éditeur officiel du Québec.
130. WALBOOMERS, J. M., et autres (1999), « Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide », *The Journal of Pathology*, vol. 189, n° 1, p. 12-19.
131. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2006), « Prevention of Rotavirus Gastroenteritis Among Infants and Children », *Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*, [En ligne]. [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5512a1.htm] (Consulté en novembre 2007).
132. *Ibid.*
133. KOPLAN, J. P., et R. HARPAZ (2006), « Shingles Vaccine: Effective and Costly or Cost-Effective? », *Annals of Internal Medicine*, vol. 145, n° 5, p. 386-387.
134. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004c), *op. cit.*

135. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2007a), *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, Agence de la santé publique du Canada, 142 p.
- BRENNER, Bluma G., et autres (2007), «High Rates of Forward Transmission Events after Acute/Early HIV-1 Infection», *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 195, n° 7, p. 951-959.
136. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTRÉGIE (2006), *Des environnements physiques sains et sécuritaires : éléments clés pour la santé des communautés - Rapport de la directrice de santé publique 2006*, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 82 p.
137. COLLECTIF D'AUTEURS (2002), *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 50 p.
138. CHAVIS, D. M. (2000), *Mobilizing for Community Capacity Building*, présentation au LAREHS, Université du Québec à Montréal, 28 avril ; cité dans COLLECTIF D'AUTEURS (2002), *op. cit.*, p. 16.
139. CHRISTENSON J.A., K. FENDLEY et J.W. ROBINSON (1989), «Community Development», dans CHRISTENSON, J.A., et J.W. ROBINSON, *Community Development in Perspective*, Iowa State University Press ; cités dans COLLECTIF D'AUTEURS (2002), *op. cit.*, p. 17.
140. CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1997), *Forum sur le développement social : présentation de la démarche*, Conseil de la santé et du bien-être, p. 6 ; cité dans COLLECTIF D'AUTEURS (2002), *op. cit.*, p. 13.
141. HANCOCK, T. (2000), *Health-based Indicators of Sustainable Human Development*, paper prepared for the Office of Sustainable Development, Health Canada ; cité dans COLLECTIF D'AUTEURS (2002), *op. cit.*, p. 14.
142. KAWACHI, I., et autres (1997), «Social capital, income inequality, and mortality», *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9, p. 1491-1498.
143. KAWACHI, I., et B. P. KENNEDY (1997), «Socioeconomic determinants of health: Health and social cohesion: Why care about income inequality?», *British Medical Journal*, vol. 314, n° 7086, p. 1037-1040.
144. BAUM, F. (1999), «Social capital: Is it good for your health? Issues for a public health agenda», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 53, n° 4, p. 195-196.
- KAWACHI, I., B. P. KENNEDY et R. GLASS (1999), «Social capital and self-rated health: A contextual analysis», *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 8, p. 1187-1193.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, VICTORIAN HEALTH PROMOTION FOUNDATION et UNIVERSITY OF MELBOURNE (2005), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*, Geneva, World Health Organization, 288 p.
145. BAUM, F. (1999), *op. cit.*
- KAWACHI, I., B. P. KENNEDY et R. GLASS (1999), *op. cit.*
146. HOUSE, J. S., K. R. LANDIS et D. UMBERSON (1988), «Social Relationships and Health», *Science*, vol. 241, n° 4865, p. 540-545.
147. SAMPSON, R. J., et W. B. GROVES (1989), «Community structure and crime: Testing social-disorganization theory», *American Journal of Sociology*, vol. 94, n° 4, p. 774-802.
- ROSE, R. (2000), «How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians», *Social Science and Medicine*, vol. 51, n° 9, p. 1421-1435.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (2001), *The Well-being of Nations: The Role of Human and Social Capital*, Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 120 p.
148. KAWACHI, I., et autres (1997), *op. cit.*
149. *Ibid.*
150. FRATIGLIONI, L., et autres (2000), «Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study», *The Lancet*, vol. 355, n° 9212, p. 1315-1319.
151. WORLD HEALTH ORGANIZATION, VICTORIAN HEALTH PROMOTION FOUNDATION et UNIVERSITY OF MELBOURNE (2005), *op. cit.*
152. LOMAS, J. (1998), «Social capital and health: Implication for public health and epidemiology», *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 9, p. 1181-1188 ; cité dans WORLD HEALTH ORGANIZATION, VICTORIAN HEALTH PROMOTION FOUNDATION et UNIVERSITY OF MELBOURNE (2005), *op. cit.*, p. 72.
153. COLLECTIF D'AUTEURS (2002), *op. cit.*
154. ARDOINO, J., et A. DE PERETTI (1998), *Penser l'hétérogène*, Paris, Desclée de Brouwer, 256 p.
155. THIBAUT, A., et autres (2006), *Appréciation de trois projets en développement et revitalisation des communautés locales - Rapport de recherche*, Trois-Rivières, Laboratoire en loisir et vie communautaire, Université du Québec à Trois-Rivières, 135 p.
156. LABERGE, A., J. MORISSET et M. IMBLEAU (2007), *Le Programme national de santé publique : une lecture stratégique des conditions de mise en œuvre*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec, 28 p.
157. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006g), *Implantation de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, c. 32) (Projet de loi 83) : la participation citoyenne au cœur de la responsabilité populationnelle - Document de soutien*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 45 p.
158. Texte synthèse inspiré de LACHAPPELLE, R. (sous la dir. de) (2003), *L'organisation communautaire en CLSC : cadre de référence et pratiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, 300 p.
159. RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ (2008), *Réseau québécois de Villes et Villages en santé*, [En ligne]. [www.rqvvs.qc.ca] (Consulté en novembre 2007).
160. WHITE, D., et autres (2002), *Pour sortir des sentiers battus : l'action intersectorielle en santé mentale*, Sainte-Foy, Publications du Québec, p. 17-18.
- Voir aussi COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999), *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, Ottawa, Santé Canada, p. 9.
161. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a), *op. cit.*
162. Définition inspirée de WHITE, D., et autres (2002), *op. cit.*, p. 61.
163. MILIO, N. (2001), «Glossary: Healthy public policy», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55, n° 9, p. 622.
164. WHITE, D., et autres (2002), *op. cit.*, 313 p.
- BILODEAU, A., S. LAPIERRE et Y. MARCHAND (2003), *Le partenariat : comment ça marche ? Mieux s'outiller pour réussir*, Montréal, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 31 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, et autres (2007b), *Au croisement des secteurs - Expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*, Ottawa, Santé Canada, 52 p.
165. COLLECTIF D'AUTEURS (2002), *op. cit.*
- WHITE, D., et autres (2002), *op. cit.*
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *op. cit.*
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2004), *L'analyse des impacts des politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être*, Sainte-Foy, Conseil de la santé et du bien-être, 65 p.
- QUÉBEC (2008c), *op. cit.*
- QUÉBEC (2008d), *Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1<sup>er</sup> janvier*, Éditeur officiel du Québec.



166. COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999), *op. cit.*, 28 p.
167. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *Deux réseaux, un objectif: le développement des jeunes - Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Québec, ministère de l'Éducation, 34 p.  
Le ministère de l'Éducation est par la suite devenu le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
168. COMITÉ NATIONAL D'ORIENTATION (2005), *École en santé: guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*, Québec, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 64 p.
169. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004c), *op. cit.*
170. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (1998), *Les moyens de prévention de la transmission du VIH en milieu carcéral en regard de la clientèle UDI: Plan d'action (1998-2002)*, Québec, ministère de la Sécurité publique, 12 p.
171. Cette section emprunte au document suivant: GROULX, S. (2007), *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 72 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives).
172. Cette section emprunte au document suivant: PROVOST, M.-H., et autres (2007), *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques: revue de la littérature*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 168 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives).
173. Cette section emprunte au document suivant: GROULX, S. (2007), *op. cit.*
174. CARON-BOUCHARD, M., et L. RENAUD (2002), *Pour mieux réussir vos communications médiatiques en promotion de la santé: guide pratique, 2<sup>e</sup> éd.*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et Institut national de santé publique du Québec, 172 p.
175. Texte produit en collaboration avec Réal Morin et Irène Langis, de l'INSPQ, ainsi que Josée Bourdages, du MSSS.
176. Texte produit en collaboration avec Irène Langis et Geneviève Lapointe, de l'INSPQ, ainsi que Josée Bourdages, du MSSS.
177. «Programme national et plans d'action régionaux et locaux de santé publique», dans QUÉBEC (2008e), *Loi sur la santé publique: L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1<sup>er</sup> février*, Éditeur officiel du Québec, art. 7-18.  
«Agence», dans QUÉBEC (2008f), *Loi sur les services de santé et les services sociaux: L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1<sup>er</sup> janvier*, Éditeur officiel du Québec, *op. cit.*, art. 371.
178. *Ibid.*
179. LABERGE, A., J. MORISSET et M. IMBLEAU (2007), *op. cit.*, p. 18.
180. «Projet clinique et organisationnel», dans QUÉBEC (2008g), *Loi sur les services de santé et les services sociaux: L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1<sup>er</sup> janvier*, Éditeur officiel du Québec, art. 99.5.  
«Services offerts», dans QUÉBEC (2008h), *Loi sur les services de santé et les services sociaux: L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1<sup>er</sup> janvier*, Éditeur officiel du Québec, art. 99.6.
181. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007b), *op. cit.*
182. ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2006), *La gouvernance d'un établissement de santé et des services sociaux*, Montréal, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 43 p.
183. *Ibid.*
184. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007b), *op. cit.*
185. QUÉBEC (2008i), *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec: L.R.Q., chapitre I-13.1.1, à jour au 15 février*, Éditeur officiel du Québec.
186. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007a), *op. cit.*
187. POTVIN, N. (2007), *Synthèse des commentaires recueillis lors de la tenue des forums régionaux sur les ententes de gestion et d'imputabilité*, 30 p. [Document non publié].
188. Pour une liste exhaustive des études faisant partie de la recherche en santé publique, voir LAURENDEAU, M.-C., et autres (2007), *Bilan de la recherche en santé publique au Québec (1999-2004)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, 55 p.
189. *Ibid.*
190. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005e), *Rapport du comité sur l'organisation universitaire des services sociaux: le développement de la mission universitaire dans les établissements du domaine des services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 80 p.
191. CONSEIL DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (2007a), *Défi pauvreté: Plan stratégique de recherche et de transfert de connaissances pour lutter contre la pauvreté*, Québec, Conseil de la science et de la technologie, 41 p.  
CONSEIL DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (2007b), *Défi efficacité du système de santé: Stratégie de recherche et d'utilisation des connaissances*, Québec, Conseil de la science et de la technologie, 31 p.  
CONSEIL DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (2007c), *Défi habitudes de vie: Stratégie de recherche et de transfert*, Québec, Conseil de la science et de la technologie, 33 p.  
CONSEIL DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (2008), *Défi énergies nouvelles et renouvelables: Plan stratégique d'innovation en efficacité énergétique et en nouvelles technologies de l'énergie*, Québec, Conseil de la science et de la technologie, 60 p.
192. MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, DE L'INNOVATION ET DE L'EXPORTATION (2006), *Un Québec innovant et prospère: Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation*, Québec, ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, 78 p.
193. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006b), *op. cit.*, p. 65-70.
194. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007g), *L'évaluation du Programme national de santé publique 2003-2012: de la diversité des approches à la valorisation des résultats*, conférence présentée à l'occasion du Seizième Colloque annuel de la Société québécoise de l'évaluation de programme, Montréal, 1<sup>er</sup> et 2 novembre 2007.

[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)