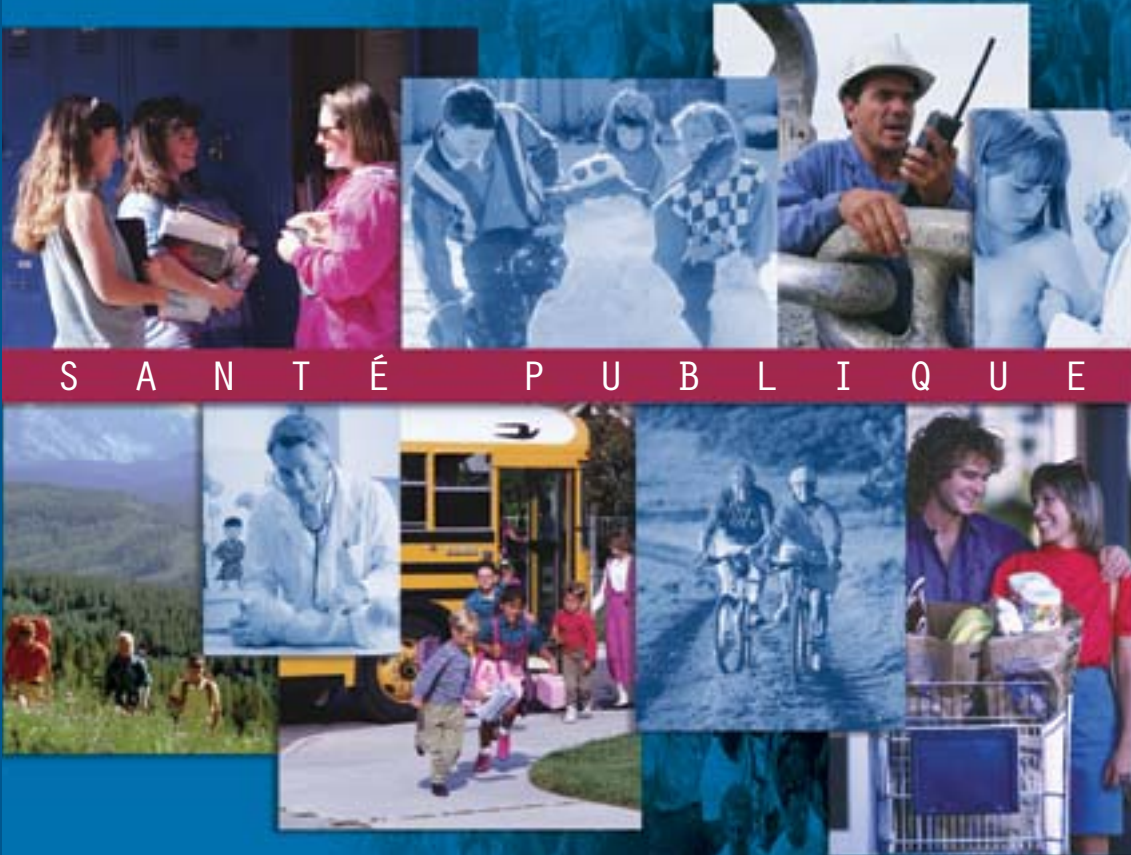


PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

2 0 0 3 - 2 0 1 2



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



Le Programme national de santé publique 2003-2012 a été élaboré par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, sous la direction de :

Richard Massé, M.D., directeur national de santé publique
Léonard Gilbert, directeur, Direction du programme de santé publique

Coordination des travaux

Marthe Hamel, coordonnatrice du projet
Hélène Valentini (jusqu'à décembre 2000)

Rédaction

Lise Cardinal
Danièle Francoeur
Marthe Hamel
Sylvie Kirouac
Yves Théberge

Révision linguistique

Yvette Gagnon

Secrétariat

Francine Couture
Hélène Gignac
Hélène Piché

De nombreuses personnes ont contribué à l'élaboration du programme.
La liste de ces personnes est présentée à la fin du document.

Édition

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

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN 2-550-40126-3 (deuxième impression)

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

© Gouvernement du Québec

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

par courriel

communications@msss.gouv.qc.ca

ou par la poste

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

Ce document est disponible à la section documentation,
sous la rubrique publications du site Web du ministère
de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est :
www.msss.gouv.qc.ca

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

La prévention : un engagement national

De jour en jour, notre société se développe et devient plus prospère ; elle doit ainsi permettre à chacun de ses membres de s'épanouir pleinement. L'objectif visé est simple, mais ambitieux : que chaque Québécoise, chaque Québécois se sente bien dans sa peau, physiquement et psychologiquement. Bien sûr, chacun doit faire sa part pour maintenir sa propre santé, son propre équilibre. Mais il y a plus : la société doit mettre en place tout un ensemble de conditions propices à l'atteinte de cet objectif. En somme, la responsabilité individuelle se double d'une responsabilité collective.

Au Québec, ce virage prévention doit se faire : le gouvernement a invité l'ensemble de ses partenaires, publics et privés, à s'engager dans une prévention plus vigoureuse des problèmes de santé et des problèmes sociaux. Ensemble, nous allons intensifier nos efforts pour faire la promotion de saines habitudes de vie, comme l'activité physique, une bonne alimentation ou le refus du tabagisme. Ensemble, nous allons soutenir le développement le plus harmonieux possible de tous les enfants du Québec. Ensemble, nous allons mettre en place des réseaux d'entraide et de participation sociale. Ensemble, nous allons agir sur les différents milieux de vie afin qu'ils assurent la santé et le bien-être de chaque membre de notre société.

Le gouvernement fait sa large part pour prévenir les problèmes sociaux et de santé : que ce soit au moyen de sa nouvelle stratégie de lutte contre la pauvreté, qui le situe à l'avant-garde de l'action sociale en faveur des plus démunis, de sa politique familiale, qui procure aux enfants d'âge préscolaire des milieux de garde stimulants et sécurisants, de la Loi sur le tabac, dont les retombées se font déjà sentir sur les comportements individuels et sur la qualité de l'air des lieux publics, ou du nouveau Règlement sur la qualité de l'eau potable, qui peut prévenir de nombreuses maladies en assurant une eau de qualité à la population québécoise.

Au cours de la prochaine décennie, il faudra accentuer les gestes susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de notre population, qu'ils émanent du secteur public ou de partenaires privés. Cela devra se faire de façon cohérente, selon une trame claire. C'est précisément le sens du *Programme national de santé publique 2003-2012*, que vient d'adopter le gouvernement du Québec. Ce programme présente la contribution du réseau de la santé et des services sociaux à l'engagement collectif en faveur de la prévention. J'y vois un outil indispensable pour harmoniser et renforcer les services de santé publique, dans toutes les régions du Québec, dans un esprit de partenariat avec les différents secteurs d'activité de notre société.

Au cours des vingt dernières années, nous avons franchi des pas importants dans le domaine de la santé et du bien-être. Cela s'est traduit par une augmentation significative de l'espérance de vie des Québécoises et des Québécois. De nouveaux défis se présentent maintenant à nous, et ils appellent des actions renouvelées pour prévenir les maladies évitables, comme les maladies cardiovasculaires et les cancers, ainsi que pour réduire les problèmes sociaux. Atténuer les inégalités en matière de santé et de bien-être, c'est nous rapprocher d'objectifs qui sont chers aux Québécoises et aux Québécois : la solidarité, la justice sociale et l'équité.

Le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux,
à la Protection de la jeunesse et à la Prévention,



Roger Bertrand

Avant-propos

Avec la parution du premier Programme national de santé publique, c'est à la réalisation d'un projet collectif d'envergure pour améliorer la santé de la population du Québec que je convie les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que l'ensemble de nos partenaires. Ce programme oriente l'action en santé publique pour les dix prochaines années.

La mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012* présente plusieurs défis de taille pour répondre aux besoins de la population : mettre en place un ensemble de services communs à toutes les régions et à tous les territoires locaux du Québec et assurer ainsi une plus grande cohérence des actions en santé publique ; adapter ces services aux besoins et aux particularités des communautés locales et régionales ; assurer la qualité des activités en alliant la rigueur et le recours aux connaissances les plus récentes avec la créativité et l'innovation. Une pratique en santé publique qui s'inscrit dans une perspective globale et concertée présente d'autres défis majeurs. Il faut privilégier la combinaison de divers moyens et stratégies plutôt que les actions fragmentaires et isolées. Il faut également resserrer nos liens avec les partenaires des autres secteurs, de façon à multiplier les actions intersectorielles en faveur de la santé et du bien-être de la population. Il s'agit là d'un projet exigeant, mais je crois que notre réseau détient l'expertise et le savoir-faire qu'il faut pour relever les défis qu'il pose.

Je remercie bien sincèrement toutes les personnes, et je sais qu'elles sont nombreuses, qui ont contribué à l'élaboration du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Je compte maintenant sur l'engagement des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et sur la participation de ceux des autres secteurs pour assurer la mise en œuvre, l'adaptation aux réalités locales et régionales ainsi que le renouvellement de ce programme au cours des dix prochaines années.

Le directeur national de santé publique,



Richard Massé, M.D.

Table des matières

| | |
|--|----|
| <u>Liste des sigles et des acronymes</u> | IX |
| <u>Introduction</u> | 1 |
| 1 Une vue d'ensemble du programme | 3 |
| 2 L'état de santé de la population et ses principaux déterminants : faits marquants | 9 |
| Les problèmes de santé les plus importants | 11 |
| Les principaux déterminants de la santé | 15 |
| 3 Les fondements du programme | 17 |
| Les fonctions de santé publique | 19 |
| Des repères pour une éthique en santé publique | 19 |
| Les stratégies | 21 |
| 4 La surveillance : connaître et faire connaître l'état de santé de la population | 25 |
| Les finalités de la surveillance | 27 |
| Les activités de surveillance | 27 |
| Les objets de surveillance | 30 |
| 5 Les interventions et les services de santé publique à la population | 31 |
| Le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale | 35 |
| Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques | 42 |
| Le domaine des traumatismes non intentionnels | 48 |
| Le domaine des maladies infectieuses | 51 |
| Le domaine de la santé environnementale | 59 |
| Le domaine de la santé en milieu de travail | 64 |
| Des activités de développement des communautés | 70 |

| | | |
|--|---|-----|
| 6 | L'évaluation du programme pour guider l'action | 73 |
| | Les assises de l'évaluation du programme | 75 |
| | Les dimensions de l'évaluation | 75 |
| 7 | L'implantation du programme | 79 |
| | Une dynamique à mettre en place à chacun des niveaux et entre les niveaux | 81 |
| | Des responsabilités à partager | 82 |
| Conclusion | | 85 |
| Notes | | 87 |
| Annexes | | 105 |
| Annexe I | Les fonctions de santé publique | 107 |
| Annexe II | Les responsabilités associées au Programme national de santé publique | 111 |
| Liste des collaborateurs et collaboratrices | | 121 |
| Bibliographie | | 123 |
| Liste des schémas et des tableaux | | |
| Schéma 1 | Les composantes du Programme national de santé publique | 5 |
| Schéma 2 | La structure du Programme national de santé publique | 7 |
| Tableau 1 | Les activités de développement des communautés | 71 |
| Tableau 2 | Les composantes de l'évaluation du Programme national de santé publique | 78 |

Liste des sigles et des acronymes

| | | | |
|-------|---|----------|---|
| ASP | Association sectorielle paritaire | MEQ | Ministère de l'Éducation du Québec |
| CAI | Commission d'accès à l'information du Québec | MRC | Municipalité régionale de comté |
| CLSC | Centre local de services communautaires | MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| CO | Monoxyde de carbone | MTS | Maladie transmissible sexuellement |
| CSST | Commission de la santé et de la sécurité du travail | NEGS | Naître égaux – Grandir en santé |
| DGSP | Direction générale de la santé publique | OCDE | Organisation de coopération et de développement économiques |
| DSP | Direction de santé publique | OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ERV | Entérocoque résistant à la vancomycine | OPS | Organisation panaméricaine de la santé |
| HAP | Hydrocarbure aromatique polycyclique | PAS | Programme d'application sélective |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec | PSJP | Programme de soutien aux jeunes parents |
| IPN | Insuffisance de poids à la naissance | PSSE | Programme de santé spécifique à un établissement |
| IRSST | Institut de recherche en santé et sécurité du travail | RRSSS | Régie régionale de la santé et des services sociaux |
| ISQ | Institut de la statistique du Québec | SARM | <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline |
| ITS | Infection transmissible sexuellement | VIH/sida | Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise |
| LMS | Lésion musculo-squelettique | VHC | Virus de l'hépatite C |
| LSP | Loi sur la santé publique | VTT | Véhicule tout terrain |
| LSSSS | Loi sur les services de santé et les services sociaux | | |
| MADO | Maladie à déclaration obligatoire | | |

Introduction

On reconnaît, depuis plusieurs années et dans des secteurs d'activité variés, l'importance d'agir avant que ne surviennent les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux dans la population. Ce constat, étant l'un des fondements sur lesquels s'appuie l'action du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), se traduit de façon concrète par des initiatives qui font partie du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Le programme énonce les activités à mettre en œuvre au cours des prochaines années afin d'agir sur les déterminants qui influencent la santé, dans ses dimensions physique et psychosociale, de façon à favoriser la santé et à empêcher que surgissent ou se développent les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux à l'échelle de la population québécoise. Il permet de préciser, du même coup, les services de santé publique accessibles à tous les citoyens et citoyennes du Québec.

Plusieurs éléments de contexte viennent influencer et alimenter tant la structure que le contenu du programme national. En premier lieu, le programme constitue la principale mesure prévue par la Loi sur la santé publique (LSP), adoptée en décembre 2001, pour orienter les activités en santé publique organisées aux niveaux national, régional et local. En deuxième lieu, le programme, qui respecte les buts fixés dans *La Politique de la santé et du bien-être*, présente les activités nécessaires à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population ainsi qu'à la réduction des inégalités de santé et de bien-être. De plus, il relie la planification des activités en santé publique aux démarches nationale et régionale de planification stratégique du Ministère et des régions régionales. Enfin, le programme assure la continuité des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* et élargit même l'organisation des activités à l'ensemble des problématiques qui font partie du champ d'action de la santé publique.

Le présent document décrit le contenu du *Programme national de santé publique 2003-2012*. La première section donne une vision d'ensemble du programme en présentant brièvement chacun des éléments constitutifs qui sont détaillés dans les autres sections du document. La deuxième trace un portrait global de l'état de santé et de bien-être de la population québécoise et des principaux déterminants de la santé, ce qui permet de saisir l'importance relative des problèmes et de discerner ceux qui sont évitables par des actions en santé publique. Les fonctions de santé publique, les valeurs et principes éthiques ainsi que les stratégies sur lesquels les activités du programme prennent appui sont précisés dans la troisième section. La suivante traite des activités de surveillance qui permettent de faire le suivi de l'état de santé de la population. Les interventions et les services de santé publique à la population forment la cinquième section. Le cadre général de l'évaluation du programme est présenté dans la sixième section, alors que la dernière fait état des modalités relatives à l'implantation et à la mise à jour du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Enfin, des documents complémentaires permettront de préciser certains aspects du programme, notamment en ce qui a trait à la surveillance, à la stratégie relative au développement des communautés, à la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine et du syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida), les infections transmissibles sexuellement (ITS) et le virus de l'hépatite C (VHC), à la recherche et à l'innovation ainsi qu'à l'évaluation du programme.

SECTION

1

UNE VUE D'ENSEMBLE DU PROGRAMME

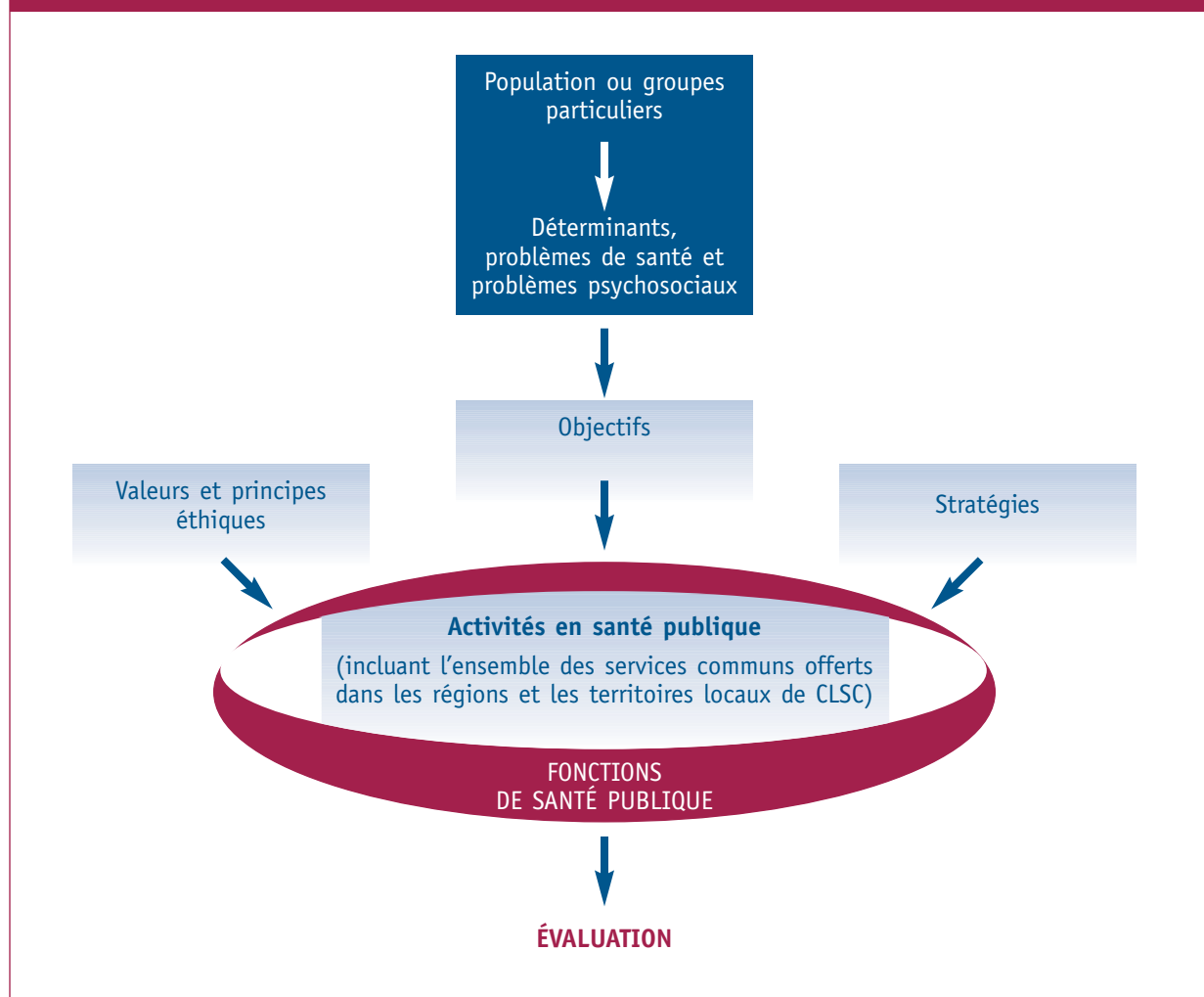


Le Programme national de santé publique définit les activités de santé publique nécessaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. L'approche de la santé publique se traduit par des actions sur les facteurs qui influencent la santé au profit de toute la population ou de groupes de personnes en particulier, à partir d'un diagnostic portant sur l'ensemble de la population ou sur

des groupes ayant certains traits communs plutôt que sur les personnes prises isolément. Cette approche se caractérise par des actions qui sont précoces, se situant la plupart du temps avant que ne surviennent les problèmes relatifs à la santé ou au bien-être.

Le schéma 1 présente l'ensemble des composantes du programme, qui seront décrites par la suite.

SCHEMA 1 LES COMPOSANTES DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE



Par ses **objectifs**, le programme vise la modification des déterminants de la santé et du bien-être, l'amélioration de la santé ou du bien-être, ou la réduction des problèmes de santé, des problèmes psychosociaux et des traumatismes.

Ces objectifs se traduisent en **activités** qui se rapportent à l'une ou l'autre des **fonctions** de santé publique – c'est-à-dire des rôles ou des tâches qui incombent à la santé publique –, telles qu'elles sont inscrites dans la Loi sur la santé publique.

LES FONCTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Fonctions essentielles

- Surveillance continue de l'état de santé de la population
- Promotion de la santé et du bien-être
- Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes
- Protection de la santé

Fonctions de soutien

- Réglementation, législation et politiques publiques ayant des effets sur la santé
- Recherche et innovation
- Développement et maintien des compétences

Les fonctions revêtent une importance particulière, car elles délimitent le champ d'action de la santé publique et, par le fait même, déterminent la nature des activités qui en font partie. Elles se divisent en deux catégories. 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 ainsi que la protection de la santé. Les fonctions de soutien, comme leur nom l'indique, soutiennent l'exercice des fonctions essentielles : ce sont la réglementation, la législation et les politiques publiques ayant des effets sur la santé, la recherche et l'innovation ainsi que le développement et le maintien des compétences des personnes travaillant en santé publique. La conjugaison des activités relevant de chaque fonction permet d'agir positivement sur la santé et le bien-être de la population.

Les **activités de surveillance** permettent de faire le suivi de l'état de santé de la population. Certaines d'entre elles, tout comme les activités qui se rapportent aux autres fonctions, s'inscrivent dans six **domaines d'intervention**, lesquels regroupent des problématiques qui ont des caractéristiques communes. Les activités inscrites dans chacun des domaines d'intervention sont souvent liées, certains déterminants d'un même problème concernant souvent plus d'un domaine d'intervention (les habitudes de vie et l'environnement, par exemple, qui ont un lien avec les maladies respiratoires) et certains déterminants étant communs à des problèmes pris en compte dans des domaines différents (par exemple, les comportements

sexuels qui sont en cause dans les grossesses à l'adolescence et dans les infections transmissibles sexuellement). Toutes les activités incluses dans le Programme national de santé publique respectent les deux critères suivants : l'importance – c'est-à-dire l'ampleur ou la gravité – des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux que ces activités visent à atténuer et l'efficacité de **l'intervention** ou du **service** auquel elles sont liées. Un certain nombre d'activités du programme faisaient déjà partie des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* ; les problèmes de santé qui constituaient les titres des chapitres des priorités nationales se retrouvent, dans le programme, à l'intérieur du contenu des six domaines d'intervention. D'autres activités découlent de plans d'action gouvernementaux ou de documents d'orientation produits par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les activités sont destinées à l'ensemble de la **population**, à des **groupes** d'âge particuliers (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées de 65 ans ou plus) ou à des groupes vulnérables – c'est-à-dire des groupes qui, en raison de leurs caractéristiques, ont une probabilité plus élevée de présenter un problème psychosocial ou de santé.

LES DOMAINES D'INTERVENTION

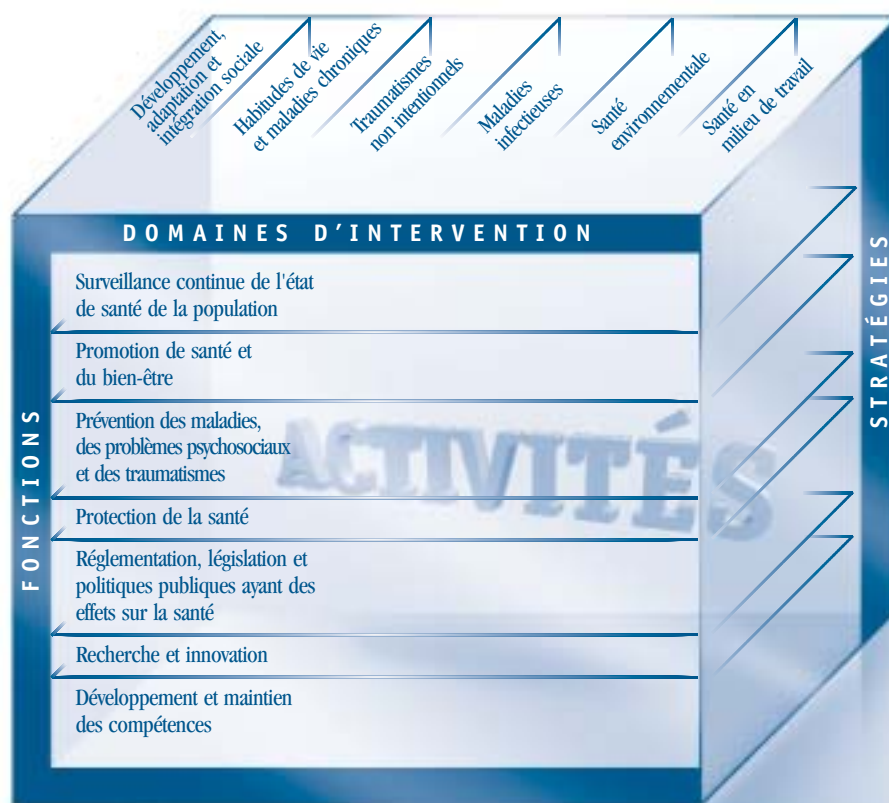
- Développement, adaptation et intégration sociale
- Habitudes de vie et maladies chroniques
- Traumatismes non intentionnels
- Maladies infectieuses
- Santé environnementale
- Santé en milieu de travail

Certaines des activités du programme concernent des problèmes qui se retrouvent sur l'entièreté du territoire québécois. Elles constituent l'ensemble des services communs à toutes les régions et à tous les territoires des centres locaux de services communautaires (CLSC) ; cet ensemble, tenant compte de toutes les fonctions et de tous les domaines, constitue une première en santé publique au Québec. D'autres activités sont également incluses dans le programme, tant pour répondre aux besoins découlant des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux particuliers aux populations régionales ou locales que pour élargir, si possible, la gamme des services offerts et les effets de ces services sur l'amélioration de la santé de la population.

Les activités sont organisées selon des **stratégies** qui favorisent l'atteinte des objectifs fixés en orientant, notamment, le choix de ces activités et des groupes de personnes auxquels elles s'adressent. De plus, le programme propose des **valeurs** et des **principes éthiques** – un cadre éthique étant prévu dans la Loi sur la santé publique – qui sont susceptibles d'alimenter la réflexion et la discussion sur les valeurs en jeu dans l'exercice des fonctions ainsi que dans la planification et la mise en œuvre des activités.

En résumé, le programme comprend des objectifs et des activités qui permettent d'améliorer la santé et le bien-être de la population ou de groupes particuliers. Ces activités, combinées selon diverses stratégies, rendent concret l'exercice de l'une ou l'autre fonction, et ce, dans chacun des domaines d'intervention. La structure du programme est matricielle (fonctions X stratégies X domaines), comme l'illustre le schéma 2¹.

SCHEMA 2 LA STRUCTURE DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE



Le programme comprend enfin un **cadre d'évaluation** qui permet d'assurer le suivi de l'exercice des fonctions, de la mise en œuvre des activités ainsi que des indicateurs sociosanitaires.

contexte dans lequel ces fonctions s'exercent au quotidien. Elle ne permet pas, d'emblée, de retrouver dans les titres des chapitres les problèmes ou les groupes de personnes visés par les activités; les objectifs et les activités énumérés dans chacun des domaines font toutefois clairement mention des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux dont il est question ainsi que de la population visée.

La structure retenue pour asseoir le programme comporte ses forces et ses limites. Elle présente l'avantage de délimiter, par les fonctions, le champ d'action de la santé publique et de préciser, par les domaines d'intervention, le

SECTION

2

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION ET SES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS : FAITS MARQUANTS



Le portrait de santé qui suit a été tracé pour faire ressortir les principaux défis à relever afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise. Il rend compte des problèmes de santé les plus importants observés au Québec, que ce soit à cause de leur gravité ou de leur ampleur.

Les sources de données le plus souvent utilisées sont les fichiers des décès et des hospitalisations de courte durée ainsi que les enquêtes de population menées au Québec depuis 1987 par Santé Québec et par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Bien qu'il soit élaboré à partir des données québécoises les plus récentes, ce portrait de santé comporte des limites souvent imposées par les données elles-mêmes. Ainsi, celles qui portent sur les décès et les hospitalisations rendent difficilement compte de certains problèmes ayant une faible incidence sur la mortalité ou sur le recours aux soins hospitaliers. Les données relatives à l'utilisation des services sont, pour leur part, conditionnées par la nature et la disponibilité des services offerts. De plus, les données manquent pour que l'on puisse apprécier l'ampleur de certains problèmes, en particulier les problèmes psychosociaux. Enfin, ce portrait de santé, dressé pour mettre en lumière l'importance des problèmes, notamment leur ampleur, ne livre qu'une vision partielle de problèmes de santé en bonne partie contrôlés par des actions soutenues; il en va ainsi, par exemple, de plusieurs maladies infectieuses contrôlées par la vaccination. Ce portrait est toutefois complété par une description plus fine des problèmes importants et des facteurs qui leur sont associés, laquelle description est incluse dans la présentation de chacun des domaines d'intervention.

Au cours des vingt dernières années, le taux de mortalité global, toutes causes confondues, a diminué de près de 30 % pour l'ensemble de la population et il a également fléchi dans chacun des groupes d'âge². Au total, cette baisse s'explique principalement par une diminution notable des décès dus aux maladies cardiovasculaires et aux traumatismes, notamment les traumatismes routiers³. Conséquemment, dans cette même période, l'espérance de vie a augmenté de 5,2 années pour les hommes et de 3,3 ans pour les femmes, atteignant, en 1999, 75,4 ans pour les hommes et 81,5 ans pour les femmes⁴. Les valeurs observées au cours des dernières années pour l'espérance de vie placent le Québec légèrement sous la moyenne canadienne, mais devant la majorité des pays de l'Organisation

de coopération et de développement économiques (OCDE)⁵.

Les facteurs qui peuvent expliquer l'amélioration de l'état de santé de la population au cours des dernières décennies sont de plusieurs ordres. L'amélioration générale des conditions de vie des Québécois et Québécoises – par exemple, l'amélioration du niveau d'éducation, l'amélioration de l'alimentation et l'augmentation du niveau de salubrité et de sécurité des milieux de vie –, a joué en faveur d'une diminution globale de la mortalité. L'évolution de facteurs démographiques au cours des cinquante dernières années, comme l'espacement des naissances et la réduction de la taille des familles, est responsable d'un meilleur état de santé des mères et des enfants. Des gains importants sont également attribuables aux efforts investis en prévention, lesquels efforts ont été constants dans plusieurs secteurs d'activité, dont celui de la santé et des services sociaux. Enfin, l'amélioration des soins et des traitements offerts aux personnes atteintes d'un problème de santé a aussi contribué à un bilan des plus encourageants.

LES PROBLÈMES DE SANTÉ LES PLUS IMPORTANTS

Certains problèmes demeurent tout de même préoccupants à cause de leur fréquence élevée, de leur gravité, étudiée sous l'angle de la mortalité ou des incapacités qu'ils entraînent, ou encore parce qu'ils sont en augmentation ou en recrudescence.

Bien qu'ils aient connu une diminution importante depuis les vingt dernières années, les problèmes de l'appareil circulatoire – le plus souvent des myocardiopathies ischémiques –, restent responsables d'un peu plus du tiers des décès chez les hommes et les femmes. Ils sont suivis de très près par les cancers, à l'origine d'un peu moins du tiers des décès chez les deux sexes. Les maladies de l'appareil respiratoire, qui incluent notamment les maladies respiratoires chroniques et les pneumonies, se classent au troisième rang des causes de mortalité, suivies des traumatismes non intentionnels⁶ et des maladies de l'appareil digestif⁷. L'appréciation de l'état de santé sous l'angle de la morbidité, traduite partiellement par les taux d'hospitalisation pour des soins physiques de courte durée⁸, place, dans l'ordre, les maladies cardiovasculaires, les maladies de l'appareil digestif, celles de l'appareil respiratoire et les cancers comme principales affections qui touchent la population. Il faut mentionner que la grossesse, l'accou-

chement et leurs complications arrivent au deuxième rang des motifs d'hospitalisation pour l'ensemble de la population⁹. Par ailleurs, les problèmes de santé le plus souvent déclarés sont les allergies, les maux de tête, les problèmes ostéoarticulaires, incluant les maux de dos et de la colonne, l'hypertension artérielle, les blessures, les troubles digestifs fonctionnels, l'asthme et les maladies cardiaques. Il s'agit de problèmes fréquents, chacun affectant environ 10 % de la population¹⁰, qui occasionnent une utilisation importante des services ambulatoires et une restriction variable des activités. Outre les consultations de nature préventive ou pour des examens de routine, les motifs de la dernière consultation d'un professionnel sont le plus souvent les problèmes ostéoarticulaires, ceux de l'appareil respiratoire, les blessures ainsi que les troubles du système nerveux et des organes des sens¹¹.

On ne peut passer sous silence les problèmes à caractère psychosocial, dont les problèmes de santé mentale, qui affectent une proportion importante de la population. Ainsi, bon nombre d'enfants présentent des troubles d'adaptation¹² ou sont victimes d'abus physique ou psychologique, d'agression sexuelle et de négligence¹³. On rapporte un nombre élevé d'agressions sexuelles et de situations de violence conjugale qui compromettent la santé et le bien-être des femmes¹⁴. La consommation de drogues et d'alcool, en plus d'avoir augmenté, commence tôt dans la vie¹⁵. Enfin, une personne sur cinq présente un indice élevé de détresse psychologique¹⁶ et les taux de mortalité par suicide sont importants, particulièrement chez les hommes¹⁷.

La description des indicateurs de santé à l'échelle de l'ensemble de la population cache des réalités psychosociales et sanitaires particulières à certains groupes d'âge, dont voici quelques faits marquants.

Chez les enfants et les adolescents de 0 à 14 ans

Les anomalies congénitales ainsi que les affections périnatales, dont le retard de croissance intra-utérine et la prématurité, demeurent les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de 1 an tandis que les empoisonnements et les blessures, occasionnées notamment par les traumatismes routiers, constituent la première cause de mortalité chez ceux de 1 an à 14 ans¹⁸. Les principales causes d'hospitalisation des enfants de moins de 14 ans sont les maladies de l'appareil respiratoire, celles de l'appareil digestif, les empoisonnements et blessures ainsi que

les maladies infectieuses et parasitaires¹⁹. Les problèmes d'adaptation sociale qui surviennent pendant l'enfance reçoivent une attention de plus en plus grande et différents travaux de recherche permettent de mieux en connaître l'ampleur et les répercussions : il en va ainsi des retards de développement, des troubles d'apprentissage, des troubles des conduites et des problèmes d'abus physique ou psychologique, d'agression sexuelle et de négligence. Des manifestations de détresse psychologique sont observées en très bas âge, comme en témoigne la fréquence des troubles d'anxiété, de la dépression, des idées et des gestes suicidaires rapportée dans la documentation scientifique²⁰.

Chez les adolescents et les jeunes adultes de 15 à 24 ans

Les cas de morts violentes, dont la majorité est attribuable au suicide et aux traumatismes routiers, pèsent lourd dans le bilan portant sur la mortalité des adolescents et des jeunes adultes, surtout ceux de sexe masculin. Le cancer est la troisième cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans²¹. Les blessures consécutives à des traumatismes non intentionnels sont une cause majeure d'hospitalisation des garçons et des jeunes hommes²². Les infections transmises sexuellement ou par le sang sont plus fréquentes à partir de la fin de l'adolescence²³. Le taux de grossesse à l'adolescence est relativement élevé. Quant au taux d'interruption volontaire de grossesse, il augmente depuis 1985 chez les femmes de tous les groupes d'âge, mais il est le plus élevé chez celles de 18 à 24 ans²⁴. La consommation de drogues et d'alcool, le tabagisme et d'autres formes de dépendance ainsi que leurs conséquences pour les adolescents et les jeunes adultes sont de mieux en mieux connus. Les données indiquent qu'il y a plus de fumeurs réguliers chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans que chez les adolescents de 15 à 17 ans. On observe la même tendance pour la consommation de drogues chez les garçons seulement²⁵. La proportion de la population ayant un niveau élevé de détresse psychologique ou des idées suicidaires est la plus forte dans ce groupe d'âge²⁶.

Chez les adultes de 25 à 44 ans

Entre 25 et 40 ans, les traumatismes et les suicides entraînent le plus grand nombre de décès chez les individus des deux sexes réunis, mais de façon plus marquée chez les hommes. Par rapport aux groupes d'âge précédents, on note également une augmentation significative de la mortalité par maladies chroniques, soit les cancers et les

maladies cardiovasculaires, les premiers étant la principale cause de mortalité chez les femmes de ce groupe d'âge. Aux alentours de 40 ans, les cancers supplantent les traumatismes et les suicides comme première cause de mortalité²⁷. Les troubles de l'appareil digestif, les troubles de l'appareil génito-urinaire, ceux de l'appareil circulatoire, les troubles mentaux et les traumatismes sont des causes importantes d'hospitalisation chez les personnes de 25 à 44 ans; la santé reproductive représente d'ailleurs la première cause d'hospitalisation des femmes de cet âge²⁸. Bien que le diabète ait moins d'ampleur que les problèmes mentionnés précédemment, on observe une augmentation importante du nombre de cas à partir de cet âge²⁹. Les troubles mentaux, le suicide, la violence sous toutes ses formes ainsi que les problèmes associés à la consommation de drogues et d'alcool continuent à peser lourd sur les individus, les familles et les communautés³⁰.

Chez les adultes de 45 à 64 ans

Les personnes dont l'âge se situe entre 45 et 64 ans sont particulièrement marquées par un accroissement important de la mortalité globale, imputable à une augmentation significative des maladies chroniques. Ainsi, le taux de mortalité toutes causes confondues est près de cinq fois plus élevé chez les personnes de 45 à 64 ans que chez celles qui ont entre 25 et 44 ans, alors que le taux de mortalité par traumatismes et suicide demeure comparable pour ces deux groupes d'âge. Toutefois, le taux de mortalité par cancers se voit presque quintuplé quand on compare les personnes de 45 à 50 ans et celles de 60 à 64 ans, tandis que celui de la mortalité par maladies cardiovasculaires est multiplié par près de six. Les cancers dominent le tableau des principales causes de mortalité, suivis des maladies cardiovasculaires et des troubles des appareils respiratoire et digestif³¹. Les troubles génito-urinaires et les troubles mentaux s'ajoutent à ces problèmes comme principales causes d'hospitalisation. On observe également une progression importante des maladies cardiovasculaires comme cause d'hospitalisation des personnes qui ont entre 45 et 64 ans³². La majorité des problèmes à caractère psychosocial affectant la population ont déjà été évoqués précédemment, mais ajoutons que certaines de leurs conséquences sont plus manifestes à cette période de la vie.

Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus

Les personnes de 65 ans ou plus constituent un groupe de la population québécoise dont la proportion ira en aug-

mentant au cours des vingt prochaines années³³; cela entraînera une hausse du nombre de celles qui seront aux prises avec des conditions menaçant leur autonomie : on observe en effet une accentuation de la prévalence des maladies chroniques physiques et mentales, ces dernières étant dominées par les démences – notamment la maladie d'Alzheimer. On note également une augmentation de la prévalence de certaines affections sensorielles³⁴. Chez les personnes de 65 ans ou plus, les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers et les maladies du système respiratoire sont, et de loin, les trois principales causes de mortalité³⁵. Les troubles de l'appareil digestif s'ajoutent aux maladies des appareils circulatoire et respiratoire et aux cancers comme principales causes d'hospitalisation³⁶. À partir de 75 ans, on observe une recrudescence des hospitalisations et des décès par traumatismes³⁷. Le cumul de conditions morbides chez les personnes de ce groupe d'âge entraîne une consommation plus importante de médicaments, augmentant d'autant les risques d'interactions et d'effets indésirables³⁸. Une grande perte d'autonomie chez les plus âgées d'entre elles entraîne souvent un désinvestissement de la vie quotidienne, qui se traduit, notamment, par l'isolement et la dépression. Plus d'une personne âgée de 75 ans ou plus sur quatre connaît une limitation d'activité à long terme³⁹ et, à cette période de la vie, près de 20 % des personnes vivent en institution de santé⁴⁰. Enfin, l'abus et la négligence font également partie des problèmes dont sont victimes les personnes âgées.

Des groupes plus vulnérables que d'autres

Analysé sous l'angle de certaines caractéristiques socio-économiques, l'état de santé de la population laisse voir des inégalités dans la distribution des facteurs de risque et des problèmes de santé. Ces inégalités permettent de reconnaître des groupes plus vulnérables. L'analyse différenciée selon le sexe, livrée précédemment, est fort instructive à cet égard, tout comme l'examen des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux par groupes d'âge. D'autres variables que le sexe et l'âge sont toutefois à considérer pour compléter l'analyse de l'état de santé de la population. Parmi celles-ci, la pauvreté, caractérisée par un ensemble de privations d'ordre matériel et social, est l'un des facteurs qui accentue la vulnérabilité à différents problèmes de santé. La forte corrélation entre l'état de santé de la population et un ensemble d'indicateurs de défavorisation, comme la sous-scolarisation, l'inactivité économique, l'insuffisance de revenus ou le manque de soutien social, n'est

plus à démontrer. Cette corrélation se vérifie également entre les différentes régions du Québec et d'un territoire de CLSC à l'autre⁴¹.

Les personnes peuvent être dans un état de vulnérabilité pendant des périodes plus ou moins longues de leur vie, qui peuvent correspondre aux cycles de la vie ou à des moments de transition. Certaines combinaisons de facteurs qui menacent la santé entraînent souvent une croissance exponentielle de la vulnérabilité des personnes ou des groupes touchés par ces facteurs. Un mauvais état de santé est tantôt la cause de conditions de vie difficiles, tantôt il en est la conséquence. Par ailleurs, le cumul des problèmes de santé physique ou mentale et des problèmes psychosociaux dans certains groupes en accroît la vulnérabilité. Cette notion de comorbidité exige une lecture des problèmes qui transcende chacun d'eux pris isolément.

Les coûts humains et sociaux

L'espérance de vie sans perte d'autonomie liée à une incapacité est l'un des indicateurs utilisés pour quantifier le fardeau de la maladie à l'échelle d'une population ou des groupes qui la composent. Cet indicateur reflète l'espérance de vie sans dépendance, laquelle, lorsqu'elle existe, peut être sévère, modérée ou légère. Selon des données de l'enquête de 1998, elle s'établissait à 69,4 ans pour les hommes et à 70,6 ans pour les femmes. Chez les premiers, cette valeur a augmenté de 14 mois entre 1987 et 1998 alors que, chez les secondes, elle a chuté de 11 mois pour cette même période; la variation s'explique surtout par une augmentation de la dépendance légère. Si cette dernière est exclue des calculs, l'espérance de santé aurait augmenté de 26 mois chez les hommes et de 15 mois chez les femmes⁴². Les hommes meurent donc moins vieux que les femmes, mais ils vivront au total moins longtemps avec une dépendance liée à une incapacité que les femmes. La perception ou l'auto-évaluation de l'état de santé est un indicateur intéressant pour décrire l'état de santé de la population, jumelant des aspects objectifs et subjectifs de la santé. La perception de l'état de santé est associée aux problèmes de santé physique, à la capacité fonctionnelle et à la limitation d'activité et, dans une moindre mesure, à l'état de santé mentale et sociale. Cette perception est également associée aux comportements individuels reliés à la santé. Ainsi, la proportion de la population de 15 ans ou plus se percevant en excellente, très bonne ou bonne santé se situe à près de 90 %, mais elle diminue avec l'âge, allant de près de 93 %

chez les personnes de 15 à 24 ans à 77 % chez celles de 65 ans ou plus⁴³.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe les problèmes de santé en fonction de la charge globale (*global burden of diseases*) qu'ils font porter à la société en tenant compte du poids de la prématurité des décès qui y sont associés et des incapacités qu'ils provoquent. Ainsi, dans les pays industrialisés, sur la base de cette notion de charge globale, les maladies cardiovasculaires, les maladies mentales – auxquelles s'ajoute le suicide – et les cancers représentent les problèmes les plus graves. Selon les estimations de l'OMS, ils constituent à eux seuls près de 50 % de la charge globale de l'ensemble des maladies. Ces indicateurs permettent de mieux mesurer l'ampleur de certains problèmes, sous-estimés jusqu'alors compte tenu de leur faible incidence directe sur la mortalité – ce qui est le cas par exemple des maladies mentales. Lorsque l'on considère les problèmes un à un, les maladies ischémiques du cœur, la dépression majeure, les autres maladies cardiovasculaires – l'accident vasculaire cérébral, par exemple –, les problèmes liés à l'alcool et les traumatismes routiers sont ceux auxquels on attribue la plus lourde charge⁴⁴.

Les dépenses

Le domaine de la santé et des services sociaux est un secteur économique très important. En 2002-2003, la part du budget consacrée à la santé et aux services sociaux (17,5 milliards de dollars)⁴⁵ représente 40,4 % de l'ensemble des dépenses des programmes du gouvernement⁴⁶. Les dépenses du secteur public en services sociaux et de santé représentent 7,4 % du produit intérieur brut⁴⁷, alors que les dépenses du secteur public et du secteur privé pour la santé en constituent 9,3 %; cette proportion s'établit à 10,1 % lorsque l'on ajoute la part des services sociaux publics⁴⁸. La mission du gouvernement concernant la santé et les services sociaux se situe au premier rang des dépenses gouvernementales, la mission de l'éducation et de la culture – secteurs qui représentent 27,3 % des dépenses pour les programmes gouvernementaux – occupant le deuxième rang⁴⁹. En 2002-2003, on évalue à 2 349 dollars par personne les dépenses relatives à la santé et aux services sociaux⁵⁰. Enfin, on estime à 2,3 % la part des dépenses pour les programmes en santé et services sociaux affectée à des activités et à des services de santé publique en 2000-2001⁵¹.

LES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

La santé et le bien-être de la population, de même que les disparités qui sont observées, résultent de l'interaction des déterminants biologiques, comportementaux et environnementaux qui agissent à la fois sur les individus, les familles et les communautés. On peut observer les effets d'un ensemble de facteurs comme les prédispositions biologiques des personnes, les comportements qu'elles adoptent, les relations familiales et sociales et, plus largement, les conditions de vie, l'environnement physique ainsi que la qualité et l'accessibilité aux services sociaux et de santé.

Les changements sociosanitaires s'opèrent dans un contexte déterminé, en partie, par les grandes tendances démographiques, sociales et culturelles. Ces dernières influencent largement l'évolution de l'état de santé de la population, mais aussi les représentations sociales de ce que sont la santé, la maladie ou l'incapacité, de même que l'acceptabilité des solutions qui sont proposées. Parmi les changements qui s'opèrent depuis quelques années, on observe le vieillissement de la population, la diminution de la fécondité, l'évolution de la structure des familles, l'évolution des rôles sociaux des hommes et des femmes – jeunes ou moins jeunes –, notamment au regard de la famille et du travail, la reconnaissance et une meilleure acceptation des orientations sexuelles différentes, l'effritement des valeurs religieuses, la proportion grandissante des immigrants et le nombre croissant des communautés culturelles qui composent la population du Québec.

Les déterminants de la santé, très liés les uns aux autres, sont autant d'angles d'analyse ou de prise, directe ou indirecte, pour orienter l'action en santé publique. Ce sont :

- les prédispositions biologiques et génétiques;
- les habitudes de vie et les autres comportements reliés à la santé;
- les conditions de vie et les milieux de vie;
- l'environnement physique;
- l'organisation des services sociaux et de santé ainsi que l'accès aux ressources.

Les prédispositions biologiques et génétiques des personnes, identifiables dans certains cas à l'échelle des familles ou des populations, font partie des déterminants de la santé. Dans certains cas, ces prédispositions peuvent

jouer en faveur de la santé et constituer des facteurs de protection; dans d'autres cas, il est possible d'en prévenir les effets négatifs ou de les atténuer, compte tenu du caractère modifiable de leur évolution.

Les habitudes de vie et les autres comportements reliés à la santé ont un lien qui n'est plus à démontrer avec un ensemble de problèmes, en particulier dans les domaines des maladies chroniques, des maladies infectieuses et des traumatismes non intentionnels. Malgré des progrès importants réalisés ces dernières années au regard de certains comportements, comme en témoigne la diminution globale des maladies cardiovasculaires, d'autres gains en santé, tout aussi importants, peuvent encore être obtenus en agissant sur le tabagisme, l'alimentation, les comportements sexuels, l'hygiène dentaire, la consommation de drogues et d'alcool, les comportements reliés à la sécurité et l'utilisation des services de prévention comme le dépistage, la vaccination ou l'application de fluorure sur les dents des enfants.

On connaît depuis longtemps les liens qui existent entre le statut socioéconomique, le niveau de scolarité, la qualité du logement ou la situation d'emploi et bon nombre de problèmes de santé physique et de problèmes psychosociaux. Bien que les leviers les plus puissants pour modifier ces conditions de vie appartiennent à d'autres secteurs que celui de la santé et des services sociaux, on ne peut passer sous silence la grande influence que ces conditions exercent sur la santé et le bien-être. Elles sont également indissociables des milieux de vie dans lesquels évoluent les personnes et qui constituent, à leur tour, des déterminants importants de la santé. La famille, le milieu de garde, l'école, le milieu de travail et la communauté sont autant d'environnements sociaux qui, selon les valeurs et les normes qu'ils véhiculent, influent sur les pratiques sanitaires des personnes. La stabilité sociale, la sécurité, la reconnaissance de la diversité, l'harmonie dans les relations interpersonnelles et la cohésion sociale composent un ensemble de conditions qui ont un effet protecteur sur la santé. On peut évoquer, de façon particulière, les effets protecteurs du soutien social selon des caractéristiques comme la qualité et la diversité du soutien disponible. De nombreuses recherches menées au cours des dernières années ont mis au jour le rôle important que jouent ces déterminants dits sociaux sur une diversité de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux.

La qualité de l'environnement physique, c'est-à-dire la qualité de l'eau potable, des eaux de baignade, de l'air extérieur, de l'air intérieur et des sols ainsi que la qualité et la sécurité du cadre bâti, des équipements et des produits de consommation, n'est pas sans rapport avec la survenue d'un ensemble de maladies et de traumatismes. La fluctuation de plusieurs contaminants présents dans l'environnement est en corrélation avec l'incidence de certains problèmes de santé; on reconnaît, par exemple, la relation causale entre le rayonnement solaire et le cancer de la peau, de même qu'entre la présence de pollen et la rhinite allergique. On reconnaît également l'influence de l'aménagement du territoire sur la santé, la sécurité et la qualité de vie des personnes. La qualité des aliments constitue un autre exemple de préoccupation grandissante au sein de la population, non seulement sur le plan de la salubrité mais également sur le plan de la sécurité de ces aliments, comme le suggère le débat sur les organismes génétiquement modifiés et l'utilisation des pesticides.

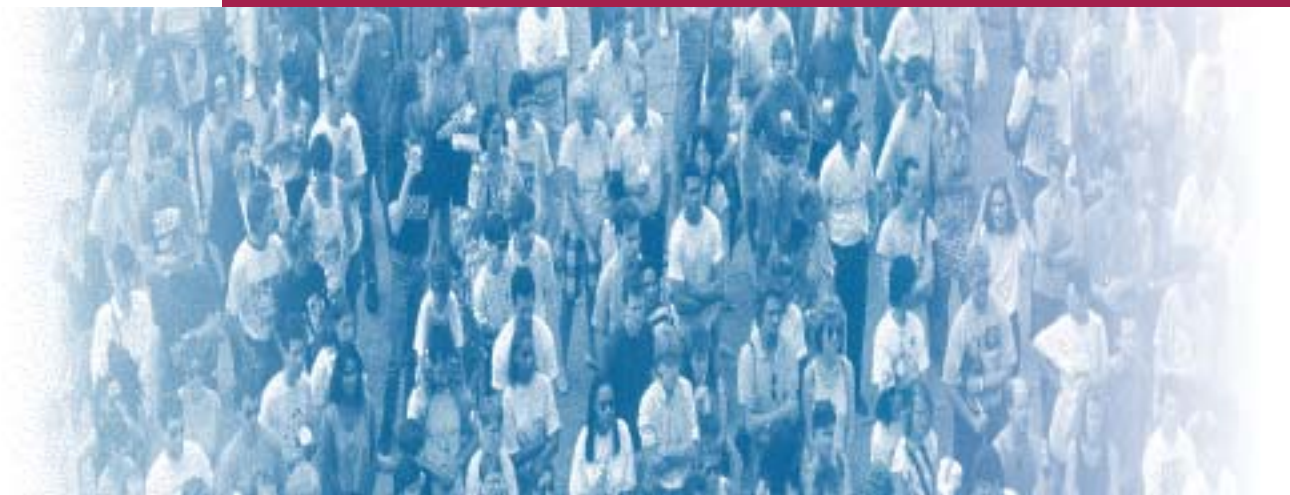
Enfin, l'organisation des services sociaux et de santé ainsi que l'accès aux soins et aux services en la matière est un autre déterminant de la santé et du bien-être de la population. En effet, tant les modalités d'organisation qui favorisent l'accessibilité, la continuité, la coordination et la qualité des soins et des services que la mise en application des pratiques cliniques préventives ont une influence sur l'état de santé. Le fait qu'un problème soit détecté tôt et que l'on s'en occupe le plus rapidement possible, l'usage éclairé des technologies diagnostiques et thérapeutiques – incluant les médicaments, dont les antibiotiques –, l'offre d'une gamme étendue de services adaptés aux problèmes de santé que présente la population, une meilleure intégration des services de première ligne – incluant les services préventifs –, le renforcement de l'approche territoriale, la complémentarité des différents niveaux dans l'organisation des services, l'interdisciplinarité, la compétence des professionnels ainsi que la participation des personnes malades et de leurs proches aux soins sont autant d'éléments qui contribuent à la qualité des services sociaux et de santé. Certains groupes de la population sont davantage tributaires des soins et des services pour le maintien de leur santé et de leur qualité de vie : il en va ainsi, par exemple, des personnes âgées en perte d'autonomie ou encore des personnes atteintes de graves troubles mentaux et de leurs proches. Par ailleurs,

l'accès à un ensemble de services et de ressources de soutien, d'entraide ou de défense des droits ajoute au plein développement du potentiel des individus et des communautés.

Ce bref aperçu des principaux problèmes de santé affectant la population québécoise et des déterminants les plus importants de ces problèmes fait ressortir un certain nombre de constats qui constituent autant d'enjeux en santé publique pour les prochaines années. Un premier défi concerne la diminution des problèmes psychosociaux; ces problèmes sont fréquemment liés les uns aux autres et se manifestent souvent très tôt dans la vie, ce qui entraîne des conséquences parfois lourdes pour les individus, les familles et les communautés. Le deuxième porte sur la diminution de la mortalité prématurée évitable et sur celle des incapacités ayant pour causes des maladies chroniques, des traumatismes non intentionnels et des troubles mentaux. L'atténuation des effets du vieillissement de la population, particulièrement des conséquences de ce vieillissement sur les personnes qui vivent des incapacités fonctionnelles et sur leur réseau de soutien naturel, représente un troisième défi. Le quatrième et dernier défi réside dans la réduction des inégalités en ce qui concerne la santé et le bien-être.

SECTION **3**

LES FONDEMENTS DU PROGRAMME



LES FONCTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* prend d'abord appui sur les fonctions de santé publique⁵², qui définissent la nature des activités à offrir pour améliorer la santé de la population.

Les quatre premières fonctions, appelées fonctions essentielles, marquent le caractère distinctif de l'action en santé publique. Ainsi, la surveillance continue de l'état de santé de la population comprend les activités qui permettent d'évaluer l'état de santé de la population et de recueillir des données sur les déterminants de la santé afin d'en informer la population et les personnes qui s'occupent de la planification des services sociaux et de santé. La promotion de la santé et du bien-être inclut l'ensemble des actions qui visent à influencer les déterminants de la santé de façon à permettre aux individus, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé par l'amélioration de leurs conditions et de leurs modes de vie. La prévention englobe des activités qui visent avant tout à réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi qu'à détecter les signes hâtifs des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux. La protection de la santé regroupe les activités relatives à l'intervention des autorités auprès d'un individu, de groupes ou de toute la population en cas de menace, réelle ou appréhendée, pour la santé.

Les trois fonctions de soutien, pour leur part, viennent appuyer l'exercice des fonctions essentielles. La fonction appelée réglementation, législation et politiques publiques ayant des effets sur la santé inclut l'ensemble des activités qui visent à influencer sur les règlements, les lois et les politiques de façon à ce qu'ils favorisent la santé et le bien-être de la population. La fonction désignée par les termes recherche et innovation comprend un ensemble d'activités axées sur la production, la diffusion et l'application des connaissances scientifiques nécessaires à l'exercice des autres fonctions de santé publique ainsi qu'à l'innovation et au développement de l'expertise en santé publique. Enfin, la fonction nommée développement et maintien des compétences, étroitement liée à la précédente, englobe l'ensemble des activités visant à assurer le transfert des connaissances et des pratiques aux acteurs de la santé publique pour soutenir la mise en œuvre du programme et permettre à ces derniers d'avoir un rôle de meneurs dans les projets à réaliser dans les milieux de vie et les communautés.

DES REPÈRES POUR UNE ÉTHIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE⁵³

Les valeurs et les principes privilégiés

Des valeurs et des principes sont proposés afin de permettre d'intégrer une dimension éthique à la pratique en santé publique.

LES VALEURS ET LES PRINCIPES ÉTHIQUES PRIVILÉGIÉS

- Le bien commun
- La bienfaisance
- La non-malfaisance
- L'autonomie
- Le respect de la confidentialité et de la vie privée
- La responsabilité
- La solidarité
- La protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables
- La justice

La promotion du bien commun est une valeur qui occupe une place centrale en santé publique. Il s'agit ici du bien des groupes, des communautés, de toute forme de collectivité ou de la population en général. La santé et le bien-être – notamment l'espérance de vie en bonne santé et la qualité de vie –, la sécurité et un environnement sain représentent des biens communs particulièrement ciblés. La promotion du bien commun invite à la défense des intérêts à long terme d'une population aux dépens, parfois, de préférences individuelles ou ponctuelles.

La bienfaisance et la non-malfaisance constituent deux principes éthiques incontournables qui viennent éclairer la notion de bien commun. La bienfaisance, qui fait place à l'empathie et à la sollicitude devant la maladie ou la souffrance, traduit l'obligation morale d'intervenir pour le bien de la population; le souci de bienfaisance, dans les limites des responsabilités qui incombent aux acteurs de la santé publique, va de pair avec l'objectif d'un bon état de santé et de bien-être de l'ensemble de la population. La bienfaisance ne se contente toutefois pas de la bonne volonté qui sous-tend l'action, mais exige que soient évalués les bénéfices d'une intervention par rapport aux effets négatifs qu'elle pourrait causer. Quant au principe de non-malfaisance, il sous-tend l'obligation morale de ne pas nuire ni causer du tort aux autres; il rappelle l'importance de protéger la population contre les méfaits, iatrogéniques ou autres, découlant de certaines actions ou de l'omission d'agir.

Il souligne aussi l'importance de justifier l'intervention d'une manière qui tient compte de ses effets négatifs, que ceux-ci soient directs ou indirects. Enfin, les principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance renvoient, de façon particulière, à des principes d'une autre nature, notamment l'incertitude et la précaution. Le principe d'incertitude invite à questionner périodiquement les évidences, même solides, dans la planification des interventions. Le principe de précaution, pour sa part, met en garde contre l'inaction quand les risques pour la santé sont mal connus ou mal caractérisés, ou encore lorsque les connaissances sur les façons d'intervenir sont lacunaires tandis que les risques pour la santé sont graves et irréversibles. Si la bienfaisance et la précaution invitent à l'action, la non-malfaisance et l'incertitude conviennent à la prudence.

L'amélioration de la santé et du bien-être, tout en étant centrée sur le bien commun, repose sur la reconnaissance de la capacité de l'être humain à faire ses propres choix de vie ainsi que sur le respect des personnes et de leur intégrité. Les activités de la santé publique s'inscrivent ainsi dans le respect de l'autonomie des personnes, de cette capacité de gouverner leur propre vie et de définir elles-mêmes ce qui est bien, souhaitable, tolérable ou acceptable pour elles-mêmes ou pour les personnes dont elles sont responsables. Ce principe est associé à des valeurs comme la liberté et l'indépendance. Le respect de la confidentialité et de la vie privée est une règle qui va de pair avec le respect de l'autonomie des personnes. Elle prend une importance particulière dans toute situation qui implique l'utilisation de données nominatives à des fins de surveillance, de recherche ou d'intervention. Toute personne a le droit de définir, elle et elle seule, quels sont les aspects de sa vie privée qu'elle accepte de divulguer en ce qui concerne, par exemple, son bagage héréditaire ou génétique, son état de santé ou une exposition antérieure à des risques pour la santé. On peut dès lors pressentir les conflits possibles entre la nécessité de protéger la santé de l'ensemble de la population, qui peut demander la collecte et la communication de renseignements personnels, et l'exigence de respecter l'autonomie et le droit à la confidentialité des personnes.

Par ailleurs, la valeur associée à la notion de responsabilité occupe une place importante au regard de la santé et du bien-être de la population. On peut même parler ici d'équilibre entre la responsabilité sociale, incarnée par l'État et les différentes organisations sociales, et la respon-

sabilité individuelle des citoyens. La responsabilité sociale à l'égard de la santé de la population ne dispense pas le citoyen d'exercer sa responsabilité individuelle. En effet, chaque citoyen porte la responsabilité de ses choix; il doit se préoccuper des conséquences de ceux-ci non seulement sur sa santé et son bien-être personnels, mais également sur la santé et le bien-être de toute la collectivité. Toutefois, faire appel à la responsabilité individuelle risque d'être inutile si, sur le plan social, les conditions requises pour l'exercice de cette responsabilité ne sont pas mises en place. L'État doit en effet s'assurer qu'il prend tous les moyens nécessaires pour promouvoir le bien commun, le protéger et assurer l'égalité des chances de tous les citoyens quant à la santé et au bien-être. En collaboration avec les différents acteurs sociaux, il se doit de soutenir le développement des capacités des citoyens à faire des choix tout en s'assurant de mettre en place les conditions qui facilitent ces choix, ces conditions étant souvent hors de contrôle de la sphère individuelle – par exemple les conditions sociales ou les aménagements collectifs sur lesquels chaque citoyen n'a que peu ou pas d'emprise.

En corollaire, la coresponsabilité de la société et du citoyen s'exprime à travers la valeur de solidarité. Si la responsabilité possède deux facettes – responsabilité de la société envers le citoyen et du citoyen par rapport aux efforts collectifs pour défendre le bien commun –, la solidarité a aussi deux facettes : empathie et assistance de l'ensemble de la société dans la recherche de la santé et du bien-être, et engagement du citoyen à tolérer certains empiétements sur son autonomie. La solidarité sociale fait en sorte, d'une part, que la collectivité se préoccupe de répondre aux besoins des personnes et des groupes et, d'autre part, que la majorité des citoyens s'engage dans des actions susceptibles d'améliorer la santé de la population, ces deux mouvements s'imposant souvent comme des conditions à l'efficacité de l'action en santé publique.

Cette solidarité sociale permet de prendre en compte les besoins particuliers de groupes de personnes qui présentent davantage de problèmes ou de facteurs de risque. Le portrait de l'état de santé de la population montre clairement que la santé ne se distribue pas également dans la population : les groupes défavorisés au point de vue socio-économique, certaines minorités ethniques ou encore d'autres groupes, en raison de leur âge, de leur sexe ou de diverses conditions, sont plus susceptibles d'avoir différents problèmes psychosociaux ou de santé. La protection

des individus, des groupes et des communautés vulnérables occupe donc une place légitime parmi les valeurs à respecter en santé publique.

La préoccupation à l'égard des individus, des groupes et des communautés vulnérables n'est pas étrangère au principe plus large de justice, qui implique une réponse impartiale aux besoins, en matière de santé et de bien-être, des personnes et des groupes qui composent la population. Ce principe de justice suppose un exercice de recherche d'équilibre entre des mesures universelles pour tous et des mesures sélectives pour les personnes et les groupes vulnérables. De même, la justice entre les générations appelle à considérer la durabilité des effets. D'autres considérations, relatives notamment au sexe, au genre ou à la culture, sont susceptibles d'être abordées lorsque le principe de justice est évoqué. Ce principe inclut la notion de non-discrimination, selon laquelle une intervention juste n'exposera pas les groupes cibles à la discrimination, à l'étiquetage social ou à la stigmatisation.

Le recours aux valeurs et aux principes éthiques

On recourt à l'éthique, en santé publique, parce que la plupart des décisions à prendre concernent des personnes, qu'il s'agisse d'individus, de groupes ou de communautés et, plus précisément, la manière de vivre ensemble. Les valeurs et les principes éthiques proposés marquent des orientations, des préoccupations, des attitudes à privilégier ou des règles à respecter. Le recours aux valeurs et aux principes éthiques, dans un contexte de planification ou de pratique, favorise en effet la discussion et les débats lorsque s'opposent diverses convictions, options ou justifications tout aussi défendables les unes que les autres. La référence à ces valeurs et à ces principes ne doit pas donner lieu à une application mécaniste et linéaire, mais plutôt inviter à la réflexion et donner des repères pour résoudre des questions morales relatives à la santé et au bien-être. Ces valeurs et ces principes permettent d'examiner, selon différentes perspectives, les dimensions des activités quand il s'agit de prendre des décisions. De plus, ils peuvent revêtir un poids particulier, selon les différentes situations soumises à l'analyse.

Différents moyens existent pour soutenir le recours à des repères d'ordre éthique. Ainsi, le Comité d'éthique de santé publique, institué par la Loi sur la santé publique, constitue un premier moyen de faire place aux préoccupations d'ordre éthique par la création d'un dispositif formel qui

permet d'obtenir des avis sur les projets de plans de surveillance ou sur toute autre question de santé publique susceptible d'être soulevée par l'application de la Loi et la mise en œuvre du présent programme ou des plans d'action. Les valeurs et les principes éthiques sont ainsi susceptibles d'alimenter l'exercice de chacune des fonctions de santé publique. Par ailleurs, le développement de l'expertise en éthique s'inscrit dans les visées de la fonction axée sur le développement et le maintien des compétences en santé publique; la production d'outils de référence et l'organisation d'activités de formation continue sont susceptibles de contribuer au développement de cette expertise. Enfin, les comités d'éthique déjà existants en recherche ouvrent la voie à la considération d'enjeux d'ordre éthique susceptibles d'être soulevés dans l'exercice de la fonction axée sur la recherche et l'innovation.

LES STRATÉGIES

Les stratégies retenues

La compréhension de ce qui détermine l'état de santé de la population a un effet sur le choix des stratégies. Ces stratégies exercent une influence transversale sur l'ensemble des domaines d'intervention, de façon à ce qu'un ensemble d'activités convergent pour agir sur des facteurs susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Les stratégies retenues invitent au partage des responsabilités à cet égard; le maintien et l'amélioration de l'état de santé de la population résultent en effet de l'engagement des personnes, des familles, des communautés ainsi que des acteurs appartenant aux secteurs communautaire, public et privé à agir sur les déterminants pour favoriser la santé.

LES STRATÉGIES RETENUES

- 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.

Renforcer le potentiel des personnes

La santé et le bien-être de la population reposent en bonne partie sur le potentiel des personnes, c'est-à-dire sur leurs capacités physiques, psychologiques, comportementales et

sociales, à décider pour elles-mêmes et à exercer une certaine maîtrise sur leur vie. Le rôle de la santé publique est ici de reconnaître ce potentiel et d'en soutenir le développement par des actions axées non seulement sur l'information, mais aussi sur le maintien et l'acquisition de compétences qui permettent aux personnes de faire les choix les mieux éclairés quand il est question de leur santé ou de leur bien-être. La santé et le bien-être passent ainsi par l'*empowerment* des personnes.

*Soutenir le développement des communautés*⁵⁴

Le rôle de la santé publique en ce qui concerne le développement des communautés est de favoriser et de soutenir la participation des personnes qui composent ces communautés à un processus visant à déterminer les problèmes de santé les plus importants pour elles et les solutions les plus appropriées à leur apporter; il s'agit en fait de soutenir le processus d'*empowerment* des collectivités. Cette stratégie suppose l'engagement des acteurs locaux et régionaux, le recours à l'approche communautaire et le partenariat avec les autres secteurs en vue de favoriser la réalisation de projets issus des communautés et axés sur leur santé et leur bien-être. L'expertise de la santé publique peut soutenir la concertation préalable à la réalisation de tels projets ainsi que la mise en œuvre, l'animation et l'évaluation de ces projets.

Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être

La plupart des leviers d'action directe sur les environnements physique, social et économique appartiennent à d'autres secteurs d'activité que celui de la santé et des services sociaux. Par conséquent, il est essentiel que les acteurs de la santé publique collaborent avec ceux des autres secteurs à la mise en place de conditions et à la création d'environnements qui, dans une optique de développement durable, favorisent la santé. Les actions entreprises peuvent consister, notamment, à faciliter l'accès à des ressources, à des services ou à des équipements adéquats et à influencer les décisions de la population dans le sens de la santé et du bien-être. La contribution de la santé publique se traduit également par l'appréciation des risques pour la santé associés à des mesures ou à des projets issus des secteurs public ou privé ainsi que par la détermination de voies d'action susceptibles d'atténuer leurs effets potentiellement négatifs sur la santé.

Favoriser l'*empowerment* des personnes, c'est soutenir la capacité de ces personnes à prendre des décisions et à exercer un meilleur contrôle sur leur vie.

Le développement des capacités d'une collectivité à se prendre en main et à améliorer la santé et le bien-être des personnes qui la composent fait partie du processus d'*empowerment* des collectivités.

Les actions de la santé publique conduisent inévitablement à interagir avec plusieurs secteurs de la société; ce sont notamment ceux de la famille et de l'enfance, de l'éducation, du loisir et des sports, de la justice, de la sécurité publique, de l'emploi, du revenu, du logement, de l'alimentation, de l'agriculture, de l'environnement et du transport.

Différents groupes de la population peuvent s'avérer vulnérables à divers problèmes psychosociaux et de santé; les groupes socioéconomiquement défavorisés et certaines communautés culturelles, dont les autochtones, présentent une grande vulnérabilité à un ensemble de ces problèmes.

Soutenir les groupes vulnérables

Afin de réduire les écarts observés dans la population en ce qui concerne la santé, il est possible d'agir sur les facteurs de vulnérabilité eux-mêmes et sur les moyens auxquels peuvent avoir recours les individus et les communautés pour diminuer les effets négatifs de ces facteurs. Les actions de la santé publique contribuent à caractériser les différentes formes de vulnérabilité et leurs conséquences sur la santé ainsi qu'à déterminer et à mettre en œuvre les actions visant à atténuer ces conséquences. Il importe à la fois d'assurer l'accessibilité des services aux groupes vulnérables et de faire en sorte que ces services soient adaptés aux caractéristiques de ces groupes.

Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces

Les cliniciens interviennent en première ligne auprès de la population. Ils sont encouragés à promouvoir les comportements sains, à offrir du counselling ainsi qu'à déceler certains facteurs de risque et des problèmes encore asymptomatiques ou les premiers signes de problèmes de santé et

de problèmes psychosociaux. Les équipes de santé publique peuvent contribuer au soutien des pratiques cliniques préventives par la détermination des actions efficaces en la matière ainsi que par la diffusion de lignes directrices ou de guides visant à assurer le maintien ou l'intégration de telles actions dans les services offerts à la population.

L'exercice des pratiques cliniques préventives efficaces doit être préconisé en raison de ses effets importants sur l'amélioration de l'état de santé de la population.

Le déploiement des stratégies

Les stratégies retenues recèlent un fort potentiel d'intégration parce qu'elles touchent toutes les fonctions de santé publique. Ainsi, le fait de soutenir les groupes vulnérables, par exemple, exige non seulement d'exercer la fonction de surveillance pour bien connaître l'évolution de l'état de santé de ces groupes, mais également d'offrir des services préventifs adaptés à leurs besoins, de mener des recherches pour améliorer la qualité de ces services et d'influencer les politiques publiques en faveur de ces groupes.

De plus, le choix des stratégies et particulièrement la combinaison de ces stratégies permettent de poursuivre un but qui transcende les domaines d'intervention ainsi que les problèmes de santé ou les problèmes psychosociaux pris un à un, à savoir la réduction des inégalités en matière de santé et de bien-être; c'est en effet par *l'empowerment* des personnes et des communautés, par le soutien des groupes vulnérables et par des actions intersectorielles qu'on peut prétendre parvenir à une certaine équité en matière de santé et de bien-être.

Par ailleurs, cette même combinaison de stratégies commande une planification souple, qui saura faire place à des projets issus des communautés soucieuses de prendre en main la santé et le bien-être des personnes qui en font partie. De tels projets sont fondés sur la compétence des membres des communautés à s'engager dans la modification de leur environnement physique ou social pour améliorer leur santé et leur bien-être. Il importe donc de soutenir la mise en œuvre de projets qui s'inscrivent dans

la poursuite des objectifs du programme et autour desquels des groupes ou des communautés se mobilisent.

L'accent mis sur l'une ou l'autre des stratégies retenues varie en fonction du contexte dans lequel s'inscrit l'activité, selon les déterminants, les problèmes de santé ou les problèmes psychosociaux en cause et selon la nature même de l'activité mise en place. Dans certains cas, des travaux de recherche sont encore nécessaires pour établir la combinaison optimale des stratégies qui générera, dans le contexte québécois, des gains de santé significatifs pour l'ensemble de la population.

Alors que les fonctions de santé publique constituent l'assise principale du programme national, les valeurs et les principes éthiques ainsi que les stratégies représentent des jalons pour guider sa mise en œuvre.

SECTION **4**

**LA SURVEILLANCE : CONNAÎTRE ET FAIRE CONNAÎTRE
L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POLULATION**



LES FINALITÉS DE LA SURVEILLANCE

Les activités associées à la surveillance permettent de décrire et d'analyser l'état de santé de la population en ce qui concerne les problèmes, les facteurs de risque, les déterminants, les écarts et les tendances aux fins suivantes :

- informer la population sur son état de santé, de manière à ce que les individus, les groupes, les communautés ou leurs représentants puissent comparer leur état à celui de l'ensemble de la population et agir avec le meilleur éclairage possible en faveur de leur santé et de leur bien-être;
- soutenir la prise de décision et le processus de planification sociosanitaire tant par la détermination des problèmes prioritaires que par la connaissance des problèmes émergents dans la population générale ou dans certains groupes, ce qui permet de concevoir les politiques appropriées et d'offrir les activités et les services adéquats;
- réviser les orientations et les choix grâce au suivi des indicateurs de résultats;
- soutenir la prise de décision dans les secteurs d'activité connexes dont les actions, les services ou les politiques peuvent avoir des effets sur la santé et le bien-être de la population.

La fonction de surveillance s'exerce ainsi en étroite relation avec les autres fonctions de santé publique. Elle s'exerce également à travers chacun des domaines d'intervention, sans toutefois s'y limiter; en effet, quand vient le temps de dresser le bilan de l'état de santé de la population, la surveillance peut porter sur le suivi de déterminants, de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux qui ne sont pas visés par l'un ou l'autre des domaines d'intervention.

La surveillance permet de préciser quels sont les problèmes les plus importants et les déterminants sur lesquels doivent porter les activités offertes en vue d'améliorer l'état de santé de la population; elle permet également de mesurer le degré d'atteinte des objectifs sociosanitaires visés par ces activités. Il s'agit là d'une contribution essentielle de la surveillance à l'évaluation du programme.

LES ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE

Les activités de surveillance s'ordonnent selon trois axes principaux qui concernent l'alimentation en données, la production et la diffusion de l'information. Les grandes orientations de ces activités sont définies dans les plans de

surveillance prévus à l'article 35 de la Loi sur la santé publique. Les plans de surveillance national et régionaux servent à planifier tout ce qui concerne l'alimentation en données, le traitement et l'analyse de ces données ainsi que la diffusion de l'information que l'on peut en tirer. Ils sont soumis à l'examen du Comité d'éthique de santé publique. Par ailleurs, ils respectent les règles de la Commission d'accès à l'information du Québec (CAI) lorsque celles-ci s'appliquent.

À PROPOS DES ACTIVITÉS

Une partie des activités incluses dans le programme existent déjà : certaines sont à poursuivre telles quelles – les activités existantes à maintenir –, alors que d'autres sont à consolider – les activités existantes à consolider. Les autres activités sont nouvelles et doivent être implantées – les activités à mettre en place.

Symboles utilisés

- Activité à déployer au cours du premier cycle du programme (2003-2005)
- Activité existante à maintenir
- ◐ Activité existante à consolider
- Activité à mettre en place

Les activités relatives à l'alimentation en données

Exercer la fonction de surveillance exige avant tout d'assurer la disponibilité des données et l'accès à ces données. Les acteurs de la santé publique doivent, d'une part, assurer la qualité et la disponibilité des données issues des banques de données dont ils sont responsables, et ce, au profit de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. En tant qu'utilisateurs, ils doivent, d'autre part, suivre une série d'étapes afin d'obtenir les données essentielles à la surveillance de l'état de santé de la population; ces étapes sont la détermination des données et des sources de données nécessaires ainsi que des enquêtes à mener, l'établissement et la conclusion d'ententes avec les détenteurs de données concernant l'acquisition de leurs données, la vérification de la qualité des données, la détermination et le respect des conditions nécessaires pour assurer la confidentialité des données, la mise en place et la mise à jour de systèmes d'information, la conduite d'enquêtes et de sondages ainsi que la transformation des banques de données ou des micro-fichiers en fichiers

exploitables. La conception de nouveaux indicateurs et de nouveaux systèmes d'information s'avère, en outre, nécessaire. L'ensemble de ce processus devrait permettre d'assurer un flux de données variées, probantes et exactes, produites régulièrement ou occasionnellement, selon le besoin.

Les activités relatives à la production

Le but ultime de la surveillance étant de produire une information pertinente et à jour, tant sur l'état de santé et de bien-être de la population que sur les déterminants, les productions exigent que les données aient un sens pour les publics visés; il faut donc que les données brutes soient traitées, analysées et interprétées afin de produire une information utile au public auquel elles s'adressent et compréhensible par ce public. Un travail d'intégration des données s'impose, qu'il s'agisse des dimensions temporelle (passé, présent et futur) ou spatiale (niveaux national, régional et local) de ces données.

Les productions sont de différente nature. Certaines d'entre elles reposent sur des analyses de base, pour l'ensemble d'une population ou pour un groupe, et permettent de faire le suivi de l'état de santé et de bien-être de cette population ou de ce groupe aussi bien que d'étudier des problématiques particulières. D'autres productions font état d'analyses qui permettent de connaître davantage les problèmes prioritaires et les problèmes émergents pour mieux les comprendre. Des analyses prospectives, qui reposent sur des hypothèses d'évolution et qui tendent à projeter dans le futur un scénario relatif à un problème de santé général ou particulier, peuvent également faire partie des productions issues de la surveillance.

Le rapport national et les rapports régionaux sur l'état de santé de la population, prévus à l'article 10 de la Loi sur la santé publique, constituent les productions privilégiées en matière de surveillance. Le rapport national permet la comparaison des résultats obtenus pour l'ensemble du Québec et dans chacune des régions; il permet également la comparaison de ces résultats à ceux d'autres provinces ou pays. Les rapports régionaux, pour leur part, permettent la comparaison des résultats entre les territoires locaux qui

en font partie. Il est entendu que la préparation des rapports sur l'état de santé repose sur une étroite concertation des acteurs qui y prennent part aux niveaux national et régional.

Le rapport national sur l'état de santé, sous des formes variables, traite des principaux problèmes de santé et de bien-être en même temps qu'il permet d'établir les liens avec les activités du programme. Il peut également présenter un portrait des principaux indicateurs de santé et de bien-être de façon à dégager les grandes tendances et à poser un diagnostic sur la situation du Québec. Des documents thématiques ou des synopsis portant sur des questions préoccupantes ou, encore, visant à approfondir, sous un angle transversal – par exemple, selon les cycles de vie ou selon les milieux de vie –, certaines problématiques de santé pourraient être produits en complément du rapport sur l'état de santé de la population.

Les activités relatives à la diffusion de l'information

L'information générée par la surveillance est destinée à informer la population ainsi que les professionnels et les décideurs, qu'ils fassent partie ou non du réseau de la santé et des services sociaux. Il est important que cette information soit adaptée aux différents publics auxquels elle sera transmise; ainsi, elle doit être compréhensible, c'est-à-dire claire et facile à interpréter. La diffusion de l'information sur l'état de santé empruntera diverses formes – bulletins, cahiers statistiques ou profils, par exemple. La diffusion peut également être faite par différents moyens de communication, comme le courrier postal ou électronique, un site Web, des présentations à l'occasion de colloques ou de congrès et les revues scientifiques. Les stratégies de diffusion, notamment l'harmonisation des différents calendriers de diffusion, devraient faire en sorte que chaque production reçoive l'attention qu'elle mérite.

LES ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE CONTINUE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

- ○ Élaboration des plans de surveillance national et régionaux.

Activités relatives à l'alimentation en données

- ● Tenue d'activités liées à la disponibilité des données issues des fichiers, de nature administrative ou clinique, du réseau de la santé et des services sociaux et à l'accessibilité à ces données en temps opportun.
- ① Détermination des besoins en ce qui concerne l'information à collecter au moyen d'enquêtes sociosanitaires, lesquelles seront menées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).
- ○ Conclusion d'ententes formelles portant sur l'acquisition et l'alimentation en données produites par des tiers.

Activités relatives à la production

- ○ Production des rapports national et régionaux sur l'état de santé de la population.
- ● Production des analyses portant sur les variations temporelles ou spatiales.
- ○ Production d'analyses portant sur les problèmes prioritaires et les problèmes émergents.
- ○ Production d'analyses prospectives concernant certains problèmes de santé.

Activités relatives à la diffusion de l'information

- ○ Diffusion des rapports national et régionaux sur l'état de santé de la population.
- ① Diffusion de toute autre information à la population en ce qui concerne l'état de santé de la population.
- ① Diffusion de toute autre information aux décideurs et aux intervenants du réseau sociosanitaire en ce qui concerne l'état de santé de la population.

- Légende**
- Activité à déployer en 2003-2005
 - Activité existante à maintenir
 - ① Activité existante à consolider
 - Activité à mettre en place

LA CLASSIFICATION DES OBJETS DE SURVEILLANCE

- **Conditions démographiques** : effectif, structure selon l'âge et le sexe, mouvement de population.
- **Conditions socioculturelles** : modalité de vie, langue, immigration.
- **Conditions socioéconomiques** : scolarité, revenu, emploi.
- **Environnement physique** : eau, air, sol, aliments, logement, milieu de travail.
- **Environnement social et adaptation sociale** : soutien social, réalité familiale, adaptation sociale, développement des compétences.
- **Habitudes de vie, facteurs de risque et comportements préventifs** : alimentation, tabac, alcool, drogues et jeux de hasard, poids corporel, activité physique, grossesse, naissance et allaitement, comportement de protection.
- **Services de santé** : services préventifs (services dentaires, mammographie, test de Papanicolaou, vaccination), services de première ligne (médicament et méthadone, Info-Santé CLSC), autres services de santé au besoin.
- **État de santé global** : perception de l'état de santé, espérance de vie, espérance de vie en bonne santé, perte d'autonomie, mortalité selon l'âge.
- **État de santé physique** : perte d'autonomie, prévalence de problèmes de santé physique, morbidité et mortalité selon la cause.
- **État de santé mentale** : perception de l'état de santé mentale et estime de soi, problème de santé mentale, détresse et stress, idée suicidaire et tentative de suicide, suicide, dépression, hospitalisation pour trouble mental.

LES OBJETS DE SURVEILLANCE

La surveillance porte sur des éléments qui concernent l'état de santé et de bien-être de la population ainsi que ses déterminants : ce sont les objets de surveillance. Un certain nombre d'entre eux sont utiles à plusieurs, sinon à l'ensemble des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, et touchent tous les domaines d'intervention en santé publique. Ces objets de surveillance permettent de décrire et d'analyser tant les conditions démographiques, économiques, sociales ou culturelles qui ont un lien avec la santé et le bien-être de la population que les habitudes de vie, les services de santé, les services sociaux ainsi que l'état de santé générale, physique et mentale de la population. D'autres objets de surveillance permettent de décrire et d'analyser des réalités propres à chacun des domaines d'intervention. Parmi ces objets se retrouvent les principaux problèmes de santé et de bien-être sur lesquels portent les activités dans chacun des domaines d'intervention et certains facteurs qui sont associés à ces problèmes.

La Loi sur la santé publique et le programme national mènent à une évolution de la pratique en matière de surveillance. L'élaboration des premiers plans de surveillance, le recours au Comité d'éthique de santé publique et possiblement à la CAI, la détermination des orientations concernant l'alimentation en données et la mise en place de mesures transitoires pour garantir l'accès aux données nécessaires sont autant d'étapes qui préparent les premières productions relatives à la surveillance dont fait mention le programme. Un document complémentaire présentera les plans de surveillance qui détermineront l'ensemble des objets de surveillance à inclure dans le Programme national de santé publique ainsi que les indicateurs et les sources de données permettant de les mesurer. Suivront des productions systématiques effectuées conjointement par les équipes nationale et régionales de surveillance, le premier rapport concerté sur l'état de santé de la population et des productions concernant la surveillance dans les différents domaines d'intervention.

SECTION

5

**LES INTERVENTIONS ET LES SERVICES
DE SANTÉ PUBLIQUE À LA POPULATION**



La contribution de la santé publique à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, pour les dix prochaines années, se traduit par l'énoncé d'objectifs portant sur les problèmes de santé, les problèmes psychosociaux ou leurs déterminants, par l'énumération des activités à offrir – dont certaines sont à mettre en œuvre au cours du premier cycle du programme, soit entre 2003 et 2005 –, et par la détermination de l'apport de la recherche pour soutenir les activités proposées. Ces différents éléments sont présentés dans six parties distinctes, chacune étant consacrée à un domaine d'intervention. Une autre partie regroupe les activités qui ne sont pas particulières à un domaine et qui s'appuient sur la stratégie de développement des communautés.

La présentation est la même pour chacun des domaines d'intervention. Après une brève analyse tant des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux les plus importants que des déterminants et des facteurs de risque s'y rapportant vient une partie portant sur l'intervention, dans laquelle sont mentionnées les activités actuelles et les orientations qui guident le choix des activités pour les prochaines années. Les objectifs fixés et les activités proposées pour les atteindre sont ensuite précisés. La logique de la présentation des activités varie d'un domaine à l'autre – présentation par problèmes, par ensemble de problèmes ou par fonctions –, selon la dynamique d'intervention propre à chaque domaine. Un exposé des orientations générales qui guident la recherche en vue de soutenir la mise en œuvre du programme est ensuite fait.

Les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux les plus importants

Les problèmes et les déterminants pris en considération sont ceux pour lesquels on peut escompter des gains, en ce qui concerne l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population, par l'intervention en santé publique. L'importance des problèmes, pour sa part, est établie au regard de l'ampleur, de la gravité, de la recrudescence ou de l'apparition de ces problèmes.

Les objectifs fixés

Les objectifs sociosanitaires énoncés portent sur la modification des déterminants de la santé et du bien-être, l'amélioration de la santé ou la réduction des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux. Une estimation de la réduction attendue est précisée, sous forme de taux ou de pourcentage, lorsque les données existantes le permet-

tent; cette estimation traduit l'ordre de grandeur des résultats attendus. La quantification des résultats attendus se complétera au fur et à mesure que des données de surveillance rendront possible une estimation précise des résultats escomptés. Enfin, il faut comprendre que les activités de santé publique représentent une contribution parmi d'autres – celle, notamment, des autres acteurs du système de santé et de services sociaux et, dans la plupart des cas, celle d'acteurs d'autres secteurs – à l'atteinte de ces résultats⁵⁵.

Les activités proposées

Les activités proposées se rattachent 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 santé⁵⁶; il s'agit là du premier critère d'inclusion des activités dans le programme. L'efficacité en constitue le deuxième. Dans la majorité des cas, elle est établie à partir d'évaluations menées selon des protocoles rigoureux, dont les résultats sont rapportés dans la documentation scientifique; dans d'autres cas, elle est fondée sur un consensus d'experts. Il s'agit alors d'activités qui, bien que leur efficacité ne soit pas encore démontrée, portent sur des déterminants dont l'influence sur la santé est importante et clairement établie; il en va ainsi de certaines activités se rapportant particulièrement aux conditions et aux milieux de vie – retenues dans le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale –, ou aux habitudes de vie – qui font partie du domaine concernant les habitudes de vie et les maladies chroniques. Des recherches évaluatives seront menées afin de s'assurer que ces activités permettent vraiment d'atteindre les résultats attendus. Enfin, les activités retenues sont conformes aux stratégies qui ont été privilégiées.

Plusieurs des activités choisies s'inspirent de documents d'orientation gouvernementaux et s'inscrivent en toute cohérence avec ces derniers. Il en va ainsi d'activités qui se rapportent au premier axe de l'énoncé de la stratégie de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale⁵⁷, et qui concernent particulièrement la réduction des écarts de santé et de bien-être par la prévention et le développement du potentiel des personnes. Un bon nombre d'activités rejoignent par ailleurs les objectifs de la toute récente Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale⁵⁸ au regard du soutien à accorder aux actions locales ou

régionales et à la mobilisation sociale pour lutter contre la pauvreté. Enfin, plusieurs des activités proposées assurent la continuité des actions préconisées dans des documents d'orientation ou des plans d'action ministériels en matière de santé et de services sociaux; c'est le cas, notamment, d'objectifs et d'activités faisant partie de *La politique de la santé et du bien-être*⁵⁹ ou des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*⁶⁰. Des énoncés tirés d'orientations et de plans d'action ministériels ont inspiré le choix d'activités particulières à l'un ou l'autre des domaines d'intervention; il en sera fait mention dans la partie relative à l'intervention comprise dans la partie introductive de chaque domaine.

Parmi les activités retenues, certaines sont à déployer au cours du premier cycle du programme (2003-2005). C'est essentiellement un critère de faisabilité qui a prévalu au choix de ces activités pour les trois prochaines années, c'est-à-dire la capacité réelle, aux niveaux national, régional et local, de maintenir, de consolider ou de mettre en place ces activités et d'arriver à des résultats concrets au terme du premier cycle du programme. D'autres activités seront à déployer au cours des deux autres cycles du programme (2006-2008 et 2009-2012).

Les activités à déployer au cours du premier cycle du programme, aux niveaux national, régional ou local, constituent l'ensemble des services communs à toutes les régions et à tous les territoires locaux du Québec pour cette période. D'autres activités s'ajouteront au moment de préparer les plans d'action régionaux et locaux, soit pour répondre aux besoins particuliers des populations régionales ou locales, soit pour élargir, si possible, l'ensemble des services offerts. Par ailleurs, certaines activités ayant un lien avec le déterminant de l'organisation des services pourront s'ajouter dans les plans d'action régionaux : il s'agit d'activités déjà en cours et axées sur les services sociaux et de santé de première ligne, d'activités d'intégration des services en promotion et en prévention aux services de première ligne et aux services spécialisés ou encore d'activités qui s'inspirent de l'approche d'autosoins en ce qui concerne, particulièrement, le traitement des maladies chroniques.

Des précisions s'imposent sur deux types d'activités prévues dans plusieurs domaines d'intervention : il s'agit des campagnes de communication ainsi que des activités relatives à la promotion et au soutien des pratiques cliniques préventives.

RAPPEL

Une partie des activités incluses dans le programme existent déjà : certaines sont à poursuivre telles quelles – les activités existantes à maintenir –, alors que d'autres sont à consolider – les activités existantes à consolider. Les autres activités sont nouvelles et doivent être implantées – les activités à mettre en place.

Symboles utilisés

- Activité à déployer au cours du premier cycle du programme (2003-2005)
- Activité existante à maintenir
- ◐ Activité existante à consolider
- Activité à mettre en place

Des campagnes de communication sont ainsi prévues sur divers thèmes; de telles campagnes intègrent des activités de communication variées, allant de messages diffusés par différents moyens de communication de masse à des activités d'information et de sensibilisation organisées au niveau national, régional ou local.

Les activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives se traduisent, quant à elles, par la diffusion des connaissances sur les pratiques les plus efficaces et par la production d'outils pour favoriser le recours à de telles pratiques par les cliniciens – il peut s'agir de médecins, de sages-femmes, d'infirmières, de travailleurs sociaux, de dentistes ou de tout autre clinicien. Les pratiques cliniques préventives retenues sont celles qui visent des problèmes de santé importants et celles par lesquelles on peut escompter, du point de vue de la santé publique, des gains substantiels en ce qui a trait à l'amélioration de la santé de la population ou de groupes particuliers. Plusieurs des pratiques cliniques préventives retenues sont des mesures dont l'efficacité a été reconnue par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique⁶¹. D'autres sont fondées sur des avis d'experts, particulièrement en ce qui concerne l'identification précoce de problèmes à caractère psychosocial. À ce sujet, il importe d'établir une nette distinction entre ces dernières activités, axées sur l'identification la plus hâtive possible des personnes présentant divers symptômes d'un problème, et le dépistage – opportuniste ou systématique –, qui consiste à déceler un problème chez des personnes asymptomatiques⁶².

La recherche et l'innovation

Des thèmes ont été retenus dans chacun des domaines d'intervention afin de répondre aux besoins du programme en ce qui concerne l'amélioration des connaissances, laquelle permettra une meilleure compréhension des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux, des déterminants de la santé, des stratégies et interventions efficaces ainsi que des conditions et des pratiques à prendre en compte. Un document complémentaire viendra préciser les besoins particuliers en recherche pour le premier cycle du programme (2003-2005) et les avenues à privilégier pour coordonner les efforts dans l'exercice de cette fonction.

Il importe de spécifier que, bien que les activités soient présentées pour chacun des domaines d'intervention, leur mise en œuvre ne se fait pas en parallèle. Les activités exigent en effet une planification d'ensemble, peu importe le domaine auquel elles se rapportent, soit parce qu'elles s'adressent aux mêmes groupes de la population, soit parce qu'elles portent sur des déterminants communs de la santé et du bien-être, soit parce que les actions portant sur différents déterminants se conjuguent pour agir sur la santé et le bien-être de la population. Les activités présentées dans la dernière partie illustrent bien le type d'intégration souhaité.

Le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale

LES PROBLÈMES, LES FACTEURS DE RISQUE ET LES DÉTERMINANTS

Le domaine d'intervention concernant le développement, l'adaptation et l'intégration sociale regroupe un ensemble de problèmes psychosociaux qui affectent autant les enfants et les adolescents que les adultes et les personnes âgées. Il s'agit notamment des problèmes d'abus, de négligence et de violence, des problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool, des problèmes de santé mentale et du suicide. Ce domaine inclut également certains problèmes se rapportant au développement et à la santé physique des jeunes enfants ainsi que des problèmes particuliers touchant l'adaptation sociale des enfants et des adolescents.

Les enfants, les adolescents et les jeunes adultes

Malgré les progrès constatés au cours des dernières années, de nombreux problèmes sociaux et de santé continuent d'affecter ou de menacer le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents. Ainsi, l'augmentation constante, depuis les vingt dernières années, du pourcentage de la prématurité et la hausse récente du pourcentage d'insuffisance de poids à la naissance⁶³ retiennent l'attention. Il faut noter que certains enfants ayant un faible poids à la naissance sont nés prématurément ou ont souffert d'un retard de croissance intra-utérine. D'autres problèmes qui concernent la grossesse, la

naissance ou les premiers mois de la vie peuvent également compromettre le développement de l'enfant. Il s'agit, notamment, de la rubéole congénitale, des malformations du tube neural, du syndrome de l'alcoolisation fœtale, de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale.

La proportion des naissances vivantes prématurées est passée de 5,6 % en 1981 à 7,5 % en 1998.

De 5,7 % qu'elle était en 1993, la proportion d'insuffisance de poids à la naissance (IPN) est passée à 6,1 % en 1998. La proportion est plus élevée chez les enfants nés de mères de moins de 18 ans.

Certains problèmes de santé physique, tels que les infections gastro-intestinales et les infections respiratoires – relativement fréquents chez les nourrissons mais contre lesquels l'allaitement maternel apporte une protection certaine –, risquent également d'avoir des conséquences sur le développement des enfants. Il en est de même de l'anémie ferriprive dont la prévalence semble plus grande dans certains groupes, notamment les nouveau-nés de faible poids à la naissance et les enfants de milieux défavorisés sur le plan socioéconomique⁶⁴.

Les retards de développement moteur, cognitif, langagier ou social peuvent se manifester très tôt chez les enfants⁶⁵. Ce sont souvent ces enfants qui risquent de présenter des problèmes d'adaptation et d'apprentissage lorsqu'ils fréquenteront la garderie ou l'école.

Environ 20 % des enfants de deux ans et demi présentent un retard de développement cognitif.

On estime qu'environ une adolescente sur douze deviendra enceinte avant son dix-huitième anniversaire et qu'à peu près une sur quatre le sera avant son vingtième anniversaire⁶⁶. Le taux de grossesse chez les jeunes filles âgées de 14 à 17 ans semble s'être stabilisé depuis le début des années 1990 – entre 19 et 20 pour 1 000 adolescentes de 1992 à 1998 –, de même que chez les jeunes femmes de 18 et 19 ans (68 pour 1 000 en 1998). Une augmentation du recours à l'interruption volontaire de grossesse est également observée⁶⁷. Par ailleurs, chaque année, environ 3 000 bébés naissent de mères de moins de 20 ans⁶⁸. Les conséquences d'une grossesse précoce menée à terme pour la santé de la mère et celle de l'enfant sont nombreuses et elles peuvent être d'ordre physique, psychologique ou social; ce sont, par exemple, un risque accru de prématurité, d'insuffisance de poids à la naissance ou de décrochage scolaire.

Plusieurs enfants sont victimes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle ou de négligence. Peu de données permettent d'évaluer l'ampleur réelle de ces problèmes. Toutefois, une étude réalisée en 1999 sur un échantillon de 2 469 mères québécoises nous apprend que 6,6 % d'entre elles ont manifesté de la violence physique sévère envers leurs enfants au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête⁶⁹. Les conséquences chez les victimes sont nombreuses : blessures, retards de croissance et de développement, troubles des conduites, délinquance, toxicomanies et autres problèmes de violence à l'âge adulte, notamment la violence conjugale. Par ailleurs, bon nombre d'enfants exposés à la violence conjugale, en plus de présenter de multiples problèmes psychosociaux et de santé, courent un plus grand risque d'être victimes de mauvais traitements, voire de développer des comportements violents, en raison des modèles de comportements inappropriés auxquels ils sont exposés.

Les troubles des conduites, incluant la violence envers les autres, constituent un autre problème important qu'éprouvent les enfants et les adolescents – entre 6 % et 16 % des garçons et de 2 % à 9 % des filles en seraient affectés –; ces troubles handicapent sérieusement le développement des jeunes et ont des conséquences importantes sur la famille et les différents milieux de vie de ces jeunes⁷⁰. Ils peuvent se manifester sous différentes formes et dans divers contextes, notamment à l'école, dans le voisinage et dans les relations amoureuses. Les troubles des conduites, en particulier l'agressivité persistante en bas âge, constitueraient un facteur de risque de la délinquance. La délinquance, si elle est persistante, amène le jeune à vivre des difficultés d'intégration sociale qui se poursuivent souvent à l'âge adulte.

Les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool demeurent préoccupants chez les jeunes⁷¹. Ils sont souvent associés à d'autres problèmes psychosociaux et de santé, tels que la délinquance, l'échec scolaire, les comportements sexuels à risque, le suicide et les traumatismes. Il semble de plus que cette consommation ait tendance à augmenter, en particulier celle de la marijuana⁷² et qu'elle se fasse tôt dans la vie des enfants et des adolescents⁷³; en outre, la fréquence de consommation élevée d'alcool – au moins cinq consommations en une même occasion, cinq fois ou plus en douze mois – est à la hausse⁷⁴. Par ailleurs, la pratique des jeux de hasard et d'argent semble gagner de la popularité auprès des jeunes. Chez certains, cette pratique peut entraîner une dépendance – 3,5% des élèves du secondaire présentent un problème de jeu ou risquent d'en développer un⁷⁵ – et une attention particulière doit leur être apportée.

Environ 6 % des élèves du secondaire présentent une consommation problématique de drogues et d'alcool.

Environ 25 % des jeunes de 9 ans ont un niveau élevé de troubles émotifs alors que, chez les jeunes de 13 ans, le niveau élevé de détresse psychologique atteint près de 22 %⁷⁶. Ce sont cependant les jeunes de 15 à 24 ans qui sont les plus nombreux à présenter un indice de détresse psychologique plus élevé, 28 % des jeunes de cet âge se classant dans cette catégorie⁷⁷.

L'insatisfaction à l'égard du poids et de l'image corporelle représente un problème particulier⁷⁸. En effet, malgré le fait que 80 % des jeunes ont un poids normal, 45 % des enfants et 60 % des adolescents sont insatisfaits de leur image corporelle; les pratiques de contrôle de poids, telles que sauter des repas, jeûner toute une journée et commencer ou recommencer à fumer, semblent très clairement installées chez plusieurs d'entre eux⁷⁹. Ces difficultés peuvent conduire à des troubles alimentaires comme l'anorexie et la boulimie.

D'autres aspects de la santé mentale des jeunes retiennent également l'attention. Bien que les idées suicidaires apparaissent très tôt, même dès l'âge de 9 ans⁸⁰, c'est chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans que la prévalence d'idées suicidaires (7,4 %) et de tentatives de suicide (1,4 %) est la plus importante⁸¹. Le suicide, pour sa part, a pris de l'ampleur chez les jeunes depuis 1990 – particulièrement chez ceux de 15 à 19 ans⁸² –, le Québec se retrouvant parmi les pays industrialisés où le taux de suicide à l'adolescence est le plus élevé⁸³. Le suicide est, en outre, de plus en plus fréquent chez les jeunes âgés de 10 à 14 ans et il est la première cause de décès chez les jeunes hommes de 15 à 29 ans⁸⁴.

En 1999, 112 jeunes Québécois âgés de 10 à 19 ans se sont suicidés, soit 91 garçons et 21 filles.

Les problèmes liés au développement et à l'adaptation sociale des enfants et des adolescents sont souvent le résultat du cumul et de l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque. Ainsi, certaines caractéristiques des mères – le jeune âge, la faible scolarité, les naissances multiples, la consommation de drogues ou d'alcool, le tabagisme –, en plus d'avoir une influence sur la prématurité et le faible poids à la naissance, sont associées aux retards de développement des jeunes enfants. Il semble en outre que la consommation d'alcool de la mère durant la grossesse peut accroître le risque de malformations congénitales; cette consommation serait également une des principales causes de déficience intellectuelle. Par ailleurs, l'allaitement maternel, qui aurait des effets bénéfiques tant sur la santé de la mère que sur la croissance et le développement de l'enfant, contribuerait à réduire certains problèmes de santé physique. Des conditions telles que la pauvreté, le chômage, l'isolement social,

la violence conjugale et le manque d'habiletés parentales viennent s'ajouter aux facteurs qui menacent le développement de l'enfant et sont souvent associées à l'apparition des situations d'abus ou des troubles des conduites. De leur côté, les facteurs de risque associés aux tentatives de suicide chez les jeunes ont trait notamment à la dysfonction familiale, à une histoire d'abus physique ou sexuel, à des fugues antérieures, à certains événements stressants de la vie, à une faible estime de soi et à des problèmes de santé mentale, dont la dépression. L'accès facile aux moyens de se suicider augmenterait également le risque de passer à l'acte.

Les adultes et les personnes âgées

Plusieurs problèmes d'adaptation et d'intégration sociale rencontrés à l'adolescence ou dès l'enfance affectent également les adultes et les personnes âgées. Il en va ainsi de la consommation d'alcool qui tend à augmenter chez ces personnes et qui est associée, lorsqu'elle est excessive, à de nombreux problèmes sociaux et de santé. Bien qu'elle soit plus difficilement quantifiable, la consommation de drogues demeure également préoccupante chez les adultes. En ce qui a trait à la consommation de médicaments psychotropes, elle serait particulièrement importante au sein de la population féminine – notamment chez les personnes âgées – et souvent inappropriée⁸⁵. Enfin, une attention particulière doit être portée à la popularité croissante des jeux de hasard et d'argent chez les adultes et, par le fait même, aux personnes pour lesquelles le risque de dépendance au jeu est plus élevé.

Plusieurs adultes rapportent un niveau élevé de détresse psychologique, la proportion étant plus grande chez les femmes, les personnes sans emploi et celles qui sont peu scolarisées ou ont un faible revenu. Il appert de plus que, malgré le fait que cette proportion ait diminué au cours des dernières années, il y aurait une augmentation des conséquences négatives chez ces personnes; en effet, elles seraient affectées pendant une plus longue période de temps et peu d'entre elles consulteraient un professionnel pour lui parler de leur état⁸⁶. Quant aux facteurs de risque, ils ont notamment trait aux caractéristiques personnelles, au fait d'être confronté à des événements stressants – par exemple, une maladie chronique, le deuil d'un proche, une séparation, un divorce ou la perte d'un emploi – et à certaines conditions de vie – les personnes pauvres souffrant plus souvent de troubles mentaux que les personnes plus riches, à cause d'un cumul de facteurs stressants.

En 1998, 20 % des adultes de 25 à 44 ans et 19 % de ceux de 45 à 64 ans se classaient dans la catégorie où le niveau de détresse psychologique est élevé.

L'augmentation de la prévalence des idées suicidaires enregistrée au cours des dernières années – de 3,1 % en 1987 à 3,9 % en 1998 – laisse croire que le phénomène ne s'améliore pas; cette prévalence ne serait pas plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Quant à la prévalence des tentatives de suicide, elle est estimée à 5 personnes pour 1 000⁸⁷.

Depuis le début des années 1990, une augmentation du taux de suicide est observée parmi la population adulte des deux sexes, et ce, dans tous les groupes d'âge⁸⁸. Le problème serait cependant plus important chez les hommes de moins de 50 ans⁸⁹, le Québec présentant un des plus hauts taux de mortalité masculine par suicide parmi les pays industrialisés. Les troubles mentaux, dont la dépression, et l'abus de substances psychoactives sont, parmi les facteurs de risque connus, ceux dont l'association avec le suicide et les comportements suicidaires s'est révélée la plus forte. Il ne s'agit toutefois pas des seuls facteurs associés au risque de suicide; d'autres, liés au milieu social et familial, à l'environnement ainsi qu'à des événements circonstanciels, sont également à prendre en considération⁹⁰.

En 1997-1999, les taux de mortalité par suicide étaient de 31,5 pour 100 000 chez les hommes et de 8,4 chez les femmes.

La violence envers les femmes demeure un problème important, particulièrement celle qui se produit dans un contexte conjugal. En effet, entre 1997 et 2000, le nombre de cas de femmes victimes de violence conjugale signalés a augmenté de 16 %. De plus, les femmes victimes de violence conjugale composent 38 % de l'ensemble des femmes victimes de crimes contre la personne⁹¹. Par ailleurs, on estime que 34 % des Québécoises de 18 ans ou plus ont été victimes d'au moins une agression sexuelle depuis qu'elles ont atteint l'âge de 16 ans⁹². Les situations de violence conjugale et d'agression sexuelle, qu'elles aient été vécues durant l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge

adulte, ont des conséquences à court et à long terme sur les personnes qui en sont victimes.

L'abus et la négligence à l'endroit des personnes âgées est un problème qui retient de plus en plus l'attention. Ce problème toucherait environ 4 % des personnes âgées vivant au sein d'un ménage ou vivant seules⁹³ et entre 8 % et 13 % des bénéficiaires du réseau de la santé et des services sociaux⁹⁴. Plusieurs facteurs liés au contexte socio-économique ou à la famille sont associés aux situations d'abus⁹⁵.

Enfin, la perte d'autonomie est un autre problème susceptible d'entraver l'intégration sociale des personnes âgées. Ainsi, on estime la prévalence de la perte d'autonomie liée à une incapacité à 18 % chez les personnes de 65 à 74 ans et à 39 % chez les personnes de 75 ans ou plus⁹⁶. Outre les maladies chroniques, principales causes d'incapacité et de dépendance chez les personnes de 65 ans ou plus, d'autres facteurs de risque, comme l'inactivité physique, la malnutrition, l'isolement social, la consommation d'alcool, la consommation inappropriée de médicaments ainsi que les chutes, risquent d'affecter l'autonomie des personnes âgées.

L'INTERVENTION

Un ensemble de mesures visant à améliorer les conditions qui entourent la naissance ou la santé des tout jeunes enfants sont à consolider. Tout d'abord, la poursuite de l'implantation de services du type clinique jeunesse, associés à des activités d'information sur la sexualité et la contraception, ainsi que l'accessibilité accrue à des services de contraception orale d'urgence et d'interruption volontaire de grossesse sont privilégiées pour réduire le nombre des grossesses à l'adolescence. Par ailleurs, le soutien des pratiques cliniques préventives en période périnatale est prévu pour réduire les anomalies congénitales, les conséquences de certaines maladies héréditaires ainsi que des problèmes de santé physique chez les jeunes enfants. L'allaitement maternel, déjà appuyé par les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, est encouragé de façon particulière par la mise en place du réseau « Amis des bébés » dans les services de maternité des centres hospitaliers et des CLSC; il s'agit de la principale mesure retenue par le Ministère pour favoriser l'allaitement maternel⁹⁷.

Les efforts investis au cours des dernières années pour soutenir le développement des jeunes enfants de milieux socioéconomiques défavorisés, pour prévenir les problèmes d'abus et de négligence chez ces derniers et pour favoriser

leur adaptation sociale doivent se poursuivre. Ainsi, l'implantation d'activités du type *Naître égaux – Grandir en santé* (NEGS) et de certaines autres visant le soutien éducatif précoce des enfants d'âge préscolaire, qui figuraient déjà parmi les priorités nationales, se continue. La mise en place du *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP), qui s'adresse aux mères de moins de 20 ans et à leur enfant, se poursuit également. Le programme *Fluppy*, axé plus particulièrement sur le développement des habiletés sociales des enfants de maternelle et de première année, et une intervention globale et concertée en milieu scolaire s'ajoutent aux différents services offerts aux enfants et aux adolescents. Plus particulièrement, l'intervention en milieu scolaire doit inclure des activités orientées vers le développement des compétences et de comportements favorisant la santé et le bien-être, encourager l'établissement d'un environnement scolaire et communautaire positif, sain et sécuritaire et, enfin, créer des liens entre l'école, la famille et la communauté.

À ces différentes activités visant à promouvoir la santé et le bien-être tant des enfants que des adolescents et à prévenir un ensemble de problèmes ayant des conséquences sur leur développement et leur adaptation sociale s'ajoutent des interventions qui ciblent des problèmes particuliers et qui, pour la plupart, s'adressent à l'ensemble de la population. Ainsi, pour agir sur les toxicomanies et sur le suicide, trois axes sont privilégiés : les activités de promotion, les activités de prévention et la concertation intersectorielle.

En ce qui a trait aux toxicomanies, le programme respecte de plus les différentes propositions contenues dans les nouvelles orientations ministérielles concernant la prévention de ces problèmes⁹⁸. La promotion d'habitudes de vie saines et sécuritaires ainsi que la prévention des risques de méfaits associés à la consommation de drogues et d'alcool constituent les axes d'action privilégiés. De plus, la promotion et le soutien de pratiques cliniques préventives permettent de diminuer les conséquences de ces problèmes.

Pour ce qui est du suicide, un document d'orientation ministérielle⁹⁹ et les actions prioritaires définies en 1999 dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*¹⁰⁰ ont

marqué le début d'un engagement plus important en santé publique. Outre la poursuite de ces activités, une place est accordée à la formation des médecins sur la prévention du suicide.

Par ailleurs, une attention particulière est accordée aux moyens de réduire les préjugés à l'égard des personnes atteintes de problèmes de santé mentale afin d'inciter ces dernières à demander de l'aide et, par conséquent, de faire diminuer la prévalence des troubles anxieux et dépressifs ainsi que les autres formes de souffrance ou de détresse psychologique. L'information et la sensibilisation du grand public mais aussi des professionnels de la santé et des services sociaux en ce qui concerne tant les signes avant-coureurs de ces problèmes que les activités et les services offerts sont les moyens retenus pour y arriver.

Le problème de la violence et celui des agressions sexuelles ont reçu une attention particulière au cours des dernières années, que ce soit dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* ou par l'élaboration d'orientations gouvernementales en matière de violence conjugale¹⁰¹ et d'agressions sexuelles¹⁰². Au cours des prochaines années, outre les activités mentionnées concernant la prévention de la violence chez les jeunes par le développement des habiletés sociales et la promotion des comportements pacifiques, d'autres activités de prévention de la violence axées sur les relations amoureuses seront mises en œuvre en milieu scolaire. Des efforts seront consentis également à la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles, notamment par des campagnes de sensibilisation et d'information destinées au grand public. Par ailleurs, les cliniciens seront sensibilisés à déceler le moindre signe d'agression sexuelle et de violence conjugale chez les adultes ainsi que tout abus ou toute négligence dont seraient victimes les personnes âgées. Enfin, c'est par différentes activités visant notamment à réduire la consommation de médicaments psychotropes ou les problèmes d'abus et de négligence que la perte d'autonomie chez les personnes âgées pourra être retardée. La prévention de la perte d'autonomie se fera aussi en agissant précocement sur d'autres problèmes de santé que connaissent les personnes âgées, tels que les maladies chroniques et les chutes non intentionnelles, et en favorisant l'adoption de saines habitudes de vie par ces personnes.

LES OBJECTIFS

D'ici 2012 :

- réduire à moins de 15 pour 1 000 le taux de grossesse chez les adolescentes;
- réduire le taux de prématurité;
- réduire le taux d'insuffisance de poids à la naissance (poids inférieur à 2 500 g);
- réduire le nombre d'enfants qui naissent avec des anomalies congénitales graves ou autres problèmes graves de santé, comme les malformations du tube neural, le syndrome de l'alcoolisation fœtale et le syndrome de la rubéole congénitale;
- réduire la morbidité liée à la phénylcétonurie ou à l'hypothyroïdie congénitale;
- réduire les infections respiratoires, les infections gastro-intestinales et l'anémie ferriprive chez les nourrissons;
- augmenter la proportion d'enfants âgés de 0 à 4 ans qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social);
- réduire les problèmes d'abus physique et psychologique, d'agression sexuelle et de négligence à l'endroit des enfants et des adolescents;
- réduire les troubles des conduites, incluant la violence envers les autres et la délinquance, chez les enfants et les adolescents;
- réduire les problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool;
- réduire de 10 % la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées;
- augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale;
- réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides;
- réduire les problèmes d'agression sexuelle et de violence conjugale affectant les femmes;
- réduire les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit des personnes âgées;
- retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

LES ACTIVITÉS

- ● Généralisation des services concernant la consultation en matière de sexualité – du type clinique jeunesse – et la contraception orale d'urgence ainsi que des services gratuits d'interruption volontaire de grossesse à toutes les régions du Québec¹.
- ● Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives suivantes² :
 - prise d'une dose suffisante d'acide folique par les femmes en âge de procréer;
 - recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes;
 - counselling concernant le tabagisme auprès des femmes enceintes;
 - counselling en matière d'allaitement maternel;
 - dépistage systématique de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale auprès des nouveau-nés;
 - recommandation par les médecins aux familles défavorisées de bénéficier des visites à domicile durant la période périnatale et la petite enfance;
 - orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces;
 - formation des médecins axée sur la prévention du suicide.
- ○ Établissement du réseau «Amis des bébés» dans les services de maternité des centres hospitaliers et dans les CLSC.
- ● Intervention par des activités du type *Naître égaux – Grandir en santé* (NEGS) et par le *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP).
- ● Intervention concernant le soutien éducatif précoce (intervention en milieu de garde) pour les enfants d'âge préscolaire provenant de milieux défavorisés.
- ● Intervention visant le développement des habiletés sociales des enfants (*Programme expérimental de Montréal – Fluppy*) dans les milieux scolaires primaires défavorisés³.
- ● Élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale⁴.

- ○ Organisation de campagnes de communication sociétales, portant sur la promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des adolescents, et sur la prévention des problèmes psychosociaux qui les affectent tels que la violence, les agressions sexuelles et les problèmes de santé mentale.
- ○ Organisation de campagnes de communication sociétales, à l'intention des adultes, portant sur la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles.
- ○ Sensibilisation du grand public et des professionnels de la santé et des services sociaux aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs, et diffusion d'information sur les activités et les services qui sont offerts⁵.
 - Promotion et soutien, auprès des médecins, de la recherche de cas et du counselling sur la consommation d'alcool.
 - Promotion de l'application de lois et de règlements visant à restreindre l'accessibilité à l'alcool pour les jeunes de moins de 18 ans.
 - Intervention visant la consommation modérée chez les buveurs, par exemple *Alcochoix*.
- ○ Sensibilisation des ministères et des organismes publics ou privés aux effets négatifs sur la santé associés aux mesures qui augmentent l'accessibilité économique, légale et physique à l'alcool.
- ○ Promotion et augmentation de l'accessibilité aux traitements de substitution (par exemple, la méthadone) à l'intention des usagers de substances psychotropes.
 - Intervention visant les consommateurs, les prescripteurs et les distributeurs de médicaments pour prévenir la consommation inappropriée de médicaments psychotropes chez les personnes âgées.
- ○ Intervention globale au regard de la prévention du suicide par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, par l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardées à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès, par l'établissement des réseaux de sentinelles⁶ et par la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème.
 - Soutien des cliniciens pour qu'ils décèlent le moindre signe d'agression sexuelle ou de violence conjugale chez les adultes et les personnes âgées ainsi que tout abus ou toute négligence dont seraient victimes ces personnes.

1. Ces services contribuent également à la réduction des infections transmissibles sexuellement et du VIH/sida.
2. D'autres pratiques cliniques préventives, notamment la couverture vaccinale contre la rubéole, contribuent à réduire les anomalies congénitales et les problèmes de développement chez les enfants.
3. À déterminer avec le réseau scolaire, conformément à l'intervention globale et concertée en promotion de la santé et du bien-être et en prévention des problèmes d'adaptation dans le milieu scolaire primaire.
4. Compte tenu de l'existence de facteurs de risque et de protection communs à plusieurs problèmes d'adaptation sociale, l'accent est mis sur le développement des compétences personnelles et sociales, le soutien social, le développement d'environnements favorisant la santé et le bien-être et le soutien aux habiletés parentales. Les thèmes qui seraient considérés sont, notamment : les comportements pacifiques, les rapports égalitaires entre filles et garçons, la sexualité, les agressions sexuelles, la violence dans les relations amoureuses, l'image corporelle, la préoccupation excessive à l'égard du poids, les toxicomanies et le suicide. À cette liste s'ajoutent des thèmes ayant un lien avec les habitudes de vie, comme le non-usage du tabac, la saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire. Le tout devra être révisé à la lumière du contenu des ententes, actuellement en préparation, entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de l'Éducation (MEQ) quant à la complémentarité des services pour répondre aux besoins des enfants et des jeunes. La mise en place de ces activités en milieu scolaire se fera progressivement, d'ici 2012, et selon les besoins exprimés par la direction de chaque école.
5. Les problèmes de santé mentale des adultes sont également abordés dans le domaine d'intervention concernant la santé en milieu de travail.
6. Il s'agit de personnes formées et soutenues pour reconnaître les personnes suicidaires et les accompagner vers des ressources d'aide.

- Légende**
- Activité à déployer en 2003-2005
 - Activité existante à maintenir
 - Activité existante à consolider
 - Activité à mettre en place

LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

En ce qui concerne les enfants et les adolescents, une attention particulière est accordée à l'amélioration des connaissances sur certains problèmes de santé physique, sur des problématiques ayant un lien avec la famille, sur les abus physiques ou psychologiques et les agressions sexuelles ainsi que sur le suicide. Pour ce qui est des adultes, des efforts sont consentis principalement à la recherche en santé mentale afin de vérifier notamment l'efficacité de certaines activités visant à renforcer les facteurs de protection des troubles anxieux et dépressifs et à faire diminuer les facteurs de risque associés à ces problèmes. L'amélioration

des connaissances sur les problèmes de violence conjugale et d'agression sexuelle ainsi que sur les moyens efficaces de les prévenir constitue une autre priorité. Des recherches sont également nécessaires afin de déterminer l'efficacité des activités axées sur la prévention du jeu pathologique chez les adolescents et chez les adultes. En ce qui concerne la perte d'autonomie chez les personnes âgées, deux thèmes de recherche sont retenus : la prévention de la consommation inappropriée de médicaments et une meilleure compréhension de la démence. Enfin, une attention particulière est accordée à l'amélioration des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé.

Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques

Le domaine d'intervention portant sur les habitudes de vie et les maladies chroniques traite des affections de ce type – soit les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'asthme, l'ostéoporose et l'obésité –, auxquelles s'ajoutent les maladies buccodentaires ainsi que leurs déterminants. Ces maladies sont en partie évitables par des activités axées principalement sur des déterminants communs, en particulier trois habitudes de vie, soit le tabagisme, une alimentation déséquilibrée et la sédentarité. Toutes ces maladies se caractérisent par une origine non contagieuse, par le cumul et l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque tout au long de la vie d'une personne, par une longue période de latence et un cours prolongé, par des dérangements fonctionnels ou des incapacités et, souvent, par l'incurabilité¹⁰³.

LES PROBLÈMES, LES FACTEURS DE RISQUE ET LES DÉTERMINANTS

Le taux de mortalité¹⁰⁴ par maladies cardiovasculaires est en décroissance notable depuis plus de vingt ans¹⁰⁵, ces maladies demeurant toutefois la première cause de mortalité et d'hospitalisation; cette décroissance serait moins marquée chez les femmes¹⁰⁶. En plus du tabagisme et de la sédentarité, on reconnaît l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité comme des facteurs de risque très importants de ces maladies¹⁰⁷. Un enfant sur quatre présente, à l'âge de neuf ans, un facteur de risque modifiable de maladies cardiovasculaires¹⁰⁸.

Entre 1977 et 1999, le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué de moitié, passant de 492,4 à 228,7 par 100 000 personnes.

Dans moins de dix ans, les cancers pourraient se classer au premier rang des causes de mortalité, le vieillissement de la population étant le principal facteur explicatif de cette tendance¹⁰⁹. L'incidence annuelle des cancers est d'environ 34 000 cas et on estime à plus de 16 000 le nombre de décès attribuables à cette maladie chaque année¹¹⁰. Les taux globaux de mortalité par différents cancers¹¹¹ restent stables ou diminuent dans l'ensemble de la population sauf pour certains cancers lorsque l'on examine les données selon le sexe; par exemple, le taux de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes a triplé entre 1977 et 1998, conséquence directe de l'augmentation de la prévalence du tabagisme. Les cancers ciblés ici sont ceux, parmi les plus fréquents, dont l'incidence peut être diminuée par l'adoption de saines habitudes de vie ou pour lesquels l'efficacité des tests de dépistage a été démontrée.

En 1999, les taux de mortalité (par 100 000 personnes) attribuables à différents cancers étaient les suivants :

- trachée, bronches, poumon : 63,9;
- sein : 28,0;
- prostate : 27,2;
- côlon et rectum : 25,4;
- col utérin : 2,2.

L'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique atteignent un nombre croissant de personnes et entraînent une diminution considérable de la qualité de vie. En 1998, la prévalence de l'asthme était d'environ 5 %, alors que celle de la maladie pulmonaire obstructive chronique se situait autour de 2,5 %¹¹². Le taux de mortalité par maladie pulmonaire obstructive chronique a presque doublé entre 1977 et 1998; il a fortement augmenté jusqu'au milieu des années 1980, essentiellement avec la progression constante de la mortalité par cette maladie chez les femmes, l'usage du tabac étant la principale cause sous-jacente¹¹³.

Le taux de mortalité par maladie pulmonaire obstructive chronique s'est stabilisé autour de 37 par 100 000 personnes depuis 10 ans.

En 1999-2000, la prévalence du diabète était de 4,9 % chez les personnes de 20 ans ou plus¹¹⁴. Le diabète de type 2, celui qui touche surtout les adultes âgés de plus de 45 ans, représente 90 % de tous les cas diagnostiqués de diabète. Cette maladie peut conduire à de nombreuses complications, dont les risques de cardiopathies, de néphropathies et d'accidents cérébraux. Or, on estime qu'environ le tiers des personnes atteintes de diabète ignorent qu'elles le sont¹¹⁵.

L'obésité est également une maladie chronique en forte croissance¹¹⁶; elle est qualifiée d'épidémique au Canada et ailleurs dans le monde, tant chez les enfants que chez les adultes¹¹⁷. Cette maladie, en plus de constituer un facteur de risque en ce qui concerne le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires, est associée à l'hypertension¹¹⁸.

La proportion d'adultes obèses est passée de 8,3 % à 12,4 % entre 1987 et 1998.

L'ostéoporose est l'une des principales maladies musculo-squelettiques. Cette maladie atteint au Canada 30 % des femmes et 10 % des hommes après 65 ans, et 50 % des femmes et 25 % des hommes après 75 ans¹¹⁹. L'ostéoporose constitue un facteur de risque très important pour ce qui est des fractures chez les personnes âgées.

Enfin, la carie dentaire et les maladies parodontales, maladie des tissus de soutien des dents, sont les maladies buccodentaires les plus fréquentes¹²⁰.

La carie dentaire affecte la quasi-totalité de la population, dont 56 % des enfants de 7 et 8 ans et 75 % des jeunes de 14 ans.

Plusieurs déterminants de la santé influencent l'apparition et le développement des maladies chroniques présentées ci-dessus. Ils sont biologiques (par exemple, les caractéristiques génétiques), individuels (l'âge, entre autres), psychosociaux et comportementaux (le sentiment de maîtriser sa vie, le soutien affectif et les habitudes de vie, par exemple) ou environnementaux (entre autres, les conditions de vie, l'accès aux ressources – dont les services de santé – et l'environnement physique), leurs effets étant souvent reliés. Les personnes de milieu défavorisé sont davantage affectées par les maladies chroniques, ces maladies expliquant une proportion importante des écarts d'espérance de vie entre les personnes les plus favorisées et celles qui sont les moins favorisées sur les plans social et économique¹²¹.

Le tabagisme, de mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité, qui sont des habitudes de vie communes aux principales maladies chroniques, représentent les trois premières causes directes de la mortalité toutes causes confondues, le tabagisme étant la cause évitable de mortalité précoce la plus importante¹²². Plus particulièrement, 65 % des cancers seraient attribuables au tabagisme, à une alimentation déséquilibrée et à la sédentarité¹²³ alors que l'excès de poids, qui peut aller jusqu'à l'obésité, contribuerait, par exemple, à 51 % des cas de diabète de type 2, à 27 % des cas de cancers de l'endomètre et à 18 % des maladies coronariennes au Canada¹²⁴.

Des études montrent qu'il y a place à l'amélioration en ce qui concerne ces déterminants communs – tabagisme, mauvaises habitudes alimentaires et sédentarité. En effet, en 2001, environ le quart des Québécois âgés de 15 ans ou plus sont fumeurs, soit 24 %, une proportion en baisse toutefois depuis 1994 alors qu'elle était de 38 %¹²⁵. L'usage de la cigarette chez les jeunes du secondaire se situe à 29 % en 2000¹²⁶. Ajoutons que la fumée du tabac affecte également les non-fumeurs qui y sont exposés.

Pour ce qui est de l'alimentation, on a observé, chez les adultes qui ont entre 18 et 74 ans, une consommation insuffisante de plusieurs produits alimentaires recommandés¹²⁷ – notamment les fruits, les légumes et les produits céréaliers à grains entiers –, des apports nettement

insuffisants de plusieurs éléments nutritifs ainsi qu'un apport trop élevé en matières grasses¹²⁸. Ces habitudes alimentaires, combinées à la sédentarité, peuvent conduire à l'excès de poids, un facteur de risque dans le cas de plusieurs maladies chroniques. La proportion des personnes de 20 à 64 ans qui présentent un excès de poids a augmenté de 45 % entre 1987 et 1998, passant de 20 % à 28,9 %¹²⁹.

L'une des barrières majeures à une alimentation équilibrée est la capacité des individus à se procurer des aliments nutritifs et en quantité suffisante pour assurer leur sécurité alimentaire. En 1998, on estimait que 8 % des ménages ont vécu une situation d'insécurité alimentaire durant l'année, dont 23 % étaient des familles monoparentales¹³⁰, tandis que plus de 10 % des jeunes ne mangeaient pas assez¹³¹. Cette situation illustre bien que les habitudes de vie ne sont pas simplement le résultat d'un choix individuel ou d'une maîtrise personnelle des conditions qui permettent de faire des choix éclairés en faveur de la santé, mais que les environnements social, économique, légal et physique déterminent en grande partie ces choix et ces conditions.

Enfin, en ce qui concerne la sédentarité, la proportion des personnes de 15 ans ou plus considérées comme « très peu ou pas actives » durant leurs loisirs ou pour leurs déplacements est passée de 17,4 % à 21,3 % entre 1993 et 1998¹³². De plus, 46,5 % d'entre elles n'atteignent pas le niveau recommandé par les experts, soit 30 minutes de pratique régulière d'activité physique modérée par jour.

L'INTERVENTION

Les activités proposées depuis un certain nombre d'années dans le domaine d'intervention relatif aux habitudes de vie et aux maladies chroniques comprennent les actions entreprises pour lutter contre le tabagisme et le cancer du sein – deux thèmes qui faisaient partie des *Priorités nationales de santé publique*¹³³ –, les actions en santé du cœur sur un ensemble de facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et, enfin, quelques projets visant à intégrer la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des principales maladies chroniques dans les milieux de vie, notamment auprès des jeunes en milieu scolaire.

Pour les prochaines années, les activités de santé publique dans ce domaine seront menées selon une approche qui comprend deux angles d'intervention : le premier regroupant un ensemble de déterminants et le second combinant plusieurs types et stratégies d'intervention. D'une

part, l'intervention a pour cible un ensemble de déterminants et de facteurs de risque communs aux principales maladies chroniques¹³⁴; d'autre part, l'intervention conjugue des actions concernant l'éducation à la santé, des actions modifiant des conditions environnementales et des actions relatives au dépistage systématique de certaines maladies chroniques. Celles qui portent sur l'éducation à la santé visent la modification des comportements individuels et l'adoption de saines habitudes de vie. Destinées à l'ensemble de la population, elles sont généralement offertes dans le cadre de consultations auprès de professionnels de la santé. Pour leur part, les actions environnementales permettent de contribuer à modifier les environnements social, économique et physique qui influencent et soutiennent les choix individuels de saines habitudes de vie. Elles portent notamment sur les normes sociales qui ont un lien avec des styles de vie sains, sur l'aménagement des lieux pour l'activité physique ou sur les règlements concernant l'accès à des produits alimentaires de qualité. Les actions relatives au dépistage des maladies chroniques visent quant à elles l'intervention rapide sur le développement de telles maladies chez les personnes asymptomatiques. Par ailleurs, les acteurs de la santé publique soutiennent l'organisation et la prestation des services les plus efficaces pour le traitement des maladies chroniques, envisagées ici comme un déterminant de la santé. Cette contribution se fait principalement par la recherche de stratégies efficaces concernant l'amélioration de la pratique clinique afin de faire diminuer l'importance des maladies chroniques – gestion du risque élevé, détection précoce et traitement – et par la définition de modèles qui intègrent les services de première ligne et les actions dans les milieux de vie.

Plus précisément, les activités privilégiées comprennent l'organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie, la promotion et l'application de politiques, de lois et de règlements qui favorisent l'adoption de saines habitudes de vie, l'organisation d'activités visant la promotion et la prévention en ce qui concerne de saines habitudes de vie dans les milieux de vie, la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives et, enfin, le dépistage systématique du cancer du sein. Les activités relatives à la prévention des maladies bucco-dentaires sont l'éducation à la saine hygiène dentaire, notamment par des pratiques cliniques préventives, la promotion du recours optimal à la fluoruration ainsi qu'aux agents de scellement dentaire et, enfin, des actions

préventives individualisées pour les enfants et les adolescents à risque en ce qui concerne la carie dentaire.

Plusieurs activités de prévention ou de promotion de la santé planifiées dans le Plan québécois de lutte contre le tabagisme font partie des activités retenues¹³⁵. Le Programme québécois de lutte contre le cancer comporte également des activités destinées à lutter contre le tabagisme ainsi que des activités visant la saine alimentation et le dépistage précoce des cancers du sein et du col utérin, dont certaines font partie intégrante des activités retenues¹³⁶. Enfin, des activités retenues en ce qui concerne la santé buccodentaire et la prévention de la carie dentaire sont incluses dans le Programme public de services dentaires préventifs¹³⁷.

Les activités dans ce domaine contribueront à améliorer l'espérance de vie en bonne santé, à réduire l'incidence des maladies chroniques et leurs conséquences, tant sur le plan de la morbidité que sur celui de la mortalité précoce, et à engendrer des bénéfices appréciables pour la santé de la population. Toutefois, ce n'est qu'après les dix prochaines années qu'il sera possible d'évaluer les premiers effets des activités offertes, particulièrement sur l'évolution des principales maladies chroniques à l'échelle de la population québécoise.

LES OBJECTIFS PORTANT SUR LES MALADIES CHRONIQUES

D'ici 2012 :

- diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires (incluant les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux)¹;
- réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans;
- réduire de 30 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique;
- réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme;
- réduire de 30 % l'incidence du diabète² (de 40 % dans les populations autochtones);
- réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes en plus de prévenir l'excès de poids et l'obésité tant chez les enfants que chez les adolescents;
- 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 adultes de 18 ans ou plus.

LES OBJECTIFS PORTANT SUR LES HABITUDES DE VIE

D'ici 2012 :

- réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire;
- réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 18 %;
- réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement;
- augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour;
- réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %;
- augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans;
- augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique;
- améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âge.

LES ACTIVITÉS

Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie

Promotion des saines habitudes de vie, dont :

- ○ la saine alimentation (consommation quotidienne d'au moins cinq portions de fruits et légumes);
- ○ la pratique régulière d'activité physique (30 minutes d'activité physique modérée par jour);
- ● le non-usage du tabac.

Promotion et application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie

- ○ Révision de la Politique québécoise en matière de nutrition (1977) et des Orientations en matière d'alimentation dans le milieu scolaire (1988) et leur mise en œuvre.
- ① Inspection quant au respect des mesures contenues dans les chapitres 2, 3 et 4 de la Loi sur le tabac, soit les mesures qui restreignent l'usage du tabac dans la plupart des lieux publics, les mesures qui ont trait à la vente des produits du tabac – notamment l'interdiction de vendre du tabac aux mineurs – ainsi que les mesures qui portent tant sur l'emballage et la promotion des produits du tabac que sur la publicité qui est faite à ces produits.
- ① Promotion des mesures optimales de fluoration.

Promotion et prévention en ce qui concerne de saines habitudes de vie dans les milieux de vie

- ① Consolidation des actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire visant l'accessibilité et la disponibilité des aliments sains et nutritifs.
- ① Promotion de la création d'environnements et de contextes d'activité sécuritaires³ et accessibles⁴ favorisant la pratique régulière d'activités physiques d'intensité modérée et visant, par exemple, l'utilisation optimale des équipements, l'accès aux infrastructures, l'aménagement urbain et le soutien à des réseaux organisés.
- ① Conception et organisation dans les écoles primaires et secondaires d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie – par exemple, le non-usage du tabac, une saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire – dans le cadre d'une intervention globale et concertée en promotion de la santé et en prévention⁵.

Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives

- ① Counselling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés.
- ① Intégration des services de consultation brève concernant l'arrêt de la consommation de tabac, des services téléphoniques d'information, d'orientation et de consultation relatifs au tabagisme et des services de dépistage et de consultation intensifs concernant le tabagisme.
- ① Soutien des cliniciens pour la détection précoce des maladies chroniques suivantes : cancer du sein, cancer du col utérin (par le test de Papanicolaou) et hypertension artérielle, chez les adultes et les personnes âgées, ainsi que pour la prise en charge des personnes atteintes.
- ● Suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 3^e année qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire bénéficient de deux applications topiques de fluorure par année et des activités d'éducation à la santé dentaire.
- ① Application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire reçoivent des agents de scellement sur les faces des molaires permanentes présentant des fosses et des sillons.

Programme de dépistage systématique de certaines maladies chroniques

- ○ Mise en place du Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans toutes les régions et consolidation du volet portant sur l'assurance qualité au niveau régional.

1. Il s'agit de taux ajustés pour tenir compte de l'âge et du sexe.
2. Pourcentage basé sur les estimations américaines de *Healthy People 2010*, à ajuster selon les données québécoises.
3. La notion de sécurité renvoie aux dimensions physique (équipements et lieux), psychologique (sentiment de confiance) et sociale (cohésion et soutien sociaux). En particulier, voir le domaine d'intervention des traumatismes non intentionnels relativement à la sécurité des voies cyclables et piétonnières.
4. L'accessibilité concerne l'accès aux infrastructures et à des activités adaptées aux besoins des diverses clientèles (par exemple, l'horaire, le niveau et le type d'activité ainsi que l'âge).
5. Des liens sont à faire avec les activités du domaine d'intervention du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale. Le tout devra être révisé à la lumière du contenu des ententes, actuellement en préparation, entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de l'Éducation (MEQ) quant à la complémentarité des services pour répondre aux besoins des enfants et des jeunes. La mise en place des activités en milieu scolaire se fera progressivement, d'ici 2012, et selon les besoins exprimés par la direction de chaque école.

- Légende**
- Activité à déployer en 2003-2005
 - Activité existante à maintenir
 - Activité existante à consolider
 - Activité à mettre en place

LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

L'approche retenue pour guider la recherche intègre la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques. Des efforts sont consentis à la recherche sur l'influence des déterminants sociaux (la position sociale, l'éducation, la distribution des richesses et la cohésion sociale, par exemple), politiques (les politiques publiques, entre autres), économiques (dont les stratégies de communication de masse) et culturels (par exemple, l'identité de genre) dans l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements qui favorisent la santé et le bien-être. Une place importante est accordée d'abord à la conception d'activités efficaces combinant des actions relatives à l'éducation à la santé et des actions environnemen-

tales à l'intention de groupes particuliers – par exemple, les jeunes et les groupes défavorisés –, ensuite à l'évaluation de ces activités dans les milieux de vie et, enfin, à la surveillance des effets à long terme de ces activités sur la santé de la population, incluant des analyses coût-avantage. Le dépistage des maladies chroniques constitue le troisième thème de la recherche. Sera aussi étudié le soutien à l'organisation des services sous l'angle des modèles et des stratégies qui intègrent les services de première ligne et les actions dans la communauté ou dans les milieux de vie et sous l'angle des conséquences économiques des maladies chroniques au regard de la qualité de vie, de l'utilisation des services de première ligne et du soutien à offrir aux personnes atteintes de maladies chroniques.

Le domaine des traumatismes non intentionnels

LES PROBLÈMES, LES FACTEURS DE RISQUE ET LES DÉTERMINANTS

Le domaine d'intervention se rapportant aux traumatismes non intentionnels regroupe l'ensemble des blessures et des empoisonnements qui surviennent involontairement et qui, dans la plupart des cas, sont évitables¹³⁸. Bien que, de manière générale, la proportion des décès liés aux traumatismes non intentionnels ait diminué au cours des dernières années, cette cause de mortalité demeure importante au Québec. Ce sont avant tout les hommes, les jeunes et les personnes âgées ainsi que les gens vivant dans les régions les moins urbanisées qui en sont le plus souvent victimes¹³⁹. Les traumatismes non intentionnels viennent au troisième rang pour ce qui est des principales causes d'années potentielles de vie perdue¹⁴⁰. De plus, ces traumatismes occasionnent des limitations d'activité, de nombreuses consultations auprès de professionnels de la santé et une forte consommation de services dans les établissements de soins de courte durée.

Malgré les progrès observés au cours de la dernière décennie, les traumatismes routiers, qu'ils surviennent sur la voie publique ou en dehors de celle-ci, continuent à faire de nombreuses victimes. En 1999, ce type de traumatisme occupait le premier rang pour la mortalité par traumatismes non intentionnels¹⁴¹. On compte un grand nombre de victimes parmi les occupants de véhicules à moteur, les cyclistes, les motocyclistes, les piétons, les conducteurs de véhicules tout terrain (VTT) et de motoneiges. Alors que les décès de piétons sont davantage concentrés chez les personnes de 65 ans ou plus¹⁴², les décès dus aux autres traumatismes routiers concernent particulièrement les jeunes de moins de 30 ans. Les blessures mortelles ou graves observées chez les usagers des réseaux routiers sont associées à un grand nombre de facteurs de risque, dont les principaux sont la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool, la vitesse excessive, l'aménagement routier déficient et la faible utilisation d'équipements protecteurs – par exemple, la ceinture de sécurité chez les passagers de véhicule à moteur et le casque chez les cyclistes.

En 1999, les traumatismes routiers ont causé 729 décès.

Les chutes figurent parmi les plus importantes causes de décès par traumatisme non intentionnel¹⁴³. Les taux de mortalité indiquent également qu'après avoir été relativement stables entre 1985-1987 et 1994-1996, les décès par chutes ont connu une légère hausse¹⁴⁴. Les personnes qui ont plus de 65 ans en sont les principales victimes. De plus, les chutes constituent la principale cause d'hospitalisation pour traumatisme non intentionnel, avec 40 % de toutes les hospitalisations pour cette raison¹⁴⁵, et ce, pour tous les groupes d'âge. Les facteurs de risque les plus fréquents des chutes chez des personnes âgées sont un mauvais équilibre, une faible coordination musculaire, l'utilisation de médicaments psychotropes et les dangers présents dans leur environnement immédiat par exemple, un mauvais entretien des trottoirs l'hiver¹⁴⁶; à ces causes s'ajoute le fait d'avoir déjà chuté¹⁴⁷. D'autres facteurs ayant un lien avec les habitudes de vie des personnes, notamment la malnutrition¹⁴⁸, contribueraient à faire en sorte que les personnes âgées courent plus de risques de faire des chutes qui entraînent des blessures et une réduction de leur autonomie.

En 1999, 648 décès par chutes ont été enregistrés.

Plus du tiers des traumatismes non intentionnels surviennent à domicile, le domicile étant le lieu où les jeunes de moins de 15 ans et les adultes de 45 ans ou plus se blessent le plus fréquemment. Outre les chutes, qui sont responsables de plus de la moitié des blessures à domicile, d'autres types de traumatismes non intentionnels surviennent à domicile et méritent une attention particulière¹⁴⁹. Ce sont :

- les intoxications, qui sont responsables de plus de décès qu'auparavant dans la population québécoise¹⁵⁰ et qui surviennent principalement par l'ingestion d'un produit toxique ou d'un médicament, l'accessibilité à de tels produits constituant le principal déterminant de la survenue de ces intoxications;
- les blessures par brûlures, qui sont associées principalement à l'absence d'un avertisseur de fumée fonctionnel, au type de logement occupé – par exemple, une maison de chambre –, à l'utilisation d'un système de chauffage d'appoint, au fait de fumer en état d'ébriété, à

la température de l'eau du robinet et à l'inflammabilité des vêtements;

- la suffocation, l'étranglement et l'étouffement dus à l'ingestion de corps étrangers, qui sont attribuables, entre autres causes, au développement incomplet de certaines structures anatomiques dû au jeune âge, à une mauvaise dentition ainsi qu'à des maladies affectant la coordination motrice et les fonctions mentales.

De 1976-1978 à 1997-1998, le taux de mortalité par intoxications non intentionnelles est passé d'environ 0,5 cas à 1,6 cas par 100 000 personnes.

Les traumatismes d'origine récréative ou sportive constituent une autre catégorie de traumatismes responsables de décès et de blessures graves¹⁵¹; ils touchent particulièrement les jeunes hommes de 15 à 19 ans. Outre les traumatismes liés à l'utilisation de la motoneige, de la bicyclette et du véhicule tout terrain – souvent considérés comme des traumatismes routiers –, ce sont les traumatismes attribuables à des activités aquatiques ainsi que les collisions et les chutes au cours d'activités sportives qui sont responsables de la plupart des décès ou des hospitalisations par traumatismes d'origine récréative ou sportive¹⁵². Quant aux facteurs de risque, ce sont, notamment : le fait de ne pas porter d'équipement de protection, la consommation d'alcool, l'absence de règles de sécurité ou de contrôle portant sur les aménagements ainsi que le type d'appareils de jeu ou la conception de ces appareils.

Environ 20 % des traumatismes avec blessures surviennent dans les lieux de loisir ou de sport.

L'INTERVENTION

Depuis plus de deux décennies, des programmes de prévention s'appuyant sur différentes approches ont permis de diminuer de façon tangible le nombre de blessures et de décès qui surviennent sur les réseaux routiers, à domicile ou à l'occasion d'activités récréatives ou sportives. Il s'agit notamment d'actions qui visent, soit à changer les

comportements des individus, soit à rendre l'environnement plus sécuritaire, soit encore à favoriser le renforcement des mesures de sécurité et de contrôle prévues par la législation. Les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* mettaient l'accent sur la prévention des traumatismes routiers – conduite sans alcool, port du casque à vélo, législation et réglementation visant la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes –, sur la prévention des blessures à domicile ainsi que sur la prévention des chutes chez les personnes âgées. Ces activités sont à poursuivre.

L'amélioration du bilan routier, en ce qui a trait au nombre de victimes, doit demeurer une préoccupation constante du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de ses partenaires. Ainsi, il faut assurer une bonne surveillance des facteurs en cause et soutenir la mise en place de mesures visant, entre autres, à améliorer la sécurité du réseau routier, à favoriser l'utilisation d'équipements de sécurité, à contrer la conduite avec les facultés affaiblies ou à renforcer les lois et les règlements en vue d'accroître la sécurité des usagers.

Compte tenu du vieillissement de la population, phénomène qui atteindra un sommet sans précédent au cours des prochaines années, la prévention des chutes constitue un défi majeur afin de permettre aux personnes âgées de conserver leur autonomie et leur qualité de vie le plus longtemps possible.

L'amélioration de la sécurité à domicile et de la sécurité dans la pratique des activités récréatives ou sportives demande un engagement et une collaboration soutenus des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de plusieurs collaborateurs d'autres secteurs tels que le milieu scolaire, les centres de la petite enfance et les municipalités.

Enfin, une place importante est faite à la promotion des pratiques cliniques préventives dont l'efficacité a été reconnue pour prévenir les traumatismes non intentionnels.

LES OBJECTIFS

D'ici 2012 :

- réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route;
- réduire la morbidité et la mortalité liées aux chutes et aux blessures à domicile;
- réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes récréatifs ou sportifs.

LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ROUTIERS

À l'intention de toute la population

- Promotion et soutien, auprès des cliniciens, du counselling concernant l'usage de dispositifs de sécurité – dispositif de retenue pour enfant dans les voitures, casque pour les cyclistes et pour les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule tout terrain, ceinture de sécurité.
- ● Collaboration à la définition et à la mise en œuvre de mesures visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections.
- ● Promotion, auprès des usagers de la route, de l'utilisation d'équipements de sécurité – dispositif de retenue pour enfant dans les voitures, casque pour les cyclistes et pour les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule tout terrain, ceinture de sécurité – selon les mesures législatives en vigueur.
- Conception et promotion d'une stratégie intersectorielle concernant la conduite avec facultés affaiblies.
- Intervention préventive visant à réduire les risques associés à la consommation de drogues et d'alcool, comme la formation des serveurs, les services de raccompagnement et le recours aux chauffeurs désignés.
- Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle prévues par les lois et les règlements pour les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route.

LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DES CHUTES ET DES BLESSURES À DOMICILE

À l'intention des enfants et des adolescents

- ○ Intégration d'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, aux actions préventives s'adressant aux bébés, aux jeunes enfants et à leurs parents comme *Naître égaux – Grandir en santé*, le *Programme de soutien aux jeunes parents* et les activités relatives au soutien éducatif précoce.
- Promotion tant de l'application optimale que du renforcement des lois et des règles existantes en matière d'emballage et de vente des produits dangereux tels que les produits chimiques, les parasitocides et les pesticides domestiques.
- Promotion tant de l'application optimale que du renforcement des lois et des règles existantes portant sur la vente des produits médicamenteux pour que ces derniers soient offerts dans des contenants munis de bouchons de sécurité.

À l'intention des personnes âgées

- Promotion et soutien, auprès des cliniciens, de l'évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque.
- ● Promotion et soutien de mesures multifactorielles¹ de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont déjà fait une chute.

LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DES TRAUMATISMES RÉCRÉATIFS OU SPORTIFS

À l'intention de toute la population

- Mise en œuvre de programmes d'application sélective (PAS)² concernant la conduite des embarcations motorisées sur les plans d'eau et dont les mesures à privilégier sont l'encouragement à porter le vêtement individuel de flottaison ainsi que le contrôle de la conduite d'une embarcation avec les facultés affaiblies par l'alcool.
- Promotion du renforcement des mesures de sécurité et de contrôle prévues par les lois et les règlements portant sur la pratique des sports de glisse au Québec, le port du vêtement de flottaison individuel et l'aménagement sécuritaire des piscines résidentielles.

À l'intention des enfants et des adolescents

- Promotion de l'application adéquate de la norme de sécurité existante concernant les aménagements des aires et des équipements de jeu auprès des municipalités, des écoles et des centres de la petite enfance.

1. Les principales mesures multifactorielles visées par cette activité touchent l'état de santé et la capacité physique – par exemple, l'équilibre et la force musculaire –, les comportements – par exemple, la consommation de médicaments et la prise de risque – et l'environnement – par exemple, le domicile et le milieu extérieur. Cette activité s'adresse aux personnes âgées ayant déjà fait une chute ou présentant d'autres facteurs de risque de chutes.
2. Un programme d'application sélective (PAS) consiste en une action concertée et intensive réalisée au moyen d'activités visant à développer ou à modifier un comportement dans une population. Il comprend habituellement un volet médiatique jumelé à une intervention policière.

- Légende**
- Activité à déployer en 2003-2005
 - Activité existante à maintenir
 - Activité à consolider
 - Activité à mettre en place

LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

L'amélioration des connaissances sur les facteurs de risque et la prévention des traumatismes routiers constitue le premier thème de la recherche pour ce qui est des traumatismes non intentionnels. En ce qui a trait aux blessures qui surviennent à domicile, une importance particulière est

accordée à la recherche sur la prévention des brûlures. Enfin, des efforts sont consentis à la recherche sur les chutes des personnes âgées et sur les actions visant la prévention des blessures récréatives ou sportives.

Le domaine des maladies infectieuses

LES PROBLÈMES, LES FACTEURS DE RISQUE ET LES DÉTERMINANTS

Le domaine d'intervention portant sur les maladies infectieuses regroupe les 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 soins. Certaines infections restent asymptomatiques ou très

banales, alors que d'autres sont très graves et peuvent même entraîner la mort¹⁵³. On a constaté récemment, au Québec comme ailleurs dans le monde, l'existence de nouveaux problèmes dus à des agents infectieux ou toxiques ainsi que la recrudescence d'infections dont la propagation était jusqu'alors maîtrisée. Parmi les infections et les maladies qui représentent une menace pour la santé de la population, quelques-unes reçoivent une attention particulière en raison de leur apparition, de leur recrudescence, de leur ampleur, de leur gravité, de leur potentiel de contagiosité ou de l'existence de moyens d'intervention efficaces.

Les maladies évitables par l'immunisation

De nombreuses maladies infectieuses peuvent être prévenues ou contrôlées, à des degrés divers, par l'immunisation. Certaines sont même sous le seuil de l'élimination, c'est-à-dire que seulement des cas importés peuvent survenir et que ces cas ne généreront pas d'épidémie dans la population puisque cette dernière est bien protégée¹⁵⁴.

Ainsi, la diphtérie et la poliomyélite, par exemple, ne se rencontrent plus au Québec. Cependant, ces maladies sont encore présentes ailleurs dans le monde et il faut continuer à en protéger la population. La rougeole, la rubéole, les oreillons, la coqueluche, le tétanos et les infections à *Haemophilus influenzae* de type b sont des maladies dont la propagation a pu être prévenue ou contrôlée par l'immunisation¹⁵⁵, bien que des cas isolés et des éclosions puissent toujours survenir. D'ailleurs, en 2000, une éclosion de rougeole a frappé 29 personnes dans une communauté qui n'était pas adéquatement vaccinée¹⁵⁶.

Les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C, bien qu'elles soient peu fréquentes – même lorsqu'elles connaissent une recrudescence – sont graves, imprévisibles et souvent fulgurantes dans leur mode de présentation. Entre 1996 et 2000, l'incidence de ces infections est restée faible, avec moins de 10 cas par an en moyenne. Cependant, une épidémie de 57 cas a été confirmée en 2001¹⁵⁷.

En 2001, un clone bactérien particulièrement virulent a engendré une recrudescence des cas d'infections invasives à méningocoque de sérogroupe C, obligeant la tenue d'une vaste et rapide campagne d'immunisation de tous les Québécois de 20 ans ou moins.

La varicelle est une maladie virale qui touche 90 % des enfants avant l'âge de 10 ans et qui pourra récidiver plus tard dans la vie sous forme de zona chez 10 à 20 % des personnes atteintes. La varicelle entraîne annuellement entre 400 et 500 hospitalisations¹⁵⁸.

Les infections à pneumocoque sont très fréquentes¹⁵⁹, surtout chez les enfants, et elles peuvent mener à des complications sérieuses. Environ 5 000 Québécois sont hospitalisés chaque année pour une infection invasive à pneumocoque¹⁶⁰ et au moins 12 % d'entre eux vont en mourir¹⁶¹.

L'influenza, communément appelée grippe, est également très fréquente¹⁶². Les complications sérieuses et les décès touchent surtout les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées de 65 ans ou plus. Une pandémie d'influenza, possible d'ici les prochaines années, est une éventualité contre laquelle il faut se prémunir¹⁶³.

On estime que, pendant une épidémie saisonnière de grippe, de 300 000 à 500 000 Québécois sont atteints, qu'entre 10 000 et 50 000 d'entre eux sont hospitalisés et que de 1 000 à 1 500 personnes vont décéder des complications de cette maladie.

L'hépatite B est une maladie sérieuse du foie évitable par l'immunisation. Près de 10 % des adultes infectés resteront porteurs chroniques et pourront transmettre la maladie. Parmi ceux-ci, 25 % développeront une cirrhose, parfois suivie d'un cancer du foie. Il n'y a pas de traitement pour la maladie en phase aiguë¹⁶⁴.

En 2000, le taux d'incidence brut global de l'hépatite B aiguë demeure relativement bas, avec 2,5 cas pour 100 000 personnes, ce résultat étant attribuable en partie à la vaccination.

L'hépatite A est une autre maladie infectieuse du foie évitable par l'immunisation. En 2000, 102 cas d'hépatite A ont été déclarés, l'infection ayant été, dans la majorité des cas, acquise à l'étranger¹⁶⁵. De nombreuses autres maladies, comme le paludisme, la typhoïde, les maladies entériques et des maladies infectieuses rares, affectent les voyageurs.

Le VIH/sida et le VHC

Au 31 décembre 2000, un total de 5 860 cas de sida ont été déclarés au Québec depuis le début de l'épidémie¹⁶⁶. Les personnes les plus touchées par le sida sont les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes originaires de pays où l'infection est endémique et les consommateurs de drogues par injection. Le nombre de cas déclarés de sida subit une baisse¹⁶⁷ depuis l'utilisation de traitements efficaces, de même que le nombre de décès. Le sida demeure une cause importante de mortalité chez les hommes de 35 à 39 ans¹⁶⁸.

Le nombre de cas de sida déclarés est passé de 531 cas en 1995 à 93 nouveaux cas en 1999.

Environ 16 000 personnes seraient infectées par le VIH, le taux de prévalence étant huit fois plus élevé dans la région de Montréal-Centre que dans le reste de la province¹⁶⁹. On estime toutefois qu'il y aurait une augmentation constante du nombre de personnes qui vivent avec le VIH et qui sont aux prises avec les problèmes d'adaptation et d'intégration sociale qui en découlent.

Autour de 40 000 personnes sont affectées par l'hépatite C, une infection virale qui est transmissible principalement par le sang et qui peut mener au développement progressif d'une cirrhose ou d'un cancer du foie¹⁷⁰. La majorité des nouveaux cas surviennent chez les consommateurs de drogues par injection. Le virus de l'hépatite C est détecté chez 50 % à 60 % des personnes infectées par le VIH¹⁷¹.

Les infections transmissibles sexuellement

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) affectent surtout les adolescents et les jeunes adultes de 15 à 24 ans, les femmes, les autochtones, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes offrant des services à caractère sexuel ainsi que leurs clients.

L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*, l'infection au virus de l'herpès génital et l'infection au virus du papillome humain, très fréquentes aujourd'hui, sont en augmentation depuis quelques années¹⁷².

Entre 1997 et 2001, le taux d'incidence annuel des infections génitales à *Chlamydia trachomatis* est passé de 87 à 133 par 100 000 personnes. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, le taux d'incidence moyen atteint 956 par 100 000.

En 2001, 831 cas de gonorrhée ont été déclarés, pour un taux d'incidence de 10,8 par 100 000 personnes.

Alors qu'on avait observé une diminution régulière du nombre de cas de syphilis dans la dernière décennie, la tendance s'est inversée depuis. Le taux d'incidence des syphilis récentes au Québec était en 2001 de 0,2 par 100 000 personnes, alors que le nombre annuel de cas est passé de 3 cas en 1998 à 15 cas en 2001¹⁷³.

Chez les femmes, les infections génitales à *Chlamydia trachomatis* sont la cause la plus fréquente d'infertilité¹⁷⁴. Toutes ces infections peuvent engendrer une morbidité

importante et des dommages irréversibles, entre autres sur le système reproducteur et sur la santé des nouveau-nés¹⁷⁵.

Les autres maladies infectieuses

D'autres maladies infectieuses transmissibles par l'eau, les aliments, l'air ou les aérosols, les animaux ou d'autres vecteurs constituent des problèmes importants.

La résistance aux antimicrobiens est un phénomène en progression partout dans le monde¹⁷⁶. Ce problème est particulièrement préoccupant dans le traitement des infections à pneumocoque¹⁷⁷, des mycoses, des infections virales comme le VIH et l'influenza, des parasitoses ainsi que dans le cas d'autres maladies bactériennes comme la tuberculose et la gonorrhée¹⁷⁸.

En 2000, 15 % des souches de pneumocoques, envoyées de centres hospitaliers sentinelles au programme de surveillance du Laboratoire de santé publique du Québec, ont été trouvées non sensibles à la pénicilline G, comparativement à 10 % en 1996.

Les infections nosocomiales, comme l'influenza, surviennent dans les milieux de soins, faisant augmenter la morbidité et la mortalité reliées à l'hospitalisation¹⁷⁹. On estime qu'environ 60 000 infections nosocomiales surviennent annuellement – dont 6 000 bactériémies –, ce qui représente environ 6 infections nosocomiales pour 100 admissions à l'hôpital¹⁸⁰.

Ces dernières années, l'apparition et la transmission des infections nosocomiales dues aux bactéries multirésistantes, dont le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)¹⁸¹ et les entérocoques résistant à la vancomycine (ERV)¹⁸², posent des difficultés particulières dans le contexte de la transformation du système de soins, notamment en ce qui concerne les soins ambulatoires¹⁸³.

La prévalence des SARM dans les laboratoires de microbiologie, qui était à moins de 1 % en 1995, est passée à 30 % en 2001, alors que la prévalence et l'incidence des ERV sont considérées comme faibles pour le moment.

La présence de micro-organismes qui sont transmissibles par la voie sanguine exige des mesures afin d'empêcher la contamination des produits sanguins et la transmission aux receveurs de ces produits¹⁸⁴.

Les maladies entériques surviennent à la suite de l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés et sont liées notamment à des problèmes de santé environnementale. Depuis 10 ans, entre 5 600 et 7 200 cas de maladies entériques sont déclarés chaque année, ce qui ne correspond qu'à une petite fraction des cas réels¹⁸⁵.

La rage est une zoonose létale. En 2000, un garçon de 9 ans mordu par une chauve-souris rabique est décédé de la rage¹⁸⁶; le dernier cas québécois indigène remontait à 1964¹⁸⁷. Les autres zoonoses à déclaration obligatoire – fièvre Q, tularémie, brucellose, psittacose, trichinose – sont également rares, avec 388 cas déclarés entre 1991 et 2000¹⁸⁸. Les zoonoses apparues récemment, comme l'infection par le virus du Nil occidental¹⁸⁹, sont aussi relativement peu fréquentes.

La présence démontrée du virus du Nil occidental au Québec laisse présager que la population sera de plus en plus affectée dans les prochaines années.

La tuberculose constitue encore de nos jours un problème de santé de grande importance. La résurgence de la tuberculose à plusieurs endroits dans le monde est liée à l'infection par le VIH et à la présence de souches résistantes aux antibiotiques. Au Québec, l'application de mesures de contrôle et de traitement rigoureuses font en sorte que le nombre de cas reste faible. Cependant, la tuberculose est très présente dans les régions du Nunavik, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et de Montréal-Centre¹⁹⁰.

Pour ce qui est de la tuberculose, le taux d'incidence annuel moyen de 1996 à 1999 a été de 4,4 cas par 100 000 personnes; le nombre de cas et le taux annuel ont atteint des creux historiques en 1998 avec 290 cas déclarés et un taux de 4 par 100 000 personnes.

L'INTERVENTION

Beaucoup de maladies infectieuses ont pu être prévenues et contrôlées grâce à l'amélioration des mesures d'hygiène, aux vaccins et aux antimicrobiens¹⁹¹. Qu'elles soient disparues ou en voie d'être éliminées, qu'elles connaissent une recrudescence ou qu'elles apparaissent, les maladies infectieuses exigent une très grande vigilance et un effort soutenu en ce qui concerne leur prévention pour réduire tant la morbidité que la mortalité évitables et pour protéger la santé de la population¹⁹².

Les activités concernant les maladies infectieuses s'appuient sur des approches visant à promouvoir l'acquisition et le maintien de comportements sécuritaires auprès de la population, par exemple par l'éducation à la sexualité ou la promotion de la vaccination. Elles s'appuient également sur des approches biomédicales qui permettent d'améliorer la résistance individuelle aux agents pathogènes – notamment l'immunisation –, d'éviter la transmission de ces agents – entre autres par des méthodes barrières –, d'éviter l'apparition de la maladie après l'exposition à de tels agents tant par le dépistage et la détection précoce que par la prophylaxie post-exposition et, enfin, de protéger la population contre des menaces réelles ou appréhendées par la mise en pratique des mesures d'urgence, l'application des lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions.

Les activités dans ce domaine assurent la continuité des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*¹⁹³ et, de façon générale, des activités mises en œuvre jusqu'à maintenant. Elles sont axées sur le maintien des résultats obtenus en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses – entre autres par l'immunisation de base et l'application de protocoles relatifs aux mesures de contrôle –, ou sur la consolidation des éléments qui nécessitent une amélioration – comme la connaissance des facteurs de risque, la surveillance de certaines infections transmissibles sexuellement, des couvertures vaccinales et des produits immunisants ainsi que l'accès au traitement précoce. D'autres activités, telles que l'utilisation de nouveaux vaccins, l'intervention auprès de nouveaux groupes à risque, et la mise en place d'un système d'information vaccinale tiennent de l'évolution du domaine.

Les activités retenues pour soutenir le potentiel des personnes, joindre les groupes vulnérables et protéger la population se rapportent à diverses fonctions et font appel à diverses stratégies, dont la promotion des comportements préventifs, la protection de la santé de la population en cas de menace réelle ou appréhendée, l'action intersectorielle et le soutien des pratiques cliniques préventives, en particulier auprès des femmes enceintes. Plusieurs activités sont dictées par la Loi sur la santé publique, notamment en ce

qui concerne le registre de vaccination, la vigie sanitaire et l'application de mesures de contrôle des maladies à déclaration obligatoire et des maladies à traitement obligatoire. L'exercice de la vigie sanitaire, qui exige l'accès aux renseignements nécessaires afin de déclencher une enquête épidémiologique par l'investigation des cas déclarés, des éclosions, des agrégats ou des épidémies, est essentiel pour garantir à la population sa protection contre des menaces réelles ou appréhendées.

LES OBJECTIFS

MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION

D'ici 2006 :

- maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie, de la poliomyélite, du tétanos et de la rage en ce qui concerne les cas indigènes;
- maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole, de la rubéole et des oreillons sous le seuil d'élimination;
- maintenir le nombre moyen de cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b sous le seuil de 5 par année chez les enfants de moins de 5 ans;
- réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002;
- réduire l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale à 0;
- réduire de 50 % (à 2,5/100 000 personnes) l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A;
- réduire de 50 % (à 1/100 000 personnes) l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë;
- 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 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination.

D'ici 2012 :

- réduire la varicelle jusqu'au seuil d'élimination;
- réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans;
- réduire de 25 % le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes de 65 ans ou plus;
- maintenir les services essentiels en cas de pandémie d'influenza;
- maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.

VIH/SIDA, VHC ET INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)

D'ici 2012 :

- réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH.

D'ici 2006 :

- réduire à moins de 5 le nombre de nouveau-nés infectés par le VIH chaque année;
- réduire à moins de 50 cas pour 100 000 personnes le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis*;
- réduire de 50 % le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15 à 24 ans;
- maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas pour 100 000 personnes);
- réduire à 0 le nombre de nouveau-nés infectés par la syphilis congénitale;
- maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement.

VIH/SIDA, VHC ET INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS) (suite)

D'ici 2012 :

- réduire l'incidence de l'hépatite C;
- réduire la proportion des personnes infectées par l'hépatite C qui développent une cirrhose du foie;
- réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination;
- réduire à moins de 10 pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique;
- réduire l'incidence annuelle des infections virales transmissibles sexuellement.

AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

D'ici 2006 :

- réduire de 15 % l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales dans les établissements de soins et, plus particulièrement, empêcher la transmission des bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques afin de prévenir l'endémie dans les centres hospitaliers et dans les autres établissements de soins;
- réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à *E. coli* O157 et des infections à *Salmonella enteritidis*, et de 30 % celui des infections à *Campylobacter*;
- réduire les infections virales transmissibles par les produits sanguins;
- réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 3,5 pour 100 000 personnes et, plus précisément :
 - réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 8 par 100 000 personnes dans la région de Montréal-Centre,
 - maintenir un taux d'incidence annuel maximal de 2 pour 100 000 personnes dans les autres régions du Québec;
- maintenir à moins de 20 le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses autres que la rage.

D'ici 2012 :

- réduire la résistance aux antimicrobiens :
 - en ce qui concerne les infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline;
 - pour ce qui est des infections à *Neisseria gonorrhoeae* productrices de pénicillase;
 - en ce qui concerne les infections à pneumocoque;
 - dans le cas de la tuberculose et des infections nosocomiales.

LES ACTIVITÉS

TOUTES LES MALADIES INFECTIEUSES

Protection de la santé de la population en cas de menace réelle ou appréhendée

- ● Application des lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions, tel que cela est prévu au chapitre XI de la Loi sur la santé publique.

MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION

Vaccination

- ● Vaccination des jeunes¹ contre la diphtérie, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b, les oreillons, la coqueluche, le tétanos et les infections à méningocoque du groupe C (vaccination de base).
- ● Vaccination en milieu scolaire des élèves de 3^e secondaire.
- ○ Vaccination des jeunes² contre la varicelle.
- ● Vaccination contre l'hépatite A des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec.
- ● Vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4^e année et des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec³.

Vaccination (suite)

- ○ Vaccination contre les infections à pneumocoque des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec⁴.
- ○ Vaccination des jeunes⁵ contre les infections à pneumocoque.
- ○ Vaccination contre l'influenza des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec⁶.
- ○ Vaccination avant l'exposition à la rage humaine, offerte aux personnes visées par le protocole d'intervention provincial sur la rage humaine⁷.
- ○ Définition de stratégies de vaccination contre la coqueluche, l'hépatite B et l'influenza.

Promotion des comportements préventifs

- ○ Mise en place d'un plan de promotion de la vaccination.
 - Promotion de la vaccination contre les maladies contractées à l'étranger (typhoïde, hépatite A et hépatite B, par exemple) auprès des voyageurs se rendant dans un pays en développement.

Vigie sanitaire concernant les maladies évitables par l'immunisation

- ○ Mise en place d'un système d'information vaccinale afin que les personnes puissent être inscrites dans le registre de vaccination prévu au chapitre VII de la Loi sur la santé publique.

Assurance de la qualité des produits immunisants

- ○ Gestion des produits immunisants, particulièrement au moyen d'un système informatisé, pour s'assurer de la qualité de ces produits.

Protection de la santé de la population en cas de menace réelle ou appréhendée

- ○ Élaboration, pour le Québec et les régions, d'un plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza.

Soutien des pratiques cliniques préventives

- ○ Soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez les femmes enceintes.

VIH/SIDA, VHC ET INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)

Prévention des infections par le VIH/sida, le VHC et les ITS auprès des groupes vulnérables parmi les adolescents et les adultes

- ○ Prévention auprès des adolescents et des adultes appartenant à des groupes vulnérables en ce qui concerne le VIH/sida, le VHC et les ITS⁸.
- ● Intervention visant l'échange de seringues pour prévenir la transmission du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C ainsi que la transmission du VIH.
- ○ Intervention visant la récupération de seringues usagées (hépatite B, VHC, VIH).
- ○ Organisation des services intégrés de dépistage du VIH/sida, du VHC et des ITS.
- ● Gratuité des médicaments pour traiter les ITS.
 - Intervention préventive auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une ITS et, sur demande du médecin traitant, auprès d'une personne qui a contracté le VIH.
- ○ Prophylaxie post-exposition (VIH).

Soutien des pratiques cliniques préventives

- ○ Soutien des pratiques cliniques préventives par l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes.

Promotion des comportements préventifs

- ○ Promotion des comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH/sida, du VHC et des ITS.

AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

Promotion des comportements préventifs

- Promotion des comportements préventifs par la chimioprophylaxie et la transmission de conseils aux voyageurs.
- Transmission, aux médecins de première ligne, de l'information concernant l'exposition au virus de la rage et promotion auprès d'eux des mesures préventives.

Protection de la santé de la population en cas de menace réelle ou appréhendée

- ○ Connaissance de l'épidémiologie régionale concernant les infections nosocomiales, diffusion des recommandations et des guides de prévention concernant ces infections et définition des moyens pour faciliter l'application de ces recommandations.
- Application des recommandations concernant l'épizootie de la rage chez le raton laveur adaptées aux modes de transmission de cette maladie.
- ○ Prise en charge des contacts étroits des personnes ayant une tuberculose contagieuse.
- ○ Offre du test de dépistage tuberculique aux personnes séropositives au VIH et traitement des personnes infectées.
- ○ Évaluation initiale, traitement et suivi des immigrants nouvellement admis, tel que cela est recommandé dans le protocole d'intervention provincial sur la tuberculose.
- Diffusion aux populations ciblées des recommandations établies à partir de l'investigation des éclosions de zoonoses autres que la rage humaine et adaptées aux différents modes de transmission de ces maladies.
- ● Application des recommandations provinciales relatives à la prévention et à la surveillance de l'encéphalite du Nil occidental, lesquelles recommandations sont adaptées aux modes de transmission de cette maladie.

Soutien des pratiques cliniques préventives

- ○ Soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la colonisation par le streptocoque du groupe B chez les femmes enceintes.

1. 95 % des jeunes.
2. 95 % des jeunes.
3. 90 % des élèves de 4^e année et des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec.
4. 80 % des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec.
5. 95 % des jeunes.
6. 80 % des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec.
7. 90 % des personnes visées par le protocole d'intervention provincial sur la rage humaine.
8. La stratégie de lutte contre le VIH/sida, les infections transmissibles sexuellement et le virus de l'hépatite C précise les éléments qui concernent cette activité.

- Légende**
- Activité à déployer en 2003-2005
 - Activité existante à maintenir
 - Activité existante à consolider
 - Activité à mettre en place

LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

En ce qui concerne la recherche sur les maladies évitables par l'immunisation, une attention particulière est accordée à l'utilisation de nouveaux vaccins et à la mise en œuvre de nouvelles stratégies de vaccination, à l'augmentation de la couverture vaccinale – notamment au regard de l'organisation des services de première ligne – ainsi qu'aux effets des stratégies qui font partie du Programme d'immunisation du Québec et des stratégies relatives à la surveillance de ces maladies. Une meilleure connaissance de l'épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang, des groupes vulnérables à ces infections, des déterminants

de ces infections et des facteurs de risque qui y sont liés, des stratégies et des activités préventives dont l'efficacité a été démontrée, de l'accessibilité et de l'utilisation des services préventifs ainsi que la surveillance de ces infections constituent le deuxième thème de la recherche. Enfin, des efforts sont consentis à l'amélioration des connaissances au regard de la prévention et du contrôle des autres maladies infectieuses, en ce qui concerne particulièrement les stratégies permettant de freiner le phénomène de la résistance aux antimicrobiens.

Le domaine de la santé environnementale

LES PROBLÈMES, LES FACTEURS DE RISQUE ET LES DÉTERMINANTS

Le domaine d'intervention qui concerne la santé environnementale regroupe les problèmes de santé qui sont causés ou aggravés par la contamination biologique, chimique ou physique de l'air, de l'eau ou du sol. Les principaux problèmes sont : l'aggravation des maladies cardiorespiratoires occasionnée par la pollution de l'air et la chaleur accablante, les problèmes liés à la qualité de l'air intérieur, l'asthme allergique, la rhinite allergique, les problèmes liés à la qualité de l'eau, les cancers d'origine environnementale (peau, poumon et mésothéliome) ainsi que les intoxications d'origine environnementale.

De nombreuses études épidémiologiques démontrent qu'une augmentation de la pollution atmosphérique (notamment par ozone, oxydes d'azote et de soufre, monoxyde de carbone et particules respirables) entraîne une augmentation du risque de mortalité prématurée, une augmentation significative de la mortalité moyenne quotidienne chez les personnes âgées de 65 ans ou plus ainsi qu'une morbidité accrue chez les enfants et les personnes défavorisées vivant à proximité des zones polluées. Une plus grande concentration de l'ozone dans l'air aurait également des conséquences sur les maladies respiratoires¹⁹⁴.

Entre 1984 et 1993, à Montréal, l'augmentation de la mortalité moyenne quotidienne, au moment des pics de pollution atmosphérique, a été de 5 % chez les personnes atteintes de maladies respiratoires et de 4,2 % chez celles qui souffraient d'insuffisance cardiaque.

L'asthme est au onzième rang des problèmes de santé déclarés par la population du Québec. Cette maladie, dont la prévalence ne cesse d'augmenter depuis dix ans, engendre une augmentation des consultations médicales et une réduction d'activité¹⁹⁵. Le lien entre les concentrations élevées d'aéroallergènes et l'apparition de l'asthme, chez les enfants particulièrement, est clairement démontré. Par ailleurs, 48,5 % des asthmatiques adultes ont ressenti leurs premiers symptômes avant l'âge de 5 ans¹⁹⁶. Il est reconnu que la pollution de l'air extérieur et intérieur, y compris celle qui est causée par la fumée de tabac, est susceptible de contribuer à l'apparition ou à l'aggravation de l'asthme et de provoquer des réactions allergiques. Toutefois, le contrôle des facteurs de risque environnementaux contribue à réduire la fréquence et la sévérité des crises.

Entre 1987 et 1998, la prévalence de l'asthme est passée de 2,3 % à 5 % dans la population en général et de 3,4 % à 6,6 % chez les moins de 15 ans.

Comparativement aux non-asthmatiques, les asthmatiques :

- consultent davantage un médecin au cours d'une période de deux semaines (24,4 % vs 14,1 %);
- sont davantage hospitalisés (15,2 % vs 14,1 %);
- subissent davantage de limitations de leurs activités (36,0 % vs 15,9 %).

La mauvaise qualité de l'air ainsi que les problèmes d'hygiène et de salubrité dans certains bâtiments sont à l'origine d'une augmentation de la prévalence et de la gravité de

problèmes de santé tels que l'asthme, les manifestations allergiques et irritatives, les intoxications aiguës et chroniques ou les cancers chez les personnes qui y vivent ou y travaillent, soit à cause de l'ampleur de l'exposition à des contaminants de l'air, soit parce qu'elles appartiennent à des populations vulnérables comme les individus souffrant d'atteintes respiratoires, les nourrissons, les jeunes enfants et les personnes ayant 65 ans ou plus. Les principaux contaminants de l'air intérieur sont : la fumée de tabac, les produits de combustion (particules respirables, oxydes de carbone, autres produits de combustion du bois), les contaminants biologiques (moisissures), certains composés organiques volatils et le radon¹⁹⁷.

La rhinite allergique, une inflammation des muqueuses nasales associée à une sensibilité aux aéroallergènes saisonniers, affecte de plus en plus de jeunes de 15 à 24 ans et d'adultes de 25 à 44 ans. Elle se situe au 5^e rang des problèmes de santé les plus fréquemment déclarés et a plus que doublé chez les personnes de 15 à 44 ans en une décennie¹⁹⁸. Parmi les aéroallergènes saisonniers, le pollen de l'herbe à poux serait responsable à lui seul de 50 % à 90 % de tous les cas de rhinite allergique¹⁹⁹.

Même si le tabac est la principale cause des cancers du poumon, plusieurs autres contaminants cancérigènes sont présents dans l'environnement et peuvent contribuer à l'apparition de ce type de cancers. Les principaux sont le radon, l'amiante et les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP)²⁰⁰.

Environ 5 % des décès par cancer du poumon seraient attribuables à des expositions professionnelles et 2 %, à des expositions environnementales.

L'ingestion d'eau contaminée et le contact avec une eau contaminée causent des problèmes de santé comme des gastro-entérites, des diarrhées épidémiques, des dermatites, des folliculites et des intoxications aiguës. Entre 1989 et 1999, 147 épidémies d'origine hydrique, affectant 3 600 personnes²⁰¹, ont été rapportées au Québec. La contamination de l'eau peut être attribuable à plusieurs causes, entre autres des défaillances en ce qui concerne le traitement de l'eau ou l'entretien des réseaux de distribution

ainsi que la pollution par les activités agricoles ou industrielles et par les eaux usées, domestiques ou industrielles.

Les cancers de la peau sont les plus fréquents de tous les cancers au Canada et ils sont en augmentation constante depuis au moins 25 ans au Québec²⁰². Plus de 90 % de ces cancers seraient attribuables à une exposition prolongée aux rayons solaires, d'origine naturelle ou artificielle. Les enfants sont particulièrement vulnérables puisque de 50 % à 80 % de la dose d'exposition à vie est accumulée au cours des 18 premières années de la vie et que les coups de soleil attrapés en bas âge et à l'âge adulte sont les principaux facteurs de risque associés au cancer de la peau²⁰³.

Statistique Canada prévoyait, pour l'année 2001, 73 800 nouveaux cas de cancers de la peau au Canada. Au Québec, de 1983 à 1990, l'incidence de l'épithéliome a augmenté annuellement de 14,3 % chez les hommes et de 10,1 % chez les femmes tandis que l'incidence du mélanome a augmenté de 10,9 % chez les hommes et de 6,4 % chez les femmes.

Les intoxications environnementales au monoxyde de carbone (CO), aux hydrocarbures et aux pesticides sont les plus fréquentes; elles entraînent plusieurs décès et problèmes de santé importants. Dans les cas d'intoxication aux pesticides, 45 % des victimes sont des enfants de moins de 6 ans²⁰⁴.

Entre 1990 et 2000, on a enregistré chaque année 80 intoxications graves au CO traitées en chambre hyperbare et 13 décès reliés à de telles intoxications ainsi que 1 200 appels au Centre antipoison du Québec. Les intoxications aux hydrocarbures et aux pesticides génèrent plus de 5 000 appels par année.

Certains métaux lourds, comme le plomb et le mercure, sont à l'origine d'intoxications affectant des populations vulnérables telles que les autochtones, les pêcheurs, les enfants de milieux urbains défavorisés ou les voisins de secteurs industriels²⁰⁵. La présence de ces contaminants dans l'environnement, en plus de représenter des coûts

importants pour le système de santé en consultations et en soins de toutes sortes, a des effets à long terme sur l'organisme – avortements répétés, cancers, immunosuppression et retards ou problèmes de développement chez l'enfant. Nos connaissances quant à l'importance de l'exposition des populations du Québec à ces contaminants sont cependant insuffisantes et elles doivent être approfondies.

Enfin, il faut noter que les changements climatiques et l'épuisement des écosystèmes ont des répercussions importantes sur la santé, de façon directe et indirecte. Certains problèmes de santé risquent ainsi d'être exacerbés et de nouveaux problèmes pourraient affecter la santé de la population.

L'INTERVENTION

La santé publique, de concert avec le ministère de l'Environnement, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, le ministère des Ressources naturelles, le ministère des Transports, les municipalités, les gestionnaires de réseaux d'aqueduc et les autres acteurs responsables d'assurer la protection ainsi que la conservation des milieux de vie et des écosystèmes, joue un rôle de premier plan dans la protection de la population contre des problèmes de santé liés à l'environnement.

Les actions visent à prévenir ou à réduire les expositions environnementales. Ainsi, les acteurs de la santé publique déterminent les sources de contamination au moyen d'enquêtes épidémiologiques; ils surveillent de façon particulière certains problèmes de santé, comme les cancers de la peau, les intoxications, l'asthme ou les aggravations des maladies cardiaques et respiratoires liées à la pollution atmosphérique; ils informent les personnes exposées à des risques ou qui sont vulnérables sur les moyens de se protéger ou d'éviter l'exposition, notamment par la promotion des pratiques cliniques préventives concernant le cancer de

la peau, et ils analysent les effets sur la santé de différentes situations environnementales, connues ou nouvelles.

Au cours des cinq dernières années, les efforts concertés des directions de santé publique ont porté sur plusieurs questions et ont visé le développement, la mise à jour et la diffusion des connaissances, la production d'avis et de commentaires relatifs aux effets de différentes politiques et législations sur la santé, la conception d'outils d'information ainsi que l'harmonisation des pratiques des divers intervenants. Les éléments et les problèmes qui avaient alors retenu l'attention étaient : l'air intérieur (moisissures et salubrité), l'eau potable (trihalométhanes, cyanobactéries et contaminants biologiques), l'air extérieur (herbe à poux, pollution et hydrocarbures aromatiques polycycliques), l'évaluation et la gestion du risque, les intoxications environnementales (monoxyde de carbone) ainsi que la pollution d'origine agricole (production animale). La législation sur l'eau potable avait également retenu l'attention.

Les orientations pour les prochaines années dans le domaine de la santé environnementale visent à consolider la plupart des activités en cours. Ainsi, un effort particulier sera fait pour harmoniser les pratiques en ce qui a trait à la conduite d'enquêtes épidémiologiques, particulièrement dans le domaine de la contamination de l'eau potable, des maladies d'origine hydrique, des intoxications d'origine environnementale et de la qualité de l'air intérieur. Des activités de prévention et de sensibilisation sont aussi prévues en ce qui concerne l'asthme, les cancers de la peau, les allergies saisonnières et les problèmes ayant un lien avec la qualité de l'air. La concertation intersectorielle et la promotion de moyens efficaces en vue d'améliorer la qualité de l'air extérieur et intérieur font partie des activités retenues. Enfin, pour soutenir la mise en place de milieux de vie qui favorisent la santé, les directions de santé publique poursuivent leurs travaux relativement à l'évaluation des conséquences des projets environnementaux, à l'élaboration d'un plan d'urgence environnementale, incluant les activités relatives aux risques nucléaires, biologiques et chimiques, et à la gestion des risques d'accidents industriels.

LES OBJECTIFS

D'ici 2012 :

- réduire les problèmes de santé associés à la pollution atmosphérique;
- réduire la morbidité imputable au pollen de l'herbe à poux;
- réduire la morbidité et la mortalité dues à l'asthme chez les personnes de moins de 45 ans;
- réduire la morbidité et la mortalité reliées à la mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi qu'à l'insalubrité dans les résidences et les édifices publics;
- contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition au radon, à l'amiante et aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP);
- diminuer l'incidence des cancers de la peau;
- réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies d'origine hydrique;
- réduire de 25 % les intoxications d'origine environnementale et leurs conséquences sur la santé;
- réduire les conséquences sur la santé des situations d'urgence et des catastrophes environnementales.

LES ACTIVITÉS

LES MALADIES LIÉES À LA QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR ET INTÉRIEUR

Les maladies cardiorespiratoires d'origine environnementale

- ● Promotion des moyens efficaces d'améliorer la qualité de l'air extérieur (utilisation du transport en commun, programmes d'inspection obligatoire des véhicules usagés, par exemple).

Les rhinites allergiques

- ● Promotion des moyens efficaces de réduire l'exposition au pollen de l'herbe à poux par :
 - des activités d'information et de formation à l'intention des intervenants municipaux concernés par les mesures de contrôle adéquates de l'herbe à poux;
 - des activités de sensibilisation à l'intention de la population concernant l'identification de l'herbe à poux et les mesures de contrôle à appliquer dans l'environnement immédiat;
 - des activités à l'intention des partenaires d'autres secteurs concernant les problèmes de santé attribuables à l'herbe à poux.

L'asthme allergique

- Promotion d'une intervention concertée visant la réduction de l'exposition aux aéroallergènes environnementaux auprès des établissements d'enseignement primaire et secondaire, des regroupements de services de garde et des ministères concernés par la question.
- Concertation avec les organismes appartenant aux secteurs de l'habitation et du bâtiment en vue d'établir une norme sur la ventilation des nouveaux immeubles locatifs.

Les problèmes liés à la salubrité des bâtiments

- ● Participation à l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels, sur la qualité de l'air intérieur dans chacune des régions du Québec.
- ● Conduite d'enquêtes épidémiologiques et organisation des 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 centres de la petite enfance ainsi que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

LES AUTRES MALADIES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

Le cancer du poumon

- ● Participation au suivi de l'enlèvement ou de la réparation du flocage d'amiante dans les bâtiments scolaires où ces travaux sont prévus et soutien à l'évaluation de la présence d'amiante dans tous les établissements de soins de santé.
- Définition d'une stratégie relative à l'exposition au radon domiciliaire.

Les cancers de la peau

- ○ Information aux parents concernant les moyens efficaces de protéger leurs enfants de 0 à 18 ans contre les rayons ultraviolets.

Les maladies d'origine hydrique

- ○ Conduite d'enquêtes épidémiologiques et organisation des activités appropriées lorsque sont signalées des éclosions ou des intoxications liées à l'eau et conduite d'enquêtes épidémiologiques dans tous les cas de dépassement des normes relatives aux *E. coli* fécaux dans les réseaux de distribution de l'eau.
- ○ Sensibilisation et concertation afin que toutes les directions de santé publique aient accès en temps opportun aux 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.

LES INTOXICATIONS ENVIRONNEMENTALES

- Sensibilisation de la population à l'utilisation d'un détecteur de monoxyde de carbone (CO) dans la maison.
- ○ Promotion du processus de déclaration des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale, notamment pour ce qui est du monoxyde de carbone (CO) ou des pesticides, et conduite d'enquêtes épidémiologiques lorsque de tels cas sont déclarés.

L'ENSEMBLE DES MALADIES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

- ○ Participation aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen relative aux projets ayant des conséquences sur l'environnement ainsi qu'à l'application de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés.
- ● Participation au processus de révision des schémas d'aménagement proposés par les municipalités régionales de comté (MRC) et les communautés urbaines.
- ○ Collaboration aux démarches régionales relatives à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, conformément à la Loi sur la sécurité civile, et à la préparation des schémas de sécurité civile.
- ● Élaboration d'un plan d'urgence relatif à la santé environnementale, incluant des actions relatives aux risques nucléaires, biologiques¹ et chimiques en cas de bioterrorisme.

1. Les activités ayant un lien avec les risques biologiques sont faites en collaboration avec les personnes qui interviennent dans le domaine des maladies infectieuses.

- Légende**
- Activité à déployer en 2003-2005
 - Activité existante à maintenir
 - Activité existante à consolider
 - Activité à mettre en place

LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

Le premier thème de la recherche en santé environnementale porte sur l'exposition aux polluants atmosphériques, aux allergènes environnementaux, aux contaminants de l'air intérieur, au radon, à l'amiante et aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) ainsi qu'aux contaminants de l'eau de consommation; les effets de ces produits sur la santé sont particulièrement examinés. Des efforts sont consentis à l'étude des intoxications d'origine environ-

nementale. Les modes de production agricole, les changements climatiques et les risques toxicologiques reçoivent également une attention particulière. Enfin, les urgences environnementales, le soutien aux activités relatives à la protection de la santé et la contribution des politiques environnementales à la santé de la population constituent les autres thèmes de la recherche.

Le domaine de la santé en milieu de travail

LES PROBLÈMES, LES FACTEURS DE RISQUE ET LES DÉTERMINANTS

Le domaine d'intervention portant sur la santé en milieu de travail regroupe les problèmes de santé attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques en milieu de travail ainsi que les problèmes associés aux caractéristiques organisationnelles des milieux de travail. Il s'agit d'un domaine particulier où les acteurs de la santé publique interviennent principalement en vertu d'un mandat confié aux régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSS) et aux CLSC par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) mais aussi en vertu d'un mandat de protection de la santé publique dévolu par les directeurs de santé publique et le directeur national de santé publique. La CSST agit comme maître d'œuvre du régime québécois chargé d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs. Les activités de la santé publique dans ce domaine sont les actions préventives prioritaires déterminées par la CSST, en collaboration avec ses partenaires. Par ailleurs, des problèmes en émergence sont aussi l'objet d'une attention particulière en santé publique. Enfin, le milieu de travail représente un lieu privilégié pour sensibiliser la population adulte, dans une optique de promotion de la santé et de prévention d'autres problèmes qui ne sont pas particuliers au milieu de travail.

Les problèmes visés par les interventions prioritaires déterminées par la CSST

Selon l'Enquête sociale et de santé 1998, les lésions musculo-squelettiques (LMS) sont la cause principale d'incapacité dans la population québécoise et une importante proportion de ces incapacités serait imputable aux lésions musculo-squelettiques reliées au travail²⁰⁶. Pour l'année 2000, la CSST a consacré pas moins de 500 millions de

dollars à l'indemnisation des travailleurs souffrant de troubles musculo-squelettiques, ce qui représente plus de 40 % des coûts totaux d'indemnisation pour des lésions d'origine professionnelle²⁰⁷.

La béryllose semble renaître sous sa forme chronique. Durant les années 1940, on utilisait le béryllium dans la fabrication des tubes fluorescents. On a alors vu apparaître des cas de béryllose aiguë. Cette maladie a cessé d'être observée après que les États-Unis aient fixé une norme concernant l'exposition des travailleurs. Des cas de béryllose chronique ont toutefois été déclarés à la suite d'expositions prolongées ou répétitives. Vers la fin de 1998, les premiers cas de béryllose chronique ont été rapportés au Québec.

La silicose représente un autre problème de santé physique attribuable au milieu de travail. Entre 1988 et 1997, la CSST a reconnu que 298 travailleurs étaient atteints d'une silicose; 40 % d'entre eux étaient employés dans des mines, 21 %, dans des fonderies, et 10 % travaillaient la pierre. Des cas de silicose accélérée ont aussi été répertoriés; il s'agit d'une forme de la maladie qui a la particularité de se présenter chez des travailleurs plus jeunes et ayant été exposés moins longtemps à la silice. La silicose accélérée est fortement associée à l'utilisation du procédé d'abrasion par jet de sable²⁰⁸.

Les maladies reliées à l'amiante sont les maladies pulmonaires le plus fréquemment indemnisées par la CSST et comptent, outre l'amiantose, certains cancers pulmonaires et des mésothéliomes. Les personnes souffrant de ces affections travaillaient principalement dans le secteur de la construction, dans celui de la réparation et de l'entretien de structures ou de produits contenant de l'amiante, dans des mines ou dans la transformation de l'amiante²⁰⁹.

Comme l'exposition à l'amiante est encore mal réglementée dans la construction et dans la transformation²¹⁰, et que les maladies de l'amiante se développent après une latence de vingt à quarante ans, il est à prévoir que de nouveaux cas de ces maladies apparaîtront encore durant de nombreuses années.

Entre 1988 et 1997, sur 691 travailleurs reconnus par la CSST, on retrouve 378 cas d'amiantose, 209 cancers pulmonaires et 191 mésothéliomes d'origine professionnelle.

L'asthme d'origine professionnelle serait la maladie pulmonaire la plus fréquente dans les pays industrialisés, où on évalue que 15 % de tous les cas d'asthme seraient d'origine professionnelle²¹¹. La prévalence de l'asthme dans la population québécoise est de 5 %²¹². L'exposition à des agents sensibilisants comme les isocyanates, la farine et les protéines de crustacés serait à l'origine d'un grand nombre de cas d'asthme professionnel au Québec²¹³.

Des intoxications en milieu de travail surviennent fréquemment. Le monoxyde de carbone (CO), l'hydrogène sulfuré (H₂S) et certains gaz irritants, tels que l'ammoniac (NH₃), le dioxyde de soufre (SO₂) ou les oxydes d'azote (NO_x), sont les principaux agents responsables de ces intoxications. Ils sont la cause d'atteintes permanentes sévères, d'hospitalisations et parfois même de décès. Une moyenne de dix cas d'intoxication au CO sont traités annuellement en chambre hyperbare, un indicateur de la gravité de ces intoxications²¹⁴. D'autres contaminants comme les pesticides, les solvants organiques et le plomb sont la cause d'intoxications se manifestant généralement plus insidieusement, mais dont les conséquences sont loin d'être négligeables²¹⁵. L'absence ou l'inefficacité des mesures de contrôle et de gestion des contaminants utilisés ou générés en milieu de travail comptent parmi les principaux facteurs qui contribuent aux intoxications professionnelles, notamment dans les cas d'utilisation de pesticides et de solvants organiques.

Les maladies infectieuses d'origine professionnelle sont des maladies sérieuses dont la gravité des conséquences est reconnue. La fréquence des expositions professionnelles au sang et autres liquides biologiques est toutefois très mal connue. Comme plusieurs de ces expositions n'entraînent pas d'absentéisme au travail, elles ne sont pas toujours rap-

portées ni, par le fait même, incluses dans les statistiques de la CSST. Un projet de surveillance, le système d'information sur la surveillance des expositions au sang, a permis de comptabiliser 5 641 expositions au sang et autres liquides biologiques parmi les travailleurs de la santé de 16 centres hospitaliers de soins de courte durée sur une période de 5 ans²¹⁶.

Au Québec, les données préliminaires de la CSST se rapportant à des expositions à des agents biologiques suggèrent que 138 et 202 accidents de travail ont été rapportés en 1999 et en 2000; environ 70 % de ces incidents sont des contacts potentiels avec le VIH.

De plus, le service de consultation pour la prophylaxie post-exposition de la région de Montréal-Centre a évalué, au cours d'une période de 3 ans, 1 445 personnes exposées accidentellement au sang ou à d'autres liquides biologiques. Près de 80 % de ces expositions étaient d'origine professionnelle. Pour ce qui est des expositions accidentelles au *Mycobacterium tuberculosis*, 123 réclamations ont été acceptées par la CSST entre 1995 et 2000; une proportion importante des employés qui les ont faites travaillaient dans des établissements du secteur de la santé et des services sociaux ou dans des centres de détention. Bien que les cas d'exposition aux risques biologiques soient sous-déclarés, cette forme d'exposition constitue néanmoins un problème important pour certains groupes de la population.

Par ailleurs, plusieurs substances présentes en milieu de travail (arsenic, cadmium, amiante, chrome, nickel et ses composés, fumées d'hydrocarbures, par exemple) s'avèrent cancérigènes. Cependant, toutes les substances reconnues comme cancérigènes sur le plan international ne sont pas inscrites comme telles dans la réglementation québécoise. Des études estiment que de 5 % à 40 % des cancers diagnostiqués, selon leur étiologie, seraient d'origine professionnelle²¹⁷. Les cancers des voies respiratoires (trachée, bronches, poumon) et de la vessie sont ceux qui entraînent le plus de décès²¹⁸. Le mésothéliome, bien qu'il soit relativement rare, est probablement celui des cancers sentinelles²¹⁹ pour lesquels l'association avec une exposition professionnelle est la plus forte.

Le bruit, un agresseur encore très présent dans les milieux de travail, est susceptible d'affecter la santé et même la sécurité des travailleurs. On estime que 20 % des cas de surdité chez l'adulte seraient attribuables au bruit en milieu

de travail et pourraient survenir à la suite d'une exposition plus ou moins prolongée. La surdité professionnelle constitue la seconde maladie professionnelle en nombre de cas indemnisés par la CSST²²⁰. La surdité entraîne une altération des capacités d'écoute et de communication pouvant avoir des conséquences sérieuses dans toutes les sphères de la vie²²¹.

Environ 1 000 cas de surdité professionnelle sont indemnisés chaque année par la CSST, tandis qu'environ 500 000 travailleurs exposés quotidiennement à des niveaux nocifs de bruit seraient donc susceptibles de développer une surdité.

Enfin, il est aussi reconnu que certaines conditions ergonomiques dans lesquelles évoluent les travailleuses enceintes (travail en station debout prolongée, port de charges lourdes, efforts physiques, etc.) sont associées à des taux plus élevés de naissances prématurées, de retard de croissance, d'avortements et de mortinaissances²²². De plus, l'exposition à des agents chimiques, biologiques et physiques peut compromettre gravement la santé de l'enfant à naître, celle de l'enfant allaité et celle de la mère²²³.

Les problèmes en émergence

Ces dernières années, d'autres problèmes ont retenu l'attention des acteurs de la santé publique quant au lien éventuel qu'ils auraient avec le milieu de travail; ce sont des problèmes en émergence qui sont jugés prioritaires par le ministre et qui, même s'ils ne sont pas visés par les interventions prioritaires déterminées par la CSST, nécessitent d'être étudiés plus en profondeur.

Parmi ces problèmes, certains semblent associés au stress généré par le travail. Il en est ainsi des maladies cardiovasculaires. Toutes causes confondues, ces maladies constituent la principale cause de décès, d'incapacité et de maladie au Canada, alors qu'elles sont responsables de 37 % de tous les décès et du plus grand nombre d'hospitalisations²²⁴. Or, on estime à environ 20 % la proportion des maladies cardiovasculaires qui auraient un lien avec l'organisation du travail²²⁵.

Le stress ne serait pas non plus étranger aux problèmes de santé mentale associés au milieu de travail. Les incapacités de travail liées à des problèmes de santé mentale attribuables au travail sont passées de 7 % à 13 %, avec

une durée d'absence du travail qui a triplé entre 1987 et 1998²²⁶. Les réclamations pour lésions professionnelles reliées au stress, à l'épuisement professionnel et à d'autres facteurs d'ordre psychologique ont presque doublé à la CSST, entre 1990 et 1997, tout comme les sommes versées par les compagnies privées d'assurance salaire²²⁷. Bien qu'il soit difficile, pour l'instant, d'apprécier l'augmentation réelle de ces problèmes – la progression enregistrée étant susceptible de traduire, en partie, l'importance récente qu'on leur accorde –, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit de problèmes qui méritent d'être mieux analysés.

Par ailleurs, l'intérêt porté au harcèlement en milieu de travail est relativement récent. Bien qu'il y ait eu peu d'études mesurant de façon rigoureuse l'importance de ce problème, 18 % des travailleurs ont déclaré avoir été victimes d'intimidation au travail dans le courant de l'année 1998²²⁸. Les conséquences qu'entraîne le harcèlement en milieu de travail sur la santé physique et mentale des personnes qui en sont victimes seraient importantes²²⁹. Les facteurs organisationnels tels que les conflits mal gérés, l'incompétence managériale, la précarité de l'emploi et l'intensification du travail joueraient un rôle dans l'apparition de ces problèmes²³⁰.

D'autres problèmes faisant l'objet d'activités en milieu de travail²³¹

Plusieurs maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et certaines maladies respiratoires obstructives, sont responsables de fortes proportions de la mortalité et de la morbidité enregistrées dans la population adulte. Ces maladies sont associées au tabagisme, à une alimentation déséquilibrée et à la sédentarité. Par ailleurs, les problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que le suicide se produisent généralement à l'âge adulte, notamment chez les travailleurs. Le milieu de travail constitue un endroit privilégié pour agir sur des habitudes de vie ou des facteurs associés à l'adaptation et à l'intégration sociale.

L'INTERVENTION

Les activités prévues par l'entente MSSS-CSST

La plupart des activités prévues en ce qui concerne la santé en milieu de travail sont, comme par les années antérieures, des activités prioritaires déterminées par la CSST, et ce, conformément à l'entente conclue entre le MSSS et la CSST.

L'action des équipes de santé publique au sein des directions de santé publique et des CLSC se concrétise par l'organisation des activités prévues à l'intérieur des programmes de santé spécifiques à l'établissement (PSSE) dans les secteurs réglementés. Ces activités se regroupent principalement dans quatre sphères :

- la détermination et l'évaluation des risques pour la santé que présentent les agresseurs physiques, chimiques, biologiques et ceux liés à l'organisation du travail;
- 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*, qui permet à la femme enceinte ou qui allaite d'être affectée à des tâches ne présentant pas de danger pour elle-même ni pour l'enfant à naître ou allaité, ou d'être retirée du travail si cette affectation n'est pas possible.

De plus, à la demande de la CSST, des études relatives à l'hygiène industrielle sont effectuées dans le but de traiter les demandes d'indemnisation pour maladies professionnelles.

Les équipes de santé publique travaillant dans le domaine de la santé en milieu de travail collaborent également à l'application des programmes provinciaux d'intervention qui portent sur des risques ciblés dans des secteurs

Une entente relative aux programmes de santé au travail a été conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) en vertu de l'article 10 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (L.R.Q., c. M-19.2) et de l'article 170 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., c. S-2.1). Cette dernière loi stipule que la CSST voit à établir les priorités d'intervention en matière de santé et de sécurité du travail. Selon l'entente, la Commission doit également traiter de toute question jugée prioritaire par le MSSS. Le MSSS, pour sa part, coordonne la mise en œuvre des programmes de santé au travail, collabore avec la Commission à l'analyse des données en santé et sécurité du travail et traite aussi de toute question considérée comme prioritaire par la Commission.

De plus, un cadre général de fonctionnement vient structurer la collaboration entre la CSST, le MSSS et leur réseau respectif ainsi que les activités relatives aux services de santé au travail. Le comité permanent MSSS-CSST, dont la formation est prévue dans l'entente, constitue le lieu privilégié de la concertation sur tout sujet d'intérêt commun afin de permettre la mise en œuvre des programmes de santé au travail. Le comité a, entre autres responsabilités, celles de diffuser les orientations, les priorités et les objectifs provinciaux en matière de prévention et de définir les indicateurs nécessaires. Il assure par ailleurs la liaison avec les tables de concertation régionales et les intervenants respectifs des deux réseaux. D'autres mécanismes de concertation existent également aux niveaux régional et local.

D'autres partenaires se voient aussi confier des responsabilités par la CSST. Ce sont, entre autres acteurs, les associations sectorielles paritaires (ASP) pour la santé et la sécurité du travail, qui fournissent des services de formation, d'information et de conseil en matière de santé et de sécurité du travail, et l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), qui assure la recherche scientifique, la formation des chercheurs ainsi que les services de laboratoires relatifs aux analyses environnementales (hygiène industrielle), toxicologiques et microbiologiques. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) apporte aussi sa contribution pour analyser de nouvelles problématiques, produire des avis scientifiques et encadrer des recherches dans le domaine de la santé en milieu de travail.

Afin d'actualiser l'entente avec le MSSS, la Commission conclut avec chaque régie régionale un contrat particulier, prévu à l'article 109 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, aux termes duquel la régie régionale s'engage à assurer les services nécessaires à la mise en œuvre des programmes de santé sur son territoire, selon les budgets consentis à cette fin par la Commission. En vertu de ce contrat, les directions de santé publique et les centres locaux de services communautaires (CLSC) fournissent des services de santé préventifs aux travailleurs.

déterminés, tels que l'amiante dans le secteur de la construction; le bruit dans le secteur des scieries; les risques associés aux fumées de soudage, aux procédés de poudrage électrostatique et aux procédés utilisant des isocyanates dans l'industrie; les risques associés soit à la silice, dans les milieux où l'on fait du sablage par jet d'abrasif siliceux, ou au béryllium, dans les secteurs des fonderies et de l'aéronautique. Les intoxications à l'oxyde de carbone et aux solvants, les lésions musculo-squelettiques, certains risques biologiques font aussi l'objet d'activités pour des populations définies.

Toutes ces activités en milieu de travail visent les problèmes de santé mentionnés, ou certains aspects de ces problèmes, et ne concernent, pour la plupart, que des secteurs réglementés. Des activités hors secteurs réglementés sont aussi offertes, selon les priorités provinciales ou régionales retenues. Les équipes de santé au travail répondent également aux demandes des milieux de travail, venant principalement des comités de santé et de sécurité. Les problèmes affectant certains milieux peuvent toutefois ne pas faire partie des priorités établies. D'autres activités seront menées dans des régions, conjointement avec les directions régionales de la CSST, pour tenir compte de problèmes de santé qui se présentent localement. Les équipes de santé publique peuvent aussi proposer des activités particulières axées sur la promotion de la santé ou la prévention en milieu de travail, en concertation avec la CSST et les entreprises concernées par un problème.

Les enquêtes touchant les maladies à déclaration obligatoire

Les acteurs de la santé publique peuvent également intervenir dans le cadre des enquêtes touchant les maladies à déclaration obligatoire (MADO), en vue de rechercher l'étiologie professionnelle ou non professionnelle de ces maladies.

Les questions jugées prioritaires en santé publique

Dans le cadre du *Programme national de santé publique 2003-2012* et conformément à l'entente MSSS-CSST, il est également prévu que les acteurs de la santé publique, suivant les mécanismes habituels de collaboration avec la CSST, attirent l'attention de la Commission sur certains aspects particuliers de problèmes déjà visés par les activités prioritaires. Certaines questions de haute importance sont soulevées, notamment sur les intoxications professionnelles, les cancers d'origine professionnelle, la surdité professionnelle et la gestion du risque, en ce qui concerne, par exemple, l'issue défavorable de la grossesse en milieu de travail.

D'autres activités relatives à la promotion de la santé et à la prévention en milieu de travail

Certaines activités se rapportant aux habitudes de vie et aux maladies chroniques ou au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale peuvent être organisées en milieu de travail²³². Il en est ainsi, de façon particulière, d'activités en rapport avec des campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie ou avec des mesures environnementales favorisant une saine alimentation et la pratique régulière d'une activité physique. Des activités portant sur la prévention des problèmes de consommation de drogues et d'alcool et des risques qui y sont associés ainsi que sur la prévention du suicide peuvent également être offertes dans les milieux de travail.

LES OBJECTIFS

D'ici 2012 :

- Diminuer la prévalence ainsi que la durée et la gravité des incapacités liées aux lésions musculo-squelettiques;
- diminuer l'incidence de la béryllose, de la silicose et de l'amiantose chez les travailleurs par la réduction de l'exposition au béryllium, à la silice et à l'amiante;
- diminuer l'incidence de l'asthme professionnel lié aux isocyanates, à la farine et à ses composantes ou aux protéines de crustacés ainsi que la sévérité des manifestations de cette maladie;
- diminuer l'incidence des intoxications professionnelles causées par l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, les pesticides ou les gaz irritants et réduire la prévalence des atteintes du système nerveux causées par le plomb et les solvants organiques;
- diminuer l'apparition de maladies infectieuses professionnelles chez les travailleurs exposés à des agents biologiques;
- diminuer l'incidence des cancers des voies respiratoires, des cancers de la vessie et des autres cancers par la réduction de l'exposition des travailleurs à des substances cancérigènes;
- diminuer l'incidence de la surdité professionnelle et les conséquences de cette maladie par la réduction de l'exposition des travailleurs au bruit en milieu de travail;
- diminuer la fréquence des problèmes pouvant entraîner une issue défavorable 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;
- améliorer les habitudes de vie et diminuer l'incidence des maladies chroniques;
- réduire le suicide et les problèmes de consommation de drogues et d'alcool.

LES ACTIVITÉS

■ ● Activités prévues dans l'entente MSSS-CSST¹ portant notamment sur les problèmes suivants :

- lésions musculo-squelettiques;
- béryllose;
- silicose;
- amiantose;
- asthme professionnel;
- intoxications professionnelles;
- maladies infectieuses d'origine professionnelle;
- cancers d'origine professionnelle;
- surdité professionnelle;
- problèmes pouvant entraîner une issue défavorable de la grossesse attribuables au milieu de travail.

Ⓛ Représentations auprès de la CSST sur les thèmes suivants² : les intoxications professionnelles, les cancers d'origine professionnelle, le bruit et la surdité professionnelle ainsi que la gestion du risque.

Ⓧ Activités relatives à la promotion de la santé et à la prévention en milieu de travail concernant les habitudes de vie et les maladies chroniques ainsi que l'adaptation et l'intégration sociale.

1. Les sommes nécessaires à la tenue de ces activités proviennent de la CSST.

2. De façon plus précise et pour chacun des thèmes, les représentations porteront notamment sur l'examen des interventions efficaces pour prévenir les cas d'intoxication professionnelle, notamment au monoxyde de carbone, à l'hydrogène sulfuré, aux pesticides et aux gaz irritants, sur la pertinence de réviser la norme de certains cancérigènes ou d'ajouter des cancérigènes à la liste de ceux qui sont reconnus par règlement, sur les stratégies les plus efficaces concernant la substitution et le contrôle des substances cancérigènes, sur l'information à donner aux travailleurs relativement à certains cancérigènes comme l'amiante, les hydrocarbures, le nickel et le chrome, sur l'information à donner aux médecins traitants concernant les cancers professionnels les plus fréquents, sur la pertinence de réviser la norme relative à l'exposition au bruit, sur l'examen du continuum de services offerts aux travailleurs menacés ou atteints de surdité professionnelle (promotion, prévention, protection) à la lumière du bilan des activités déjà tenues en la matière et sur l'utilité d'un cadre de référence pour la gestion du risque, notamment en ce qui concerne l'issue défavorable de la grossesse en milieu de travail.

Légende ■ Activité à déployer en 2003-2005

- Activité existante à maintenir
- Ⓛ Activité existante à consolider
- Activité à mettre en place

LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

Dans le domaine de la santé en milieu de travail, la recherche est d'abord orientée sur la connaissance des problèmes en émergence et sur les moyens efficaces de les prévenir. Ainsi, les problèmes de santé mentale liés au travail, le harcèlement en milieu de travail et les maladies cardiovasculaires attribuables au travail sont l'objet d'une

attention particulière. La surveillance de certains problèmes de santé liés au travail constitue un autre thème de la recherche. Enfin, des efforts sont consentis aux moyens d'améliorer l'efficacité des activités destinées à prévenir certains problèmes d'origine professionnelle, comme les lésions musculo-squelettiques, la béryllose, les intoxications, les maladies infectieuses et la surdité.

Des activités de développement des communautés

Les liens entre l'environnement, les habitudes de vie ainsi que la santé et le bien-être des individus ou des populations sont bien démontrés. En effet, le pouvoir de l'individu de changer ses habitudes de vie ou de maîtriser sa situation de vie au regard de sa santé et de son bien-être tient non seulement à sa volonté et à sa capacité d'agir mais aussi aux conditions présentes dans son environnement immédiat – environnement socioéconomique, physique, social et culturel. Le lieu même où habitent les personnes a un effet sur leur santé. De plus, on sait que la pauvreté contribue largement à la persistance des inégalités de santé et de bien-être.

Les activités qui s'inscrivent dans la stratégie de développement des communautés visent justement à prévenir des problèmes psychosociaux et de santé physique qui sont influencés par le contexte de vie. Ces activités comportent donc un fort potentiel d'amélioration de la santé et du bien-être des gens. Elles permettent d'améliorer les conditions de vie et la qualité de vie des communautés, notamment celles qui sont vulnérables et défavorisées. Les membres des communautés peuvent ainsi renforcer leur autonomie et la cohésion sociale, changer leur situation et prendre part à la création d'environnements adaptés à leur contexte de tous les jours. Ces activités reposent sur l'action intersectorielle; elles sont complémentaires aux activités qui sont axées sur les comportements des individus, des groupes à risque ou de la population, et même les renforcent.

Par ailleurs, les projets menés dans le cadre de cette stratégie sont définis et gérés par les membres de la communauté eux-mêmes. L'intervention de la santé publique vise alors à soutenir et à développer les compétences des personnes et des groupes ainsi qu'à améliorer leur environnement – physique, social et économique –, pour créer un contexte général propice à la santé et au bien-être de

tous et toutes, de façon durable, plutôt qu'à prévenir un problème en particulier.

Les projets de développement des communautés sont particulièrement pertinents lorsque les problèmes, leurs facteurs de risque ainsi que le contexte dans lequel ces problèmes et ces facteurs se manifestent sont suffisamment connus²³³, et que le contexte social et les environnements exercent une influence certaine sur ces problèmes ou sur ces facteurs de risque. C'est le cas, par exemple, des activités qui visent à améliorer le soutien social dont disposent les personnes ou à modifier certaines habitudes de vie.

EXEMPLES D'INTERVENTIONS PROMETTEUSES S'INSPIRANT D'UNE STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

- Activités de soutien offertes aux familles ayant de jeunes enfants.
- Activités visant à augmenter le soutien social des enfants et des adolescents.
- Activités axées sur la sécurité alimentaire.
- Activités axées sur la sécurité des quartiers, des villages ou des municipalités ou sur la qualité des milieux.
- Activités relatives à l'adoption de saines habitudes de vie dans les milieux de vie, notamment en milieu de travail.
- Activités visant l'intégration sociale des personnes âgées.
- Autres activités multidimensionnelles permettant d'agir sur plusieurs déterminants de la santé (par exemple, un projet axé sur le loisir auprès des jeunes pour développer leurs compétences sociales, pour lequel on prévoit un moyen de transport qui est à la fois sécuritaire et écologique).

Plusieurs interventions relatives au développement des communautés sont prometteuses, c'est-à-dire qu'elles comportent, d'une part, une base théorique au regard de leur efficacité et, d'autre part, des évidences empiriques qui soutiennent au moins certains éléments du modèle théorique²³⁴. Le développement des communautés se réalise notamment par une accessibilité accrue à l'information sur l'état de santé des membres des communautés, par des projets issus de ces communautés pour améliorer la santé et le bien-être des personnes qui en font partie, par une consolidation des

actions intersectorielles en faveur de la santé et, enfin, par le renforcement des activités axées sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être. Les activités retenues sont présentées dans le tableau qui suit; elles laissent un espace à la définition d'activités adaptées aux besoins particuliers d'un groupe ou d'une communauté. En faisant une large place aux initiatives issues des communautés, cette stratégie favorise à la fois l'innovation, de nouveaux rapports entre les experts et la population ainsi que la collaboration intersectorielle.

TABEAU 1 LES ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

| Types d'activité de santé publique | Buts poursuivis | Contribution des niveaux national, régional et local |
|--|--|---|
| 1. Des activités pour être à l'écoute de la population et pour lui rendre accessible l'information sur son état de santé et de bien-être | <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les préoccupations des communautés quant à leur santé et aux moyens qu'elles veulent emprunter pour la maintenir ou l'améliorer. • Rendre accessible aux communautés l'information sur leur état de santé et sur les déterminants. • Consultation à l'occasion du Forum de la population. | <ul style="list-style-type: none"> • Production de portraits de santé nationaux et régionaux accessibles à la population. |
| 2. Des activités fondées sur l'engagement des communautés | <ul style="list-style-type: none"> • Créer un contexte favorisant la santé et le bien-être. | <ul style="list-style-type: none"> • Planification nationale et régionale qui tient compte des conditions nécessaires à la mise en place de mécanismes de concertation régionaux et locaux. • Mise en œuvre des activités qui mettent à contribution les acteurs intéressés de la communauté. • Soutien national, régional (planification, financement, évaluation) et local (planification et réalisation) des projets proposés par des communautés, notamment en ce qui concerne le soutien des familles, le soutien social des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées, le développement des jeunes enfants, socialisation des enfants et des adolescents, la sécurité alimentaire ainsi que la sécurité des quartiers, des villages ou des municipalités. |
| 3. Des activités fondées sur la collaboration intersectorielle | <ul style="list-style-type: none"> • Susciter l'engagement des acteurs des autres secteurs pour la mise en œuvre d'activités axées sur la santé des communautés. | <ul style="list-style-type: none"> • Soutien des alliances intersectorielles pour mettre en place des activités afin d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être. |
| 4. Des activités qui réduisent les inégalités de santé et de bien-être et qui privilégient les communautés les plus défavorisées | <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'accès à des milieux de vie qui favorisent la santé ainsi qu'aux ressources et services de santé visant les groupes vulnérables et, plus particulièrement, les communautés et les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique. | <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place et soutien des interventions qui contribuent à la réduction des inégalités de santé et de bien-être, et de celles qui s'adressent aux communautés les plus défavorisées. |

SECTION **6**

L'ÉVALUATION DU PROGRAMME POUR GUIDER L'ACTION



L'évaluation du Programme national de santé publique permet d'apprécier la pratique de la santé publique en général, de suivre les activités que le programme propose en s'appuyant sur ses composantes fondamentales et de vérifier l'atteinte des résultats attendus. D'une part, l'évaluation des fonctions de santé publique permet de jeter un regard critique sur la pratique pour, éventuellement, renforcer le rôle et la capacité d'intervention de la santé publique à l'intérieur du système de santé et de services sociaux. D'autre part, l'évaluation des activités et des résultats observés vise à obtenir de l'information sur la mise en œuvre de ces activités et sur le degré d'atteinte des objectifs poursuivis. De façon globale, les résultats de l'évaluation permettent de vérifier que le programme atteint les résultats escomptés et, au besoin, d'y apporter les ajustements nécessaires.

LES ASSISES DE L'ÉVALUATION DU PROGRAMME

La démarche concernant l'évaluation du Programme national de santé publique suit certaines orientations. En premier lieu, l'évaluation du programme est faite, dans la mesure du possible, à partir des systèmes d'information, des instruments ou des données qui existent; parallèlement, cette évaluation devrait permettre de faire évoluer ces systèmes et instruments de façon à adapter la collecte des données à la structure du programme. En deuxième lieu, la capacité de comparer les données entre les niveaux national, régional et local ainsi qu'à différents moments, pour apprécier l'évolution des résultats dans le temps, représente un impératif incontournable en ce qui concerne l'évaluation du programme. Le succès de l'évaluation repose quant à lui sur le partenariat, c'est-à-dire sur la contribution des acteurs à chacun des niveaux de la santé publique, dans le respect du mandat et des responsabilités particulières qui incombent à chacun, cette contribution portant non seulement sur la collecte des données nécessaires, mais aussi sur leur analyse et sur leur utilisation pour améliorer le programme et alimenter les plans d'action régionaux et locaux. Par ailleurs, l'évaluation ne va pas sans faire appel aux valeurs et aux principes éthiques sur lesquels est fondé le programme et qui peuvent soutenir la prise de décision quand il s'agit, notamment, du respect de la confidentialité, du consentement libre et éclairé des participants au moment des recherches évaluatives ainsi que de l'utilisation circonspecte des données nominales lorsque cela s'avère incontournable. De plus, la collecte de données

doit se limiter à l'information réellement pertinente, tout en tenant compte d'un juste partage des responsabilités entre tous les acteurs engagés dans ce processus. Enfin, il est essentiel que les résultats de l'évaluation soient produits et diffusés avec promptitude afin de permettre d'effectuer les correctifs nécessaires en temps voulu.

LES DIMENSIONS DE L'ÉVALUATION

L'évaluation du Programme national de santé publique porte sur les fonctions de santé publique ainsi que sur les activités proposées et leurs effets. Le tableau 2, présenté plus loin, regroupe les éléments essentiels du cadre de référence pour l'évaluation du programme; certains éléments concernent le contenu de l'évaluation – ce sont les types d'évaluation et les objets de l'évaluation –, tandis que d'autres se rapportent aux modalités de la démarche d'évaluation et permettent de préciser les responsabilités à chaque niveau ainsi que les sources de données et la périodicité.

L'évaluation des fonctions de santé publique

L'évaluation des fonctions de santé publique consiste à apprécier différents aspects de la performance des fonctions essentielles et des fonctions de soutien à partir de trois catégories d'indicateurs; ces indicateurs concernent la disponibilité de l'infrastructure, des ressources (humaines, technologiques, financières) et des compétences nécessaires, la qualité des liens et du soutien entre les niveaux national, régional et local ainsi que la capacité de chacune des fonctions à atteindre ses finalités.

L'appréciation de la performance des fonctions de santé publique permet de déterminer les fonctions qui ont besoin d'être consolidées afin d'améliorer l'intervention, la pratique de la santé publique reposant avant tout sur la capacité des divers acteurs à accomplir lesdites fonctions. On espère ainsi parfaire la qualité et la capacité d'intervention de ces acteurs et améliorer la contribution de ces derniers au système de santé et de services sociaux. Les éléments issus de l'évaluation des fonctions de santé publique servent à alimenter, de manière ultime, la redéfinition des grandes orientations stratégiques en santé publique. C'est au niveau national qu'incombe la responsabilité de mener à bien l'évaluation des fonctions. Ce type d'évaluation pourra demander la collaboration d'un nombre restreint d'acteurs-clés, à l'intérieur d'un processus ponctuel d'analyse de la pratique de la santé publique.

L'évaluation des fonctions de santé publique s'inspirera de modèles existants qui pourront être adaptés à la réalité québécoise. L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a déjà établi un processus d'évaluation qui s'appuie sur des instruments spécialement conçus à cet effet; le modèle conçu par l'OPS constitue un canevas de base pour élaborer les instruments québécois. Une première évaluation de l'ensemble des fonctions est prévue au moment de l'implantation du programme, c'est-à-dire en 2003-2004, afin d'établir des mesures de départ. Dans l'éventualité où cet exercice démontrerait certains aspects plus problématiques au regard d'une ou de plusieurs fonctions, ceux-ci pourraient être réévalués, par exemple à la fin du premier cycle du programme, afin de vérifier si les correctifs recommandés ont été apportés et si ces derniers ont eu une influence favorable sur la pratique de la santé publique. Les moments pour reprendre le même exercice aux autres cycles du programme (2006-2008 et 2009-2012) seront déterminés en cours de route.

L'évaluation des activités et de leurs effets

L'évaluation de l'ensemble des activités du programme repose sur trois types d'évaluation, soit le suivi de l'implantation, le suivi des indicateurs sociosanitaires et les études évaluatives particulières. La première étape de l'évaluation met l'accent sur les activités déployées au cours du premier cycle du programme (2003-2005). Il pourra en être ainsi des étapes subséquentes correspondant aux deux autres cycles du programme (2006-2008 et 2009-2012).

Le suivi de l'implantation des activités

Les objectifs du suivi de l'implantation des activités sont de vérifier dans quelle mesure les activités sont offertes, de décrire les écarts observés par rapport à ce qui avait été planifié, c'est-à-dire le résultat attendu selon le libellé de chaque activité, et enfin d'évaluer la satisfaction des personnes qui en ont bénéficié.

Le suivi de l'implantation des activités exige une planification rigoureuse, compte tenu du nombre important d'activités prévues et du fait que certaines activités sont déjà en cours tandis que d'autres ne sont pas encore implantées. Les objets de l'évaluation doivent donc être adaptés au degré d'implantation des activités; ainsi, le contexte qui entoure la mise en œuvre de nouvelles activités sera d'abord examiné (par exemple, la disponibilité et l'expertise des ressources) alors que l'information sur les compo-

santes mêmes des activités et sur les personnes qui en bénéficient sera recueillie pour les activités déjà bien implantées. De plus, l'utilisation, dans la mesure du possible, de données déjà colligées dans des systèmes d'information existants pourra également contribuer à alléger l'effort à investir dans le suivi de l'implantation des activités du programme. On peut par ailleurs compter sur une adaptation progressive des systèmes d'information existants afin de faciliter la collecte d'information sur les activités du programme. Enfin, la périodicité du suivi des activités se doit d'être établie en tenant compte de la charge que représente cette dimension de l'évaluation : on peut envisager la production d'un bilan national et de bilans régionaux aux trois ans, selon les trois cycles du programme, soit 2003-2005, 2006-2008 et 2009-2012.

Le niveau national assume un rôle de meneur pour concevoir des outils communs de collecte des données et convenir de leur utilisation dans le suivi de l'implantation des activités, une certaine uniformisation des méthodes et outils qui servent à la collecte des données étant nécessaire pour permettre l'intégration de ces données au bilan provincial. Un plan d'évaluation guidera le personnel des régions dans la collecte de données valides, fiables et appropriées l'implantation de chaque activité. Par ailleurs, les activités étant principalement offertes dans les régions et les territoires locaux, les niveaux régional et local sont les principaux responsables de la collecte des données et de la production des résultats, laquelle production repose sur un étroit partenariat entre ces deux niveaux.

Le suivi des indicateurs sociosanitaires

Le suivi des indicateurs sociosanitaires permet de juger de l'atteinte des objectifs poursuivis par le programme et de décrire les écarts qui seront constatés. Afin de vérifier l'atteinte des objectifs d'ordre sociosanitaire, les données seront principalement analysées aux niveaux national et régional, à l'aide des sources de données déjà utilisées à cette fin (le fichier Med-Écho, le fichier des décès et certaines enquêtes, par exemple) ou des nouveaux indicateurs définis dans le cadre des innovations en surveillance prévues dans le programme. Il faut souligner, à cet égard, les liens étroits entre la démarche d'évaluation du programme et la fonction de surveillance; en effet, plusieurs des indicateurs sociosanitaires utilisés seront issus des activités de surveillance axées sur le suivi de l'état de santé de la population.

Les études évaluatives particulières

Certaines activités pourront faire l'objet d'études particulières afin d'approfondir des aspects concernant, par exemple, l'influence de variations contextuelles régionales ou locales dans l'implantation des activités, ou encore la relation causale entre ces activités et les effets anticipés. Compte tenu de leur complexité, ces études porteront sur des objets précis et nécessiteront l'établissement de devis de recherche et la création des instruments appropriés. La contribution des niveaux régional et local est essentielle non seulement pour soupeser le besoin et la pertinence de telles études évaluatives, mais aussi pour participer à l'élaboration des protocoles ainsi qu'à la collecte et à l'analyse des données. La collaboration du niveau national, par l'entremise de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) notamment, sera primordiale pour mener ce type de travaux, particulièrement lorsque plusieurs régions seront touchées. Les liens entre l'évaluation du programme et l'exercice de la fonction de recherche et d'innovation s'imposent ici : on peut penser, dans la conduite de telles études, à des formules d'accompagnement des acteurs sur le terrain par des équipes de chercheurs pour mener des démarches du type recherche-action. En outre, les directeurs de santé publique peuvent conduire les études évaluatives qu'ils considèrent nécessaires dans leur région. Les études évaluatives particulières se tiendront au moment opportun, compte tenu des interrogations soulevées par la mise en œuvre de certaines activités et des moyens disponibles.

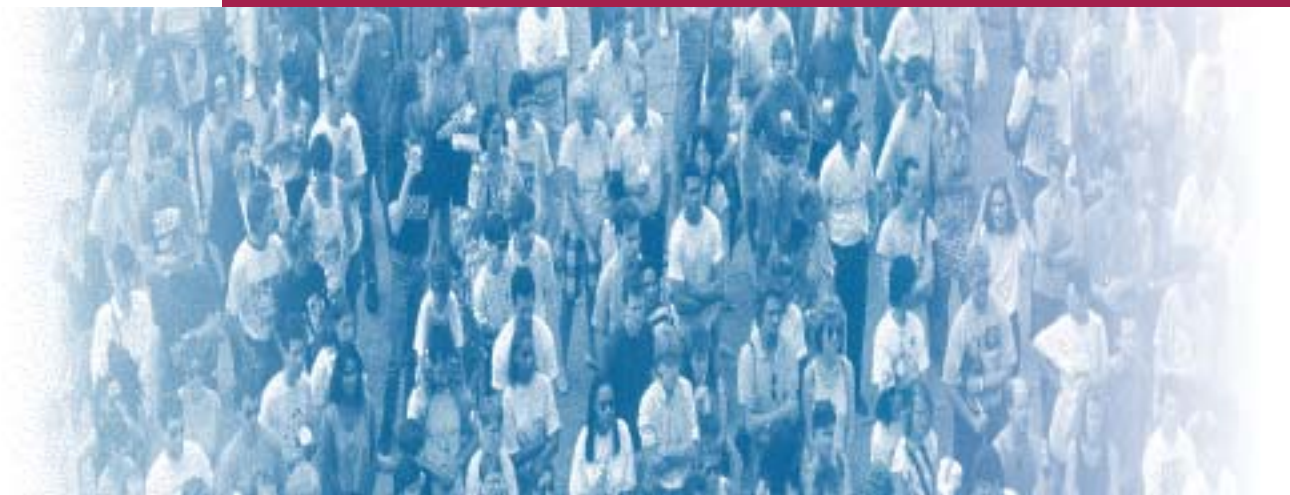
L'évaluation du programme, tant par l'appréciation des fonctions de santé publique que par l'évaluation des activités et des effets de ces dernières, constitue une démarche essentielle pour bien saisir le déroulement de l'implantation du programme et analyser sa capacité d'atteindre les résultats visés. De plus, les résultats de l'évaluation du programme constituent une source appréciable de renseignements pour assurer le renouvellement et l'évolution du programme. Les principaux éléments du cadre de référence de l'évaluation du programme sont définis, mais beaucoup reste à faire pour le rendre opérationnel : des documents complémentaires sur les aspects opérationnels de ce cadre de référence (par exemple, sur l'appréciation des fonctions essentielles, sur la mesure des objectifs poursuivis, sur la description des indicateurs ou sur les questionnaires de collecte) seront produits ultérieurement.

TABEAU 2 LES COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

| | | MODALITÉS | | |
|--|--|--|---|---|
| CONTENU | | Responsabilités | Sources de données | |
| COMPOSANTE DU PROGRAMME | Type d'évaluation | Objets de l'évaluation | Périodicité | |
| Fonctions de santé publique | Mesure de la performance en ce qui concerne les fonctions de santé publique | <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité dans l'exercice des fonctions • Infrastructure, ressources et compétences • Liens et soutien entre les différents niveaux (national, régional et local) | Niveau national | <p>Instruments et méthodes inspirés de l'Organisation panaméricaine de la santé et adaptés à la réalité québécoise</p> <p>2003-2005 : évaluation de base pour l'ensemble des fonctions 2006-2008 et 2009-2012 : évaluation des aspects propres à certaines fonctions</p> |
| Activités : accent mis sur les activités à déployer entre 2003 et 2005 ainsi que sur leurs effets sur la santé et le bien-être (à reconduire pour les autres cycles du programme, soit 2006-2008 et 2009-2012) | Suivi de l'implantation des activités : <ul style="list-style-type: none"> • mesure du degré d'implantation des activités • description des écarts entre ce qui a été planifié et ce qui a été fait • mesure du degré de satisfaction des personnes qui ont bénéficié des activités | <p>Accent mis de façon séquentielle sur certains aspects des activités</p> <p>Activités existantes à maintenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • personnes qui ont bénéficié des activités • utilisation et accessibilité des services <p>Activités existantes à consolider :</p> <ul style="list-style-type: none"> • composantes établies de l'activité <p>Activités à mettre en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ressources allouées • ressources disponibles | <p>Direction nationale pour l'uniformisation des méthodes et outils de collecte de données et l'intégration de ces données en vue de produire le bilan national d'évaluation</p> <p>Partenariat régional et local (collecte et analyse des données)</p> | <p>Informations présentes dans les systèmes de gestion déjà existants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Production de nouveaux outils d'évaluation communs à toutes les régions <p>Bilan national et bilans régionaux sur les activités en 2006, en 2009 et en 2012</p> |
| | Suivi des indicateurs sociosanitaires afin de mesurer le degré d'atteinte des objectifs | Objectifs du programme | <p>Collecte et analyse de données aux niveaux national et régional</p> | <p>Fichiers déjà existants (ex. : Med-Écho, fichier des décès, fichier des tumeurs)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêtes sociosanitaires <p>Rapport national et rapports régionaux sur l'état de santé</p> |
| | Études évaluatives particulières, au besoin, afin d'expliquer les éléments propres à certaines activités | Effets du programme au regard de certaines activités | <p>Partenariat régional et local (collecte et analyse des données)</p> <p>Collaboration du niveau national (ex. : INSPQ, Direction générale de la santé publique – DGSP)</p> | <p>Instruments et devis adaptés à la situation</p> <p><i>Ad hoc</i></p> |

SECTION **7**

L'IMPLANTATION DU PROGRAMME



C'est par son implantation que le *Programme national de santé publique 2003-2012* jouera le rôle structurant attendu d'un tel outil de planification. L'implantation de ce programme se fera avec la contribution des acteurs de santé publique à chacun des niveaux d'intervention, selon différentes étapes et suivant, notamment, des mécanismes instaurés par la Loi sur la santé publique ou certains processus en vigueur dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

UNE DYNAMIQUE À METTRE EN PLACE À CHACUN DES NIVEAUX ET ENTRE LES NIVEAUX

Les plans d'action régionaux et locaux

L'implantation du programme repose d'abord sur la création d'une dynamique qui favorise l'appropriation et la mise en œuvre du programme à chacun des niveaux de la santé publique et entre les niveaux; le Ministère, l'INSPQ, les régies régionales, et particulièrement leur direction de santé publique (DSP), ainsi que les CLSC sont les premiers acteurs visés.

L'élaboration des plans d'action régionaux et locaux ainsi que la mise en place d'un comité de suivi du programme sont les premières démarches susceptibles de susciter cette dynamique essentielle à l'implantation du programme.

L'élaboration des plans d'action régionaux constitue en effet une première démarche de collaboration pour enclencher l'implantation du programme. Les directions de santé publique, de concert avec les CLSC, ont à élaborer les plans d'action régionaux qui permettent l'adaptation du programme aux spécificités du territoire couvert par la régie régionale dont elles relèvent. L'élaboration de ces plans nécessite que les DSP et les CLSC maîtrisent le contenu du programme afin d'être en mesure de déterminer comment le programme doit s'appliquer et être ajusté pour améliorer la santé de la population, à l'échelle régionale ou locale. La concertation avec les CLSC, à ce chapitre, fait en sorte de faciliter la préparation des plans d'action locaux par ces derniers et d'assurer la cohérence entre les plans locaux et régionaux. Les CLSC, par la mise à contribution de leurs principaux partenaires, veillent à ce que les plans d'action locaux, tout en respectant les contenus des plans régionaux, prévoient les services de santé publique les mieux adaptés aux besoins de la population locale. En cette matière, les organismes communautaires représentent des partenaires privilégiés; ils seront conviés, dans le respect de leur

mission, des territoires qu'ils couvrent et des politiques qui orientent leur contribution au réseau de la santé et des services sociaux, à prendre une part active à la préparation des plans locaux. Ainsi, l'élaboration des plans d'action régionaux et locaux marque une étape cruciale pour l'implantation du programme parce qu'elle sollicite, dès le début de cette démarche, l'appropriation et le partenariat essentiels à sa réussite. Un mécanisme de concertation aux niveaux régional et local pourrait faciliter l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action régionaux et locaux en santé publique.

Enfin, tant le programme national que les plans d'action régionaux et locaux ne sauront contribuer de façon optimale à l'amélioration de la santé de la population que s'ils sont bien ancrés à l'ensemble des activités du réseau de la santé et des services sociaux. C'est pourquoi les orientations des grands ensembles d'activités qui font partie du programme national et les plans régionaux de santé publique sont des éléments à intégrer à la planification stratégique nationale et régionale.

Le comité de suivi du Programme national de santé publique

L'implantation du programme ne peut se faire sans la collaboration et la complicité des acteurs qui se situent aux différents niveaux de la santé publique. La mise en place d'un comité de suivi du Programme national de santé publique a pour but premier de fournir un lieu d'échange et de discussion pour assurer que le programme joue efficacement son rôle, à savoir une structuration efficace et la cohérence accrue des activités de santé publique proposées afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population sur tout le territoire du Québec. Le mandat premier de ce comité est essentiellement de faciliter l'appropriation des différentes composantes du programme par les principaux acteurs ainsi que d'assurer une transition harmonieuse entre les priorités nationales de santé publique et le programme. Il s'agit d'un moyen utilisé par le Ministère pour qu'ait lieu la concertation nécessaire à la prestation des services et à la mise en œuvre des interventions de santé publique prévues dans le programme national. Le mandat de ce comité pourra s'élargir, en cours de route, pour inclure les actions permettant d'assurer la révision et le renouvellement du programme. Les connaissances acquises, particulièrement par l'évaluation du programme et par la fonction de recherche et d'innovation,

constitueront un matériel précieux qui éclairera le comité quant à l'évolution du programme.

Composé initialement de représentants du Ministère, de l'INSPQ, des DSP et des CLSC, le comité pourrait s'appuyer sur les structures existantes – notamment les tables et les groupes qui jouent un rôle de concertation nationale –, et s'adjoindre, au besoin, la participation d'autres personnes dont l'expertise serait nécessaire pour mieux cerner les problèmes qui se posent et proposer les solutions appropriées. La volonté, partagée par les représentants des différents niveaux, de s'engager dans la mise en œuvre et le renouvellement du programme – c'est-à-dire de prendre une part active dans la constatation des difficultés éprouvées ainsi que dans la détermination des solutions à mettre de l'avant et des améliorations à apporter au programme – constitue la condition de base pour que le comité de suivi du Programme national de santé publique joue bien son rôle.

DES RESPONSABILITÉS À PARTAGER

Les différentes responsabilités relatives au Programme national de santé publique sont déterminées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS – L.R.Q., c. S-4.2), la Loi sur la santé publique (LSP – L.R.Q., c. 60) et la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec

(L.R.Q., c. I-13.1.1). D'une part, les besoins de la population en matière de services de santé publique et, notamment, l'évolution nécessaire de l'organisation de ces services doivent être pris en compte par le Ministère et les régies régionales au moment d'élaborer les plans stratégiques triennaux. De même, les ententes de gestion entre les divers niveaux du réseau permettront de préciser les résultats attendus à la fin de chacun des cycles de la planification. D'autre part, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du programme reposent sur un partage de responsabilités entre les acteurs des différents niveaux du réseau de la santé et des services sociaux.

Responsabilités quant au programme en général

La première responsabilité, qui incombe au ministre, aux régies régionales et aux CLSC, est d'assumer, à leur niveau respectif, l'élaboration et la mise à jour du programme national ainsi que des plans d'action régionaux et locaux en santé publique. D'autres responsabilités s'ajoutent concernant l'allocation des ressources et la reddition de comptes.

D'abord, il incombe au ministre d'allouer les ressources en santé publique aux différentes régions du Québec; il revient ensuite aux régies régionales de répartir ces ressources

C'est au ministre qu'incombe la responsabilité d'élaborer le Programme national de santé publique, de le mettre à jour régulièrement et d'en assurer la coordination nationale et interrégionale. Le ministre s'assure également d'une action concertée du réseau de la santé et des services sociaux et de l'INSPQ dans la prestation des services et dans la réalisation des activités de santé publique prévues dans le programme national. Le ministre doit de plus s'assurer que les activités concernant la santé en milieu de travail sont conçues en concertation avec la Commission de la santé et de la sécurité au travail (LSP, c. II).

Les régies régionales, de leur côté, en concertation avec les établissements – notamment les CLSC –, élaborent, mettent en œuvre, évaluent et mettent à jour régulièrement un plan d'action régional qui est conforme au Programme national de santé publique et qui tient compte des spécificités de la population du territoire (LSP, c. II). Les régies régionales confient la gestion du plan d'action régional de santé publique aux directeurs de santé publique (LSSSS, art. 371.3). Le plan d'action régional doit inclure un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire afin de pouvoir, si besoin est, effectuer une enquête épidémiologique et prendre les mesures qui s'imposent en cas de menace pour la santé. Dans leur plan d'action régional, les régies régionales prévoient des activités ou des services qui seront offerts à la population par d'autres intervenants que ceux des DSP et des CLSC, notamment par les médecins de leur territoire (LSP, c. II). Les régies régionales consultent le Forum de la population (LSSSS, art. 343.1) et les différents intervenants concernés par ce plan, afin de le mettre en œuvre; elles doivent de plus déposer ce plan au ministre avant de mettre en œuvre les activités et services de santé publique qu'il propose (LSP, c. II).

Les CLSC élaborent, mettent en œuvre, évaluent et mettent à jour régulièrement un plan d'action local qui est conforme aux prescriptions du Programme national de santé publique et qui définit, sur le plan local, les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits dans le plan régional, compte tenu des spécificités de la population vivant sur le territoire qu'ils couvrent. Les plans d'action locaux sont préparés par les CLSC en collaboration, notamment, avec les organismes communautaires intéressés. Les CLSC déposent les plans d'action locaux à leur régie régionale avant de mettre en œuvre les services prévus dans ces plans (LSP, c. II).

entre les CLSC et les autres acteurs régionaux et locaux. L'allocation des ressources en santé publique suit les mêmes critères qui prévalent pour l'ensemble du ministère de la Santé et des Services sociaux et au sein des régies régionales. Le Ministère suit une logique d'équité et une logique de programme dans l'allocation des ressources. La logique d'équité se traduit par une allocation qui tient compte notamment des caractéristiques et des besoins de la population, tandis que la logique de programme, plutôt que d'établissements, favorise une meilleure intégration des activités à réaliser. Un suivi régulier des services rendus, des ressources affectées à ces services et des dépenses effectuées permettra de connaître la situation réelle des engagements pris en matière d'investissement en santé publique et de consolidation des services offerts. Il importe de préciser que le Programme national de santé publique a été conçu pour être mis en œuvre à partir des ressources actuelles, ce qui pourrait nécessiter un redéploiement de ces ressources vers certaines activités du programme à partir de celles qui seraient actuellement consacrées à des activités qui ne font pas partie du programme. Par ailleurs, des ressources additionnelles seront nécessaires pour consolider des activités prévues au programme.

Le ministre, les régies régionales et les CLSC doivent prévoir, à leur niveau respectif, des mécanismes de reddition de comptes et un cadre d'évaluation des résultats

relatifs au programme national, aux plans d'action régionaux et aux plans d'action locaux (LSP, c. II). Ces mécanismes doivent intégrer la capacité de répondre aux attentes prévues dans les ententes de gestion qui lient le Ministère et les régies régionales ainsi que les régies régionales, les CLSC et les autres acteurs de la région engagés dans la mise en œuvre du programme.

Responsabilités particulières quant aux fonctions

L'exercice des fonctions de santé publique ne saurait être optimal sans une définition claire des responsabilités des acteurs en santé publique, et ce, à chacun des niveaux. Ces responsabilités, déterminées en bonne partie par la Loi sur la santé publique, clarifient les rôles qui incombent aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, notamment ceux qui œuvrent en santé publique, et à leurs partenaires pour l'exercice de chacune des fonctions. L'annexe II fournit la description de ces responsabilités.

Les plans d'action régionaux et locaux en santé publique, leur cohérence avec la planification stratégique nationale et régionale, l'articulation des mécanismes de reddition de comptes et la nouvelle logique en matière d'allocation des ressources sont autant d'éléments qui, combinés au soutien du comité de suivi du programme, devraient faciliter l'implantation du Programme national de santé publique.

Conclusion

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* fait partie des mesures prescrites par la Loi sur la santé publique; il oriente les activités en santé publique afin de leur donner un nouvel essor pour les dix prochaines années. Le programme définit le champ d'action de la santé publique à partir des fonctions de santé publique. Il comprend des activités qui reposent sur les meilleures preuves d'efficacité établies afin de réduire les plus importants problèmes de santé et de bien-être regroupés par domaines d'intervention. Des stratégies orientent ces activités vers l'atteinte des objectifs fixés. Alors que bon nombre de ces activités font partie de l'ensemble des services communs à toutes les régions du Québec, le programme prévoit une marge de manœuvre pour l'action visant des réalités particulières aux régions, de même qu'il laisse une place aux initiatives venant des communautés et à l'innovation. Un cadre d'évaluation prévoit le suivi du programme afin, notamment, de mesurer le degré d'atteinte des objectifs poursuivis et d'ajuster l'action aux résultats observés. Des mesures sont de plus prévues pour soutenir l'implantation du programme et pour assurer le renouvellement de ce dernier au fil des trois cycles sur lesquels il est planifié.

Le présent document décrit le premier programme québécois de santé publique. Bien qu'il soit en continuité avec les actions menées à ce jour, ce programme entraîne des changements qui pourront s'opérer graduellement. On peut escompter que l'expérience qui sera acquise au cours du premier cycle du programme sera riche en enseignements pour les étapes subséquentes. De nouveaux systèmes et indicateurs en surveillance, de nouvelles connaissances acquises par la recherche, l'innovation et la pratique ainsi que les résultats de l'évaluation du programme sont autant d'éléments qui vont alimenter ce programme et contribuer à son évolution, voire à son amélioration.

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* est ambitieux. La population, les communautés, les acteurs du réseau sociosanitaire et les partenaires intersectoriels sont conviés à travailler ensemble à l'atteinte de ses objectifs par un ensemble d'actions concertées en faveur de la santé et du bien-être.

Notes

1. La structure du programme est inspirée du *Cadre de référence pour l'élaboration du programme de santé publique et pour l'organisation du réseau de santé publique*, publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 1992.
2. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
3. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois : indicateurs et tendances*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 265 p.
5. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Les soins de santé au Canada 2001*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2001, 87 p.
6. Les traumatismes non intentionnels incluent principalement les traumatismes routiers, les blessures à domicile, les chutes ainsi que les traumatismes récréatifs et sportifs.
7. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
8. Il s'agit de taux bruts qui excluent les hospitalisations des nouveau-nés et les hospitalisations dans les centres dont la vocation première est la psychiatrie, la réadaptation, l'hébergement ou les soins de longue durée.
9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MED-ÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.
10. M. LEVASSEUR et L. GOULET, «Problèmes de santé», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 273-296. (Collection La santé et le bien-être)
11. M.A. FOURNIER et J. PICHÉ, «Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 387-407. (Collection La santé et le bien-être)
12. F. VITARO et C. GAGNON (sous la dir. de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome I : Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, 535 p.
F. VITARO et C. GAGNON (sous la dir. de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome II : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, 616 p.
13. M.E. CLÉMENT et autres, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, 117 p. (Collection La santé et le bien-être)
GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 90 p.
14. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, *La violence conjugale : Statistiques sur la violence conjugale 2000*, Québec, ministère de la Sécurité publique, 2001, 65 p.
GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 90 p.

15. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 43 p.
- S. CHEVALIER et O. LEMOINE, « Consommation d'alcool », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 117-133. (Collection La santé et le bien-être)
- S. CHEVALIER et O. LEMOINE, « Consommation de drogues et autres substances psychoactives », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 135-147. (Collection La santé et le bien-être)
- P. MORISSETTE, N. DEDOBBELEER et M. ROJAS VIGER, « Consommation de substances psychoactives », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 211-229. (Collection La santé et le bien-être)
16. G. LÉGARÉ et autres, « Santé mentale », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 333-352. (Collection La santé et le bien-être)
17. R. BOYER et autres, « Idées suicidaires et parasuicides », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 355-366. (Collection La santé et le bien-être)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la coordination de G. Mercier et D. St-Laurent), *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.
18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 14)
19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MED-ÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.
20. F. VITARO et C. GAGNON (sous la dir. de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome I : Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, 535 p.
- F. VITARO et C. GAGNON (sous la dir. de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome II : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, 616 p.
- J.J. BRETON et autres, *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans, 1992 : Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services, volume 2*, Montréal, Hôpital des Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 224 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, « Santé mentale et adaptation sociale », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 431-519. (Collection La santé et le bien-être)
21. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 14)
22. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MED-ÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.
23. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
24. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

25. J. LOISELLE et B. PERRON, *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000, volume 2*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, 95 p. (Collection La santé et le bien-être)
- S. BERNIER et D. BROCHU, « Usage du tabac », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 99-115. (Collection La santé et le bien-être)
- S. CHEVALIER et O. LEMOINE, « Consommation d'alcool », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 117-133. (Collection La santé et le bien-être)
- S. CHEVALIER et O. LEMOINE, « Consommation de drogues et autres substances psychoactives », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 135-147. (Collection La santé et le bien-être)
26. G. LÉGARÉ et autres, « Santé mentale », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 333-352. (Collection La santé et le bien-être)
- R. BOYER et autres, « Idées suicidaires et parasuicides », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 355-366. (Collection La santé et le bien-être)
27. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 14)
28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MED-ÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.
29. M. LEVASSEUR et L. GOULET, « Problèmes de santé », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 273-296. (Collection La santé et le bien-être)
30. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport mondial sur la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, 282 p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 90 p.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, 1995, 77 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la coordination de G. Mercier et D. St-Laurent), *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.
31. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 14)
32. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MED-ÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.
33. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
34. L. PARÉ et M. LEVASSEUR, « Problèmes auditifs et problèmes visuels », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 297-305. (Collection La santé et le bien-être)
35. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 14)

36. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MED-ÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.
37. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 14)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MED-ÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.
38. M.J. PAPILLON et autres, « Consommation de médicaments », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 445-460. (Collection La santé et le bien-être)
- L. BARNARD, S. LANTIN et L. ROBERGE, *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées : Régime d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec – les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000*, Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec, 2001, 87 p.
39. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
40. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
41. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
- R. CHOINIÈRE, « Les disparités géographiques de la mortalité dans le Montréal métropolitain, 1984-1988 : Étude écologique des liens avec les conditions sociales, économiques et culturelles », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 20, n° 1, printemps 1991, p. 117-146.
- M. PAGEAU et M. FERLAND, *Portrait de santé : La région et ses territoires de CLSC*, Québec, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2002, 346 p.
- J.B. ROBICHAUD et autres, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : De l'exclusion à l'équité*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur et Comité de la santé mentale du Québec, 1994, 270 p.
42. R. PAMPALON, R. CHOINIÈRE et M. ROCHON, « L'espérance de santé au Québec », dans J. Camirand et autres, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, p. 399-414.
43. M. LEVASSEUR, « Perception de l'état de santé », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 259-269. (Collection La santé et le bien-être)
44. C.J.L. MURRAY et A.D. LOPEZ, *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Cambridge (Massachusetts), Harvard School of Public Health, 1996, 990 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001.
45. Site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, avril 2002. [www.msss.gouv.qc.ca]
46. Site Internet du Premier ministre, catégorie Grands dossiers, sous-catégorie Finances publiques, 2002. [www.premier.gouv.qc.ca]

47. Site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, avril 2002. [www.msss.gouv.qc.ca]
48. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2001*, décembre 2001.
49. Site Internet du Premier ministre, catégorie Grands dossiers, sous-catégorie Finances publiques, 2002. [www.premier.gouv.qc.ca]
50. Site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, avril 2002. [www.msss.gouv.qc.ca]
51. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les dépenses du réseau de la santé et des services sociaux par programme-clientèle 2000-2001*, Québec, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 221 p.
52. Voir l'annexe I pour une présentation détaillée des fonctions de santé publique.
53. Le contenu de la partie sur l'éthique s'appuie sur les références suivantes :
- R. MASSÉ (en collaboration avec J. Saint-Arnaud), *Éthique et santé publique*, Québec et Bruxelles, Presses de l'Université Laval et De Boeck, à paraître.
- N. GUTTMAN, *Public Health Communication Interventions: Values and Ethical Dilemmas*, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, 2000, 286 p.
- B.R. DAVIS, « The principlism debate: A critical overview », *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 20, n° 1, 1995, p. 85-105.
- G. BOURGEAULT, « Éthique et santé publique : à propos des conflits de valeurs », *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé*, vol. 5, n° 2, 1998, p. 225-240.
- R. ZUSSMAN, « The contributions of sociology to medical ethics », *The Hastings Center Report*, vol. 30, n° 1, 2000, p. 7-11.
- N.E. KASS, « An ethics framework for public health », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 11, 2001, p. 1776-1782.
54. Un document complémentaire au présent programme présentera en détail la stratégie relative au développement des communautés.
55. L'estimation des résultats attendus devra par ailleurs être ajustée à la nouvelle Politique de la santé et du bien-être ou à tout document ministériel en tenant lieu.
56. Les activités relatives à la surveillance continue de l'état de santé de la population ont été traitées dans la partie précédente, tandis que celles qui concernent la recherche et l'innovation sont traitées au point suivant. Les activités qui se rattachent à la fonction de développement et de maintien des compétences seront traitées dans la partie consacrée à l'implantation du programme.
57. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE, *La volonté d'agir, la force de réussir : Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2002, 23 p.
58. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Projet de loi n° 112 : Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2002, 13 p.
59. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992, 192 p.
60. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 103 p.
61. Les pratiques cliniques issues du *Guide canadien de médecine clinique préventive*, élaboré par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, et les révisions du Groupe d'étude canadien sur les soins préventifs qui sont recommandées sont du type A (interventions pour lesquelles on dispose de preuves suffisantes en faveur de leur inclusion dans l'examen médical périodique) ou du type B (interventions pour lesquelles on dispose de preuves acceptables en faveur de leur inclusion dans l'examen médical périodique).

62. Alors que l'identification précoce de cas repose sur la connaissance des divers symptômes d'un problème de santé ou d'un problème psychosocial, le dépistage nécessite le recours à un instrument de dépistage éprouvé, notamment en ce qui concerne sa sensibilité – c'est-à-dire sa capacité à déceler un problème asymptomatique chez les personnes qui présentent un tel problème – et sa spécificité – c'est-à-dire sa capacité à ne pas attribuer par erreur un problème à des personnes qui n'en sont pas affectées.
63. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
64. J.W. FEIGHTNER, «Prévention de l'anémie ferriprive chez le nourrisson», dans Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, ministère des Approvisionnements et des Services Canada, 1994, p. 276-286.
65. J. BROUSSEAU, R.H. BAILLARGEON et H.X. WU, «Le développement cognitif des enfants de 17 mois à 29 mois», dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 8, 2002, 40 p. (Collection La santé et le bien-être)
66. M. ROCHON, *Taux de grossesse à l'adolescence, Québec, 1980 à 1995, régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge*, Québec, Service de la recherche, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 38 p.
67. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
68. *Registre des événements démographiques du Québec*, Institut de la statistique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux (fichier des naissances).
69. M.E. CLÉMENT et autres, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, 117 p. (Collection La santé et le bien-être)
70. C. GAGNON et F. VITARO, «La prévention du trouble des conduites, avec centration sur les comportements violents», dans F. Vitaro et C. Gagnon (sous la dir. de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome II : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, p. 231-290.
71. L. GUYON et L. DESJARDINS, «La consommation d'alcool et de drogues», dans *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000, volume 2*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 35-66. (Collection La santé et le bien-être)
72. S. CHEVALIER et O. LEMOINE, «Consommation d'alcool», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 117-133. (Collection La santé et le bien-être)
- S. CHEVALIER et O. LEMOINE, «Consommation de drogues et autres substances psychoactives», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 135-147. (Collection La santé et le bien-être)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 43 p.
73. L. GUYON et L. DESJARDINS, «La consommation d'alcool et de drogues», dans *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000, volume 2*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 35-66. (Collection La santé et le bien-être)
- P. MORISSETTE, N. DEDOBBELEER et M. ROJAS VIGER, «Consommation de substances psychoactives», dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 211-229. (Collection La santé et le bien-être)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 43 p.

74. S. CHEVALIER et O. LEMOINE, «Consommation d'alcool», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 117-133. (Collection La santé et le bien-être)
75. S. CHEVALIER, D. ALLARD et C. AUDET, «Les jeux de hasard et d'argent», dans *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000, volume 2*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 67-90. (Collection La santé et le bien-être)
76. J.J. BRETON et autres, «Santé mentale», dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 433-450. (Collection La santé et le bien-être)
77. G. LÉGARÉ et autres, «Santé mentale», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 333-352. (Collection La santé et le bien-être)
78. Les problèmes d'excès de poids et d'obésité sont abordés dans le domaine *Habitudes de vie et maladies chroniques*.
79. M. LEDOUX, L. MONGEAU et M. RIVARD, «Poids et image corporelle», dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 311-344. (Collection La santé et le bien-être)
80. J.J. BRETON et autres, «Santé mentale», dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 433-450. (Collection La santé et le bien-être)
81. R. BOYER et autres, «Idées suicidaires et parasuicides», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 355-366. (Collection La santé et le bien-être)
82. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier des décès 1999*, compilations spéciales faites par Clermont Bouchard, octobre 2002.
83. J.J. BRETON et R. BOYER, «La prévention du suicide», dans F. Vitaro et C. Gagnon (sous la dir. de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome I : Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, p. 271-304.
84. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la coordination de G. Mercier et D. St-Laurent), *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.
85. S. CHEVALIER et O. LEMOINE, «Consommation d'alcool», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 117-133. (Collection La santé et le bien-être)
 S. CHEVALIER et O. LEMOINE, «Consommation de drogues et autres substances psychoactives», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 135-147. (Collection La santé et le bien-être)
 COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec en l'an 2000*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 21 p.
86. G. LÉGARÉ et autres, «Santé mentale», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 333-352. (Collection La santé et le bien-être)
87. R. BOYER et autres, «Idées suicidaires et parasuicides», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 355-366. (Collection La santé et le bien-être)
88. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
89. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier des décès 1999*, compilations spéciales faites par Clermont Bouchard, octobre 2002.
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la coordination de G. Mercier et D. St-Laurent), *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.

90. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la coordination de G. Mercier et D. St-Laurent), *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.
91. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, *La violence conjugale : Statistiques sur la violence conjugale 2000*, Québec, ministère de la Sécurité publique, 2001, 65 p.
92. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 90 p.
93. E. PODNIEKS et autres, *Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada*, Toronto, Institut polytechnique Ryerson, 1990, 121 p.
94. M. REIS et D. NAHMIASH, *When Senior are Abused: A Guide to Intervention*, Toronto, Captus Press, 1995, 90 p.
95. O. FIRBANK et J.P. FORTIN, *Dépistage de l'abus à l'endroit des personnes âgées : un programme de sensibilisation d'une communauté et de ses acteurs témoins*, Laval, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 1998, 59 p. et annexes.
96. C. GOSSELIN, R. CHOINIÈRE et R. WILKINS, « Désavantage lié à l'incapacité », dans J. Camirand et autres, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, p. 121-142.
97. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'allaitement maternel au Québec : lignes directrices*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 75 p.
98. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : Orientations, axes d'intervention, actions*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 59 p.
99. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la coordination de G. Mercier et D. St-Laurent), *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.
100. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les traumatismes intentionnels : le suicide – Complément du chapitre 3 des Priorités nationales de santé publique, 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 11 p.
101. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, 1995, 77 p.
102. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 90 p.
103. M.T. MCKENNA et autres, « Current issues and challenges in chronic disease control », dans R.C. Brownson, P.L. Remington et J.R. Davis (sous la dir. de), *Chronic Disease Epidemiology and Control*, 2^e éd., Washington (District de Columbia), American Public Health Association, 1998, p. 1-26.
- J.F. LÉVESQUE et V. DÉRY, *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*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001.
104. Les taux de mortalité rapportés sont les taux ajustés pour tenir compte de l'âge ; la population de référence est celle de 1996.
105. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 14).
106. La décroissance des taux de mortalité par maladies cardiovasculaires est moins marquée chez les femmes que chez les hommes lorsque l'on considère les taux bruts de mortalité non ajustés selon l'âge.
107. S.M. GRUNDY et autres, « Diabetes and cardiovascular disease: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association », *Circulation*, vol. 100, n° 10, 7 septembre 1999, p. 1134-1146.

108. G. PARADIS et autres, « Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 345-370. (Collection La santé et le bien-être)
109. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2001*, Toronto Institut national du cancer du Canada, 2001.
SANTÉ CANADA, *Canadian Strategy for Cancer Control: Draft synthesis report*, Ottawa, Santé Canada, 2001, 64 p.
110. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
111. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
112. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, 642 p. (Collection La santé et le bien-être)
113. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 14)
SANTÉ CANADA, *Les maladies respiratoires au Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2001, 102 p.
114. V. ÉMOND, *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs*, s.l., Institut national de santé publique du Québec, 2002, 16 p.
115. SANTÉ CANADA, *Le diabète au Canada : Statistiques nationales et possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte*, Ottawa, Santé Canada, 1999, 75 p.
116. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, 642 p. (Collection La santé et le bien-être)
L. MONGEAU, B. NOLIN et D. HAMEL, *Analyse des données de l'Enquête Santé Québec 1987 et des enquêtes sociales et de santé 1992-1993 et 1998*, Institut national de santé publique du Québec (étude non publiée).
117. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998, 275 p.
118. C.L. BIRMINGHAM et autres, «The cost of obesity in Canada», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 4, 23 février 1999, p. 483-488.
119. A. TENENHOUSE et autres, «Estimation of the prevalence of low bone density in Canadian women and men using a population specific DXA reference standard : The Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos)», *Osteoporosis International*, vol. 11, n° 10, 2000, p. 897-904.
120. J.M. BRODEUR et autres, *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1998, 159 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 8)
J.M. BRODEUR et autres, *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 151 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 18)
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Oral Health in America: A report of the Surgeon General*, Rockville (Maryland), U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000, 332 p.
121. R. PAMPALON et G. RAYMOND, «Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être», *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, n° 3, 2000, p. 113-122.

122. L.H. KUSHI et S.B. FORESTER, «Diet and nutrition», dans R.C. Brownson, P.L. Remington et J.R. Davis (sous la dir. de), *Chronic Disease Epidemiology and Control*, 2^e éd., Washington (District de Columbia), American Public Health Association, 1998, p. 215-259.
123. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p.
124. C.L. BIRMINGHAM et autres, «The cost of obesity in Canada», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 4, 23 février 1999, p. 483-488.
125. SANTÉ CANADA, *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada : Résultats pour la première moitié de l'année 2001 – février à juin 2001*, Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation de la lutte contre le cancer, Santé Canada, 2001.
126. J. LOISELLE, *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000, volume 1*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, 123 p.
127. Une des recommandations du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* est la consommation quotidienne de cinq portions de fruits et légumes. En 1990, près de la moitié de la population québécoise ne respectait pas cette norme.
128. SANTÉ QUÉBEC et L. BERTRAND (sous la dir. de), *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux? Rapport de l'Enquête québécoise sur la nutrition, 1990*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, 317 p.
129. C. SCHAEFER et L. MONGEAU, *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids : Éléments d'une problématique et réflexions pour l'action*, Montréal, Le collectif action alternative en obésité, 2000, 85 p.
130. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, 642 p. (Collection La santé et le bien-être)
131. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, 520 p. (Collection La santé et le bien-être)
132. B. NOLIN et autres, *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec, Les Publications du Québec, 2002, 137 p.
133. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, 2^e éd., Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 103 p.
134. J.R. DAVIS et autres, «Intervention methods for chronic disease control», dans R.C. Brownson, P.L. Remington et J.R. Davis (sous la dir. de), *Chronic Disease Epidemiology and Control*, 2^e éd., Washington (District de Columbia), American Public Health Association, 1998, p. 77-116.
135. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 28 p.
136. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p.
137. COMITÉ D'ORIENTATION DU PROGRAMME DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE, *Programme public de services dentaires préventifs, révision 1990*, s.l., 1990, 30 p.
138. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
139. D. HAMEL, *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.
140. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
141. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier des décès 1999*, compilations spéciales faites par Clermont Bouchard, octobre 2002.
142. D. HAMEL, *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.

143. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichier des décès 1999*, compilations spéciales faites par Clermont Bouchard, octobre 2002.
- D. HAMEL, *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.
144. D. HAMEL, *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 14)
145. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.
146. F. TRICKEY et autres, *Évaluation du Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D.) pour la prévention des chutes chez les aînés*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999, 141 p.
147. F. TRICKEY et autres, *Évaluation du Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D.) pour la prévention des chutes chez les aînés*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999, 141 p.
- H. LUUKINEN et autres, «Social status, life changes, housing conditions, health, functional abilities and life-style as risk factors for recurrent falls among the home-dwelling elderly», *Public Health*, vol. 110, n° 2, 1996, p. 115-118.
- R. RUTHAZER et L.A. LIPSITZ, «Antidepressants and falls among elderly people in long-term care», *American Journal of Public Health*, vol. 83, n° 5, 1^{er} mai 1993, p. 746-749.
- S.R. LORD et autres, «Postural stability, falls and fractures in the elderly: results from the Dubbo Osteoporosis Epidemiology Study», *The Medical Journal of Australia*, vol. 160, n° 11, 1994, p. 684-691.
148. S. OUELLETTE, *La problématique de malnutrition chez les personnes âgées : Résumé de la littérature scientifique*, Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec, 1999, 26 p.
- G. FERLAND et autres, «Personnes âgées», dans *Manuel de nutrition clinique*, Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec, 3^e éd., 2000, chap. 2.5.
- H. PAYETTE et R. CYR, *Évaluation de l'état nutritionnel des bénéficiaires âgés des services d'aide à domicile : rapport de recherche*, Sherbrooke, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, 1992, 26 p.
149. Y. ROBITAILLE et autres, «Accidents avec blessures», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 313-332. (Collection La santé et le bien-être)
150. D. HAMEL, *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.
151. Y. ROBITAILLE et autres, «Accidents avec blessures», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 313-332. (Collection La santé et le bien-être)
152. D. HAMEL, *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.
153. J. CHIN, *Control of Communicable Diseases Manual*, 17^e éd., Washington (District de Columbia), American Public Health Association, 2000, 624 p.
- G.L. MANDEL, J.E. BENNETT et R. DOLIN. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*, 5^e éd., Philadelphie (Pennsylvanie), Churchill Livingstone, 2000, 3263 p.
154. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 2^e bilan*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 203 p.
155. R.P. WENZEL et autres, «Control of communicable diseases», dans R.B. Wallace et B.N. Doebbeling (sous la dir. de), *Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine*, 14^e éd., chap. 6, Stamford (Connecticut), Appleton & Lange, 1998, p. 69-87.

156. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 4^e bilan*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 220 p.
157. P. DE WALSH, *Évaluation du coût et des avantages potentiels d'une campagne d'immunisation contre le méningocoque de sérotype C au Québec*, Sherbrooke, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 15 p.
158. COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC, *Rapport sur l'utilisation d'un vaccin contre la varicelle au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2000, 84 p.
159. L. JETTÉ, *Programme de surveillance du pneumocoque : Rapport annuel 2000*, Laboratoire de santé publique du Québec, 2001, 21 p.
160. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 392 p.
161. M. J. FINE et autres, « Prognosis and outcome of patients with community-acquired pneumonia: a meta-analysis », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 275, 1996, p. 134-141.
162. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA et LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE, « Conférence canadienne de concertation sur la grippe », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 19, 1993, p. 136-146.
163. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, « Prevention and control of influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) », *Mortality and Morbidity Weekly Review*, vol. 50 (RR-4), 2001, p. 1-40.
164. COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC, *Contrôle de l'hépatite B par l'immunisation au Québec*, décembre 1991.
165. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 4^e bilan*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 220 p.
166. CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA, *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) : Cas cumulatifs 1979-2001 – Mise à jour n° 2001-2, au 31 décembre 2001*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 38 p.
167. R. LOUCHINI et autres, *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999*, Québec, Bureau de surveillance épidémiologique, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 279 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 16)
168. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, L. DUCHESNE, *La situation démographique au Québec : Bilan 2000 – Les régions métropolitaines*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, 292 p.
169. C. ARCHIBALD ET J. GEDULD, *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH, Province de Québec, 1999*, Ottawa, Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, mars 2001, données non publiées.
- R. REMIS, P. LECLERC et A.C. VANDAL, *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec*, 1996, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 61 p.
170. R. SCHABAS, *Groupe d'experts sur l'épidémiologie de l'hépatite C : Rapport sur la réunion tenue les 17 et 18 juin 1998*, Ottawa, Santé Canada, 1998, 58 p.
171. CANADIAN ASSOCIATION FOR STUDY OF THE LIVER (CASL), « Hepatitis C infection: Its sequelae and outcomes – State-of-the-Art Workshop, September 24 to 25, 1998 », *The Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 14, supp. B, juillet-août 2000, p. 49B-58B.
172. R. PARENT, *Analyse des cas d'infection génitale à Chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile – 1997-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 15 p. et annexes, à paraître. (Collection Analyses et surveillance, n° 22)

173. R. PARENT, *Analyse des cas d'infection génitale à Chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile – 1997-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 15 p. et annexes, à paraître. (Collection Analyses et surveillance, n° 22)
174. S. GUASCHINO et F. DE SETA, «Update on *Chlamydia trachomatis*», *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 900, 2000, p. 293-300.
175. K.K. HOLMES et autres (sous la dir. de), *Sexually Transmitted Diseases*, 3^e éd., New York, McGraw-Hill, Health Professions Division, 1999, p. 410.
176. SANTÉ CANADA et LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE MALADIES INFECTIEUSES, «Le contrôle de la résistance aux antimicrobiens : Plan d'action intégré pour la population canadienne», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 23S7, novembre 1997, p. 1-32.
177. L. JETTÉ, *Programme de surveillance du pneumocoque : Rapport annuel 2000*, s.l., Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 21 p.
178. SANTÉ CANADA et LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE MALADIES INFECTIEUSES, «Le contrôle de la résistance aux antimicrobiens : Plan d'action intégré pour la population canadienne», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 23S7, novembre 1997, p. 1-32.
179. W.R. JARVIS, «Selected aspects of the socioeconomic impact of nosocomial infections: Morbidity, mortality, cost, and prevention», *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 17, n° 8, août 1996, p. 552-557.
180. R. W. HALEY et autres, «The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals», *American Journal of Epidemiology*, vol. 121, n° 2, février 1985, p. 182-205.
181. GROUPE DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (SPIN), *Rapport de surveillance des bactériémies nosocomiales : Novembre 2000 à mai 2001 (SPIN-2)*, 2002.
182. GROUPE DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (SPIN), *Rapport de surveillance des bactériémies nosocomiales : Novembre 2000 à mai 2001 (SPIN-2)*, 2002.
183. J. CONLEY, «Controlling antibiotic resistance by quelling the epidemic overuse and misuse of antibiotic», *Le médecin de famille canadien*, vol. 44, 1998, p. 1769-1773.
184. R.Y. DODD, «Overview of infectious disease», dans J.V. Linden et C. Bianco (sous la dir. de), *Blood Safety and Surveillance*, New York, Marcel Dekker Inc., 2001, s.p.
185. R. LOUCHINI et autres, *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999*, Québec, Bureau de surveillance épidémiologique, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 279 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 16)
186. R. LOUCHINI et autres, *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999*, Québec, Bureau de surveillance épidémiologique, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 279 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 16)
187. P.V. VARUGHESE, «Rage et prophylaxie postexposition au Canada, 1986», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, vol. 14, 1988, p. 89-94.
188. R. LOUCHINI et autres, *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999*, Québec, Bureau de surveillance épidémiologique, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 279 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 16)
189. C. GARIÉPY et autres, *Épidémiologie et effets de l'infection par le virus du Nil occidental sur la santé humaine*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 86 p.
190. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Épidémiologie de la tuberculose, province de Québec, 1996-1999*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, étude non publiée.

191. R.P. WENZEL et autres, «Control of communicable diseases», dans R.B. Wallace et B.N. Doebbeling (sous la dir. de), *Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine*, 14^e éd., chap. 6, Stamford (Connecticut), Appleton & Lange, 1998, p. 69-87.
192. Un document complémentaire précisera l'ensemble des éléments qui concernent la lutte contre le VIH/sida, les ITS et le VHC.
193. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, 2^e éd., Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 103 p.
194. R.T. BURNETT, S. CAKMAK et J. BROOK, «The effect of the urban ambient air pollution mix on daily mortality rates in 11 Canadian cities», *Canadian Journal of Public Health*, vol. 89, n° 3, mai-juin 1998, p. 152-156.
- M. GOLDBERG et autres, *Identifying Subgroups of the General Population That May Be Susceptible to Short-Term Increases in Particulate Air Pollution: A Time-Series Study in Montreal, Quebec*, Cambridge (Massachusetts), Health Effects Institute, Research Report 97, 2000, 113 p.
- R.T. BURNETT, S. CAKMAK et J. BROOK, «The effect of the urban ambient air pollution mix on daily mortality rates in 11 Canadian cities», *Canadian Journal of Public Health*, vol. 89, n° 3, mai-juin 1998, p. 152-156.
- R.T. BURNETT et autres, «Effects of low ambient levels of ozone and sulfates on the frequency of respiratory admissions to Ontario hospitals», *Environmental Research*, vol. 65, n° 2, 1994, p. 172-194.
- R.J. DELFINO, M.R. BECKLAKE et J.A. HANLEY, «The relationship of urgent hospital admissions for respiratory illnesses to photochemical air pollution levels in Montreal for population-based studies of air pollution», *Environmental Research*, vol. 67, n° 3, 1994, p. 1-19.
- R.J. DELFINO et autres, «Effect of air pollution on emergency room visits for respiratory illnesses in Montreal, Quebec», *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 155, n° 2, février 1997, p. 568-576.
- R.J. DELFINO, A.M. MURPHY-MOULTON et M.R. BECKLAKE, «Emergency room visits for respiratory illnesses among elderly in Montreal: Association with low level ozone exposure», *Environmental Research*, vol. 76, 1998, p. 67-77.
195. M. LEVASSEUR et L. GOULET, «Problèmes de santé», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 273-296. (Collection La santé et le bien-être)
- A. ÉMOND et L. GUYON, *L'enquête Santé Québec : Faits saillants 1987*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 45 p.
196. GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA LUTTE CONTRE L'ASTHME, *Prévention et prise en charge de l'asthme au Canada : Un défi de taille maintenant et à l'avenir*, Ottawa, Santé Canada, 2000, 65 p.
197. N. KING, *Impact des conditions de logement sur la santé publique : Recension des écrits et proposition d'une approche de santé publique*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000, 74 p.
- COMMITTEE ON ENVIRONMENTAL HEALTH, «Toxic effects of indoor mold», *Pediatrics*, vol. 101, n° 4, avril 1998, p. 712-714.
- H. BURGE, «Bioaerosols: Prevalence and health effects in the indoor environment», *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 86, n° 5, 1990, p. 687-701.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Guidelines for Air Quality*, Genève, World Health Organization, 1999, 143 p. et annexes.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT, *Guide d'assainissement de l'air : Comment cerner et régler les problèmes de qualité de l'air de votre habitation*, édition révisée, Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 1998, 34 p.
198. M. LEVASSEUR et L. GOULET, «Problèmes de santé», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 273-296. (Collection La santé et le bien-être)

199. E. MASSON, et E. GRIGNON, *Programme d'intervention visant le contrôle de l'herbe à poux et la réduction de la prévalence de la rhinite allergique saisonnière en Montérégie : Rapport d'activités*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1998, 76 p.
200. R. CLAPP, « Environment and health: 4. Cancer », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 163, n° 8, 17 octobre 2000, p. 1009-1012.
- HARVARD CENTER FOR CANCER PREVENTION, « Harvard report on cancer prevention – vol. 1: Causes of human cancer », *Cancer Causes and Control*, vol. 7, supplément 1, novembre 1996, p S1-S9.
201. D.G. BOLDUC et M. CHAGNON, *Circonstances et causes des épidémies d'origine hydrique survenues au Québec de 1989 à 1993*, Beauport (Québec), Comité de santé environnementale du Québec, Conseil des directeurs de santé publique du Québec, 1996, 15 p. et annexes.
- D.G. BOLDUC, *Bilan des éclosions de maladies d'origine hydrique signalées dans les directions régionales de la santé publique du Québec en 1993, 1994 et 1995*, Beauport (Québec), Comité de santé environnementale du Québec, Conseil des directeurs de santé publique, 1998, 8 p. et annexe.
202. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2000*, Toronto, Institut national du cancer du Canada, 2000.
203. M. RHAINDS (adapté de), « Rayonnement ultraviolet et cancer », dans *L'oncogénèse environnementale au Québec*, Québec, Comité de santé environnementale, 1996, p. 14-28.
- H.K. KOH et autres, « Skin cancer prevention and control », dans P. GREENWALD, B.S. KRAMER et D.L. WEED (sous la dir. de), *Cancer Prevention and Control*, New York, Marcel Dekker Inc., 1995, p. 537-545.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Le bronzage artificiel au Québec : Bilan des connaissances et recommandations – Rapport du comité conjoint sur l'exposition aux rayons ultraviolets et le bronzage artificiel*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 83 p.
204. CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC, *Rapport annuel 1995*, Sainte-Foy (Québec), 1996, 29 p. et annexes.
- CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC, *Rapport annuel 1996*, Sainte-Foy (Québec), 1997, 30 p. et annexes.
- CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC, *Rapport annuel 1996 : Statistiques sur les intoxications par les pesticides*, Sainte-Foy (Québec), 1997, 25 p.
- CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC, *Rapport annuel 1997*, Sainte-Foy (Québec), 1998, 20 p. et annexes.
- CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC, *Rapport annuel 1997 : Statistiques sur les intoxications par les pesticides*, Sainte-Foy (Québec), 1998, 29 p.
- COMITÉ PROVINCIAL SUR LES INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE AU QUÉBEC, *Étude descriptive des intoxications involontaires au monoxyde de carbone au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 1997, 56 p. et annexes.
- C. PRÉVOST et L. JACQUES, *Décès par intoxication involontaire au monoxyde de carbone au Québec de 1989 à 1994*, Saint-Hubert (Québec), Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1997, 42 p.
205. COMMISSION DE COOPÉRATION ENVIRONNEMENTALE DE L'AMÉRIQUE DU NORD, *Document de référence pour le Symposium sur la santé des enfants et l'environnement en Amérique du Nord – Toronto (Canada), le 10 mai 2000*, s.l., Secrétariat de la Commission de coopération environnementale, 38 p.
206. R. ARCAND et autres, « Travail et santé », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 525-570. (Collection La santé et le bien-être)
207. TMS, *troubles musculo-squelettiques, Ça coûte cher à tout le monde!*, feuillet d'information, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, août 2002, 2 p.
208. S. BRISSON, S. PROVENCHER et L. DE GUIRE, *Étude de nouveaux cas de maladies professionnelles pulmonaires reliées à l'exposition à la silice au Québec de 1988 à 1997*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002, 30 p. et annexes.

209. S. PROVENCHER et L. DE GUIRE, *Étude des nouveaux cas de maladies professionnelles pulmonaires reliées à l'exposition à l'amiante au Québec de 1988 à 1997*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001, 101 p.
210. R. SIMARD, *Bilan de situation concernant l'exposition à l'amiante dans l'industrie de la transformation de Montréal-Centre*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998, 15 p. et annexes.
211. M. R. BECKLAKE, J.L. MALO et M. CHAN-YEUNG, «Epidemiologic approaches», dans I.L. Bernstein et autres, *Asthma in the Workplace*, 2^e éd., New York, Marcel Dekker Inc., 1999, p. 27-66.
212. M. LEVASSEUR et L. GOULET, «Problèmes de santé», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 273-295. (Collection La santé et le bien-être)
213. J. TURCOT, *Bilan des cas d'asthme professionnel indemnisés par la CSST de 1988 à 1996*, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, 1998, 7 p.
214. L. BHÉRER et autres, *Critères d'une intoxication et d'une exposition significative : Les gaz irritants – Fichier des maladies à déclaration obligatoire*, (Proposition du Comité de santé environnementale du Québec et du Conseil des directeurs de santé publique du Québec au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec), Québec, Comité de santé environnementale du Québec, 1999, 22 p.
215. R. PLANTE et autres, *Critères d'une intoxication et d'une exposition significative : Le plomb – Fichier des maladies à déclaration obligatoire*, Québec, Comité de santé environnementale du Québec, 1998, 16 p.
- O. SAMUEL, *Critères d'une intoxication et d'une exposition significative : Les insecticides organophosphorés et carbonates – Fichier des maladies à déclaration obligatoire*, Québec, Comité de santé environnementale du Québec, 1999, 15 p. et annexes.
- A. TURCOT et autres, *Surveillance médicale des travailleurs exposés au styrène*, Québec, Comité provincial en santé au travail, 1998, 10 p.
216. P. ROBILLARD, E. ROY et S. Venne, *Recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 24 p.
217. R. DOLL et R. PETO, «The causes of cancer», *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 66, n° 6, juin 1981, p. 1191-1308.
- P. VINEIS et L. SIMONATO, «Proportion of lung and bladder cancers in males resulting from occupation: A systematic approach», *Archives of Environmental Health*, vol. 46, n° 1, 1991, p. 6-15.
- L. SIMONATO et autres, «Lung cancer and cigarette smoking in Europe: An update of risk estimates and an assessment of inter-country heterogeneity», *International Journal of Cancer*, vol. 91, n° 6, 15 mars 2001, p. 876-887.
218. P.B. BURNS et G.M. SWANSON, «Risk of urinary bladder cancer among blacks and whites: The role of cigarette use and occupation», *Cancer Causes and Control*, vol. 2, 1991, p. 371-379.
- P. VINEIS et L. SIMONATO, «Proportion of lung and bladder cancers in males resulting from occupation: A systematic approach», *Archives of Environmental Health*, vol. 46, n° 1, 1991, p. 6-15.
- A. MANNETJE et autres, «Occupation and bladder cancer in European women», *Cancer Causes and Control*, vol. 10, n° 3, juin 1999, p. 209-217.
219. R.J. MULLAN et L.I. MURTHY, «Occupational sentinel health events: An updated list for physician recognition and public health surveillance», *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 19, 1991, p. 775-799.
220. S. HELEY, C. LAROCHE et L. BHÉRER, «Analyse des services diagnostiques et de réadaptation prescrits et obtenus par des travailleurs dépistés pour surdité professionnelle», *Travail et santé*, vol. 15, n° 2, 1999, p. 8-12.

221. F. TURCOTTE et autres, *Rapport du Comité aviseur sur les examens auditifs en milieu de travail*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 1995, 49 p.
- J.M. TARDIF et autres, *Bruit et surdité professionnelle, document de réflexion sur les orientations provinciales du réseau de la santé et des services sociaux*, Comité de coordination en santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 31 p.
222. E.L. MOZURKEWICH et autres, «Working conditions and adverse pregnancy outcome: A meta-analysis», *Obstetrics and Gynecology*, vol. 95, n° 4, avril 2000, p. 623-635.
223. P. MAUREEN, *Occupational and Environmental Reproductive Hazards: A Guide for Clinicians*, Baltimore (Maryland), Williams and Wilkins, 1993, 436 p.
224. HEART AND STROKE FOUNDATION OF CANADA, *The Changing Face of Heart Disease and Stroke in Canada 2000*, Ottawa, Heart and Stroke Foundation of Canada, 1999, 107 p.
[<http://www.hcsc.gc.ca/hpb/lcdc/bcrdd/hdsc2000/pdf/card2ke.pdf>]
225. T. THEORELL, «How to deal with stress in organization? – A health perspective on theory and practice», *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, numéro spécial, vol. 25, n° 6, 1999, p. S616-S624.
226. M. VÉZINA et R. BOURBONNAIS, «Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale», dans *Portrait social du Québec : Données et analyses*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, p. 279-287. (Collection Les conditions de vie)
227. CENTRE PATRONAL DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC, «Les problèmes de santé mentale : une des principales causes d'absences prolongées au travail», *Convergence*, vol. 15, n° 4, août 1999, p. 3-4.
228. R. ARCAND et autres, «Travail et santé», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 525-570. (Collection La santé et le bien-être)
229. M. VÉZINA et autres, «Violence physique et intimidation au travail dans les pays de l'Union européenne», Actes du 2^e Colloque international de psychodynamique et de psychopathologie du travail, Paris, Laboratoire de psychologie du travail du CNAM, 1999, p. 243-254.
- GROUPE D'ÉTUDE ET DE RÉFÉRENCE SUR LES IMPACTS DES CONDITIONS ET DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ – GÉRICOTS, *Rapport d'enquête*, Lille (France), Institut de médecine du travail du Nord de la France, 49 p.
230. M.F. HIRIGOYEN, *Malaise dans le travail : Harcèlement moral – Démêler le vrai du faux*, Paris, Édition La Découverte et Syros, 2001, 289 p.
231. Les habitudes de vie et les maladies chroniques constituent un domaine d'intervention distinct à l'intérieur du Programme national de santé publique, tout comme le développement, l'adaptation et l'intégration sociale.
232. Voir les domaines d'intervention intitulés *Habitudes de vie et maladies chroniques* ainsi que *Développement, adaptation et intégration sociale* pour les détails concernant ces activités.
233. D. EASTERLING et autres, *Promoting Health by Building Community Capacity: Evidence and Implications for Grantmakers*, Denver (Colorado), The Colorado Trust, 1998, 24 p.
234. B.D. SMEDLEY et S.L. SYME (sous la dir. de), *Promoting Health: Intervention Strategies From Social and Behavioral Research*, Washington (District de Columbia), National Academy Press, 2000, 508 p.

ANNEXES



Annexe I : LES FONCTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

En santé publique, les activités s'inscrivent avant tout à l'intérieur de quatre fonctions essentielles qui, sans lui être exclusives, marquent le caractère distinctif de son action. Ces fonctions essentielles 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 ainsi que la protection de la santé.

Trois autres fonctions appuient l'exercice des fonctions essentielles, soit la réglementation, la législation et les politiques publiques ayant des effets sur la santé, la recherche et l'innovation ainsi que le développement et le maintien des compétences.

LA SURVEILLANCE CONTINUE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

La fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population se définit comme un processus continu d'appréciation de l'état de santé d'une population et des déterminants de la santé. Elle permet d'informer la population sur son état de santé et de soutenir les personnes qui s'occupent de la planification, de l'organisation ainsi que de l'évaluation des services et des interventions, que ce soit au niveau national, régional ou local. Cette fonction consiste :

- à assurer tant l'accès à l'information que la gestion de la qualité des données utilisées : a) en concluant des ententes pour avoir accès aux données nécessaires appartenant au réseau de la santé et des services sociaux ou aux réseaux partenaires (les CLSC, l'Institut de la statistique du Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, le ministère de l'Éducation et la Société de l'assurance automobile du Québec, par exemple) ; b) en établissant des normes de qualité pour l'utilisation de fichiers administratifs à des fins

L'exercice de la fonction de surveillance inclut la production de plans de surveillance « qui spécifient les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements [...] ».

(Loi sur la santé publique, art. 35)

de surveillance de la santé; c) en créant, au besoin, les systèmes de surveillance nécessaires;

- à décrire et à analyser l'état de santé de la population, les déterminants de la santé, les tendances ainsi que les variations temporelles et spatiales observées afin : a) de déterminer quels sont les problèmes de santé les plus importants et de détecter les problèmes qui apparaissent; b) de préparer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population; c) de suivre l'évolution de problèmes de santé particuliers et de leurs déterminants au sein de la population;
- à produire et à diffuser une information utile et utilisable sur l'état de santé de la population et les déterminants de la santé ainsi que sur leur évolution, à l'intention de la population, des intervenants et des décideurs, par : a) la mise à jour des données statutaires provenant des fichiers usuels; b) la production et la diffusion de rapports nationaux et régionaux sur l'état de santé de la population et sur des problèmes de santé particuliers¹; c) la définition d'indicateurs permettant d'apprécier l'importance et la gravité de certains problèmes de santé.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

La fonction de promotion de la santé et du bien-être regroupe l'ensemble des actions qui tendent à influencer les déterminants de la santé, de façon à permettre aux individus et aux collectivités d'avoir un plus grand pouvoir sur leur santé. Elle consiste :

- à reconnaître et à caractériser, à partir des connaissances existantes, les déterminants de la santé ainsi que les interventions efficaces pour promouvoir la santé;
- à informer les acteurs de la santé publique, ceux d'autres secteurs et la population sur : a) les connaissances relatives aux principaux déterminants de la santé; b) la pertinence d'agir sur certains déterminants ou de maintenir des programmes existants; c) les stratégies et les activités relatives à la promotion de la santé les plus prometteuses;

1. Une démarche est en cours au MSSS en vue de définir les paramètres des rapports sur l'état de santé de la population, tel que le stipule l'article 10 de la Loi sur la santé publique.

- à offrir des activités efficaces en mettant l'accent sur l'acquisition et le renforcement des habiletés personnelles ainsi que sur le développement de milieux de vie et l'établissement de conditions de vie favorisant la santé;
- à établir ou à renforcer la concertation intersectorielle (avec d'autres ministères, les municipalités, les secteurs scolaire, communautaire, du travail et des loisirs ainsi que le secteur privé, par exemple) et la mobilisation, tant des individus que des collectivités, en ce qui concerne des actions axées sur le développement des compétences personnelles ou la création, au sein d'une communauté, d'un milieu favorisant la santé;
- à contribuer, à l'échelle nationale, régionale et locale, à l'adoption de politiques favorisant la santé de la population.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux est le « conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres 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 ».

(Loi sur la santé publique, art. 54, paragr. 1)

LA PRÉVENTION DES MALADIES, DES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX ET DES TRAUMATISMES

La fonction de prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes englobe les activités qui permettent d'intervenir le plus précocement possible tant afin de réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi que leurs conséquences qu'afin de détecter les signes hâtifs de problèmes pour contrer ces derniers. Selon le cas, elle concerne l'ensemble de la population ou des groupes vulnérables et elle consiste :

- à reconnaître et à caractériser à partir des connaissances existantes : a) les facteurs de risque des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes ainsi que leurs conséquences; b) les populations à risque ou vulnérables; c) les stratégies et les actions préventives efficaces pour réduire ces maladies, ces problèmes psychosociaux ou ces traumatismes en tenant

compte des caractéristiques de la population ciblée (âge, sexe, scolarité, par exemple) ;

- à informer et à sensibiliser la population ainsi que les acteurs de la santé publique et ceux d'autres secteurs sur : a) les connaissances relatives aux facteurs de risque, aux groupes vulnérables et aux stratégies ou aux actions préventives efficaces; b) la pertinence d'agir sur certains facteurs de risque ou de maintenir les activités existantes;
- à alerter les autorités concernées par une situation qui présente des risques élevés de mortalité ou de morbidité évitable pour la population ou pour un groupe d'individus et à participer à la recherche de la solution adéquate lorsqu'il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques;
- à implanter des activités préventives efficaces en s'appuyant sur : a) des approches axées sur les groupes les plus vulnérables; b) des stratégies globales visant l'action dans les milieux de vie; c) des approches mixtes qui devraient inclure, lorsque cela est approprié, des mesures passives, des activités permettant de réduire à la source les risques pour la santé et des activités relatives au dépistage;
- à favoriser le recours aux approches préventives reconnues efficaces par les intervenants de première ligne – notamment les pharmaciens, les médecins, les sages-femmes, les intervenants sociaux et les dentistes – en élaborant et en utilisant des stratégies qui visent à les sensibiliser à ces approches et à les outiller pour leur application.

Les directeurs de santé publique peuvent « demander formellement aux autorités dont l'intervention leur paraît utile, de participer avec eux à la recherche d'une solution adéquate », dans le cas de situations réelles ou appréhendées présentant un risque pour la santé et le bien-être de la population et pour « lesquelles il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques ».

(Loi sur la santé publique, art. 55)

La prévention s'exerce par des activités visant à faire connaître et à soutenir les pratiques cliniques préventives efficaces, notamment celles qui sont préconisées par le *Guide canadien de pratiques cliniques préventives*.

LA PROTECTION DE LA SANTÉ

La fonction de protection de la santé fait référence à une intervention d'autorité de la santé publique auprès d'individus, de groupes ou de toute la population en cas de menaces pour la santé, qui peuvent être réelles ou appréhendées. Cette intervention est dite d'autorité parce qu'elle permet aux autorités sanitaires d'exiger l'information qu'elles jugent nécessaire au déroulement d'une enquête épidémiologique et d'ordonner, pour ce qui est de leur juridiction, la mise en œuvre des mesures permettant de contrer ou de corriger une situation dangereuse pour la santé de la population.

«Une menace à la santé de la population» consiste en «la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si sa présence n'est pas contrôlée».

(Loi sur la santé publique, art. 2, paragr. 2)

«Les autorités de santé publique [...] sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique [...] et les directeurs de santé publique [...]».

(Loi sur la santé publique, art. 2, paragr. 3)

Pour protéger la santé de la population, les équipes de la santé publique doivent participer activement, avec les autres partenaires, à la conception et à la mise en place des mesures d'urgence. L'exercice de cette fonction demande également une vigilance constante pour agir rapidement. Les pouvoirs conférés à ces équipes garantissent l'exercice de la vigie sanitaire, notamment pour les objets visés par les sources d'information suivantes : les maladies à déclaration obligatoire attribuables à des agents physiques, chimiques ou biologiques, les maladies à traitement obligatoire, les manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination et le signalement de menaces pour la santé.

La vigie sanitaire est un processus de veille qui permet de reconnaître, en temps réel, les menaces pour la santé de la population.

Exercer la fonction de protection de la santé exige d'établir des liens avec les réseaux canadien et international pour la vigilance ainsi que pour la surveillance, le contrôle et la

gestion des problèmes de santé ou des risques dans des situations qui représentent une menace réelle ou appréhendée, de maintenir ou d'améliorer l'accessibilité à des services de laboratoire et la capacité de ces laboratoires à traiter des tests dans des situations particulières d'investigation ainsi que de concevoir les ressources informationnelles nécessaires à l'exercice de la vigie sanitaire.

La fonction de protection consiste :

- en cas de menaces, réelles ou appréhendées, pour la santé : a) à enquêter pour caractériser l'événement (éclosion, agrégat, épidémie ou cas isolé), connaître les caractéristiques des populations atteintes ainsi que les causes et les circonstances de cet événement et évaluer les risques pour la santé, ce qui permettra de confirmer les menaces et de déterminer l'urgence; b) à mettre en œuvre les mesures qui relèvent de la santé publique ou à recommander aux acteurs que la situation concerne la mise en place rapide des mesures de protection pertinentes et à suivre l'évolution sanitaire, s'il y a lieu, en collaboration avec l'ensemble des institutions du système de santé et avec d'autres secteurs;
- à préparer l'intervention dans les situations d'urgence par : a) l'élaboration, la diffusion et le suivi en collaboration avec les partenaires visés, de protocoles d'intervention; b) la planification d'activités relatives à la prévention des risques, à l'atténuation des conséquences fâcheuses d'un événement et à l'organisation des secours en collaboration avec l'ensemble des institutions du système de santé et de services sociaux ainsi qu'avec les acteurs d'autres secteurs; c) la mise en place portant sur les mesures d'urgence et la participation à des simulations de situations d'urgence.

LA RÉGLEMENTATION, LA LÉGISLATION ET LES POLITIQUES PUBLIQUES AYANT DES EFFETS SUR LA SANTÉ

La fonction relative à la réglementation, à la législation et aux politiques publiques ayant des effets sur la santé regroupe l'ensemble des activités axées sur l'établissement de règlements, de lois et de politiques qui favorisent la santé et le bien-être de la population. Cette fonction consiste :

- à reconnaître les problèmes et les situations qui méritent une solution réglementaire, législative ou politique afin d'améliorer ou de préserver la santé de la population ou de groupes de la population;

- à évaluer les conséquences des politiques publiques – qu’elles soient nationales, régionales ou locales – sur la santé de la population et à recommander les mesures permettant d’en atténuer les effets négatifs sur la santé;
- à réaliser des mandats relatifs à l’application de règlements, de lois ou de politiques qui relèvent d’autres sphères que la santé publique afin de prévenir certains problèmes de santé.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux «doit être consulté lors de l’élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population».

(Loi sur la santé publique, article 54)

Certains mandats sont confiés à la santé publique, notamment, par la Loi sur la santé et la sécurité au travail, la Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d’hémovigilance, la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons, les services ambulanciers et la disposition des cadavres, la Loi sur le tabac, la Loi sur la sécurité civile et la Loi sur l’environnement (règlement sur l’eau potable).

LA RECHERCHE ET L’INNOVATION

La fonction de recherche et d’innovation comprend un ensemble d’activités axées sur la production, la diffusion et l’application des connaissances scientifiques ainsi que sur l’innovation, ces activités étant nécessaires à l’exercice des autres fonctions de santé publique et au développement de l’expertise en santé publique; elle inclut également la recherche évaluative. La recherche, appliquée plutôt que fondamentale, a comme objectif ultime d’orienter les pratiques par l’application des connaissances obtenues dans le cadre d’une démarche scientifique. Cette fonction consiste :

- à produire des études appliquées et à effectuer des revues systématiques des connaissances afin de mieux comprendre les problèmes de santé de la population, les facteurs de risque et les déterminants de la santé jugés importants;
- à concevoir et à évaluer les activités prometteuses ou efficaces en ce qui concerne la promotion et la protection de la santé ainsi que la prévention des problèmes de santé : a) en effectuant des revues systématiques des connaissances et des recherches appliquées sur

l’implantation, l’efficacité et la rentabilité des stratégies et des activités existantes en santé publique; b) en élaborant des stratégies et des projets basés sur l’application des connaissances scientifiques (projets pilotes et projets de démonstration, par exemple); c) en accompagnant les acteurs sur le terrain pour l’évaluation de projets pilotes ou de projets de démonstration; d) en créant les instruments, les examens de laboratoire, les outils et les indicateurs nécessaires;

- à comprendre et à évaluer les effets du système de soins et de services de santé sur la santé de la population en menant des recherches appliquées : a) sur l’organisation de ce système, en particulier des services préventifs et de première ligne; b) sur la dimension éthique de la pratique de la santé publique, notamment sur l’égalité en matière de santé;
- à comprendre les effets des politiques publiques sur la santé de la population et sur les inégalités sociales en menant les recherches appropriées;
- à favoriser l’utilisation optimale des résultats de la recherche en recourant à des stratégies relatives à la communication et à la diffusion de ces résultats ainsi qu’à des mécanismes de maillage entre les producteurs et les utilisateurs.

LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES

La fonction de développement et de maintien des compétences regroupe l’ensemble des activités permettant d’assurer le transfert des connaissances et des pratiques aux acteurs de la santé publique pour soutenir la mise en œuvre du programme. Ces acteurs auront des qualités non seulement d’observateurs chevronnés de la santé et du bien-être de la population, mais également de meneurs quant aux projets de santé publique à réaliser dans les communautés et dans les milieux de vie. Cette fonction consiste :

- à déterminer les compétences nécessaires à l’implantation et à la mise en œuvre du programme de santé publique;
- à déterminer les besoins de formation et à élaborer un programme de formation continue du personnel médical, professionnel et technique en fonction des exigences du programme et de l’efficacité des stratégies relatives à la formation;
- à assurer l’adéquation entre les exigences du programme et la formation de base du personnel professionnel et technique travaillant en santé publique relativement aux disciplines qui concernent la santé publique et aux disciplines connexes.

Annexe II : LES RESPONSABILITÉS ASSOCIÉES AU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Les différentes responsabilités relatives au Programme national de santé publique sont déterminées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), la Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. 60) et la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (L.R.Q., c. I-13.1.1).

1. EXERCICE DE LA FONCTION DE SURVEILLANCE CONTINUE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

L'exercice de la fonction de surveillance est confié exclusivement au ministre et aux directeurs de santé publique. Le ministre peut toutefois confier à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat d'exercer, en tout ou en partie, la fonction de surveillance. Il peut également confier un tel mandat à une autre organisation après avoir préalablement soumis ce mandat à la Commission d'accès à l'information (CAI).

Le ministre élabore le plan national de surveillance de l'état de santé de la population tandis que les directeurs de santé publique élaborent les plans régionaux de surveillance. Le ministre et les directeurs doivent soumettre ces plans pour avis au Comité d'éthique de santé publique et, le cas échéant, à la CAI. Ils réévaluent périodiquement, chacun à leur niveau, le plan de surveillance national et les plans de surveillance régionaux ainsi que la nécessité de les modifier.

Le ministre définit les paramètres du rapport national et des rapports régionaux sur l'état de santé de la population afin de s'assurer que les données soient comparables entre les différentes régions du Québec. C'est au directeur national de santé publique que revient la responsabilité de préparer le rapport national sur l'état de santé de la population, en collaboration avec les directeurs de santé publique, et de le remettre au ministre, qui le rend public et le diffuse. Les directeurs de santé publique, pour leur part, préparent les rapports régionaux sur l'état de santé, les rendent publics et les diffusent dans leur région. L'INSPQ soutient le ministre et les directeurs de santé publique dans la préparation du rapport national et des rapports régionaux sur l'état de santé de la population.

Le ministre veille à la tenue d'enquêtes sociosanitaires nationales pour fins de surveillance ou s'assure que l'information recueillie au cours d'enquêtes menées par d'autres

intervenants lui est transmise ou est mise à la disposition des directeurs de santé publique. Il établit les objectifs de ces enquêtes après consultation des directeurs de santé publique. Ces derniers sont responsables, au besoin, de la conduite d'enquêtes sociosanitaires régionales. Le ministre et les directeurs de santé publique soumettent les projets d'enquêtes sociosanitaires au Comité d'éthique de santé publique, sauf si l'examen éthique de ce projet est assuré par le comité d'éthique de l'ISQ.

Pour l'exercice de la fonction de surveillance, le ministre établit et maintient un système de collecte de renseignements sociosanitaires, personnels ou non, sur les naissances, les mortinaissances et les décès, système dont les modalités sont fixées par règlement. De plus, il établit et maintient des systèmes de collecte de données et de renseignements, personnels ou non, sur la prévalence, l'incidence et la répartition des problèmes de santé, particulièrement les problèmes graves qui ont comme conséquences la mortalité prématurée, la morbidité ou l'incapacité; les modalités de ces systèmes sont également fixées par règlement. Le ministre assume lui-même la gestion des systèmes de collecte de données ou en confie la gestion à un autre organisme public.

Pour leur part, les centres locaux de services communautaires (CLSC) peuvent être tenus de fournir certains renseignements qui sont inscrits dans leurs fichiers et qui sont nécessaires à l'exécution du plan de surveillance national et des plans régionaux sous une forme qui permet d'obtenir l'information recherchée par territoire de CLSC, par municipalité, par arrondissement ou par quartier.

De nombreux partenaires contribuent à l'exercice de la fonction de surveillance. En premier lieu, la CAI examine, s'il y a lieu, le mandat de surveillance continue de l'état de santé confié à un tiers par le ministre. De plus, en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, elle se prononce parfois sur les communications de renseignements personnels prévues dans les plans de surveillance. En deuxième lieu, les médecins, les laboratoires médicaux, publics ou privés, les établissements de santé et de services sociaux ainsi que tout ministère ou organisme peuvent être tenus de fournir les renseignements

nécessaires à l'exécution du plan de surveillance national et des plans régionaux sous une forme qui permet d'obtenir l'information recherchée par territoire de CLSC, par municipalité, par arrondissement ou par quartier. En troisième lieu, l'ISQ effectue les enquêtes nationales qui lui sont confiées par le ministre en conformité avec les objectifs établis par ce dernier. Enfin, certaines contributions sont nécessaires pour recueillir les renseignements sociosanitaires des systèmes de collecte établis pour la surveillance. Il en va ainsi des médecins, des sages-femmes ou des personnes assistant une femme pendant son accouchement, qui doivent remplir un bulletin de naissance, ainsi que des établissements dans lesquels une personne meurt, où l'on doit prendre les mesures nécessaires pour qu'un bulletin de décès soit dressé par un médecin.

2. EXERCICE DE LA FONCTION DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

Le ministre, les directeurs de santé publique et les CLSC mettent en place, respectivement aux niveaux national, régional et local, des mécanismes de concertation entre les intervenants susceptibles d'agir sur des situations pouvant présenter des risques de mortalité prématurée, de morbidité ou d'incapacité. Ils font la promotion, chacun à leur niveau, de la santé et de l'adoption de politiques sociales et publiques qui tendent à favoriser la santé, auprès des intervenants dont les actions sont susceptibles d'avoir des effets sur la santé de la population ou de certains groupes. À leur niveau respectif, ils sont responsables, notamment, de tenir des campagnes d'information et de sensibilisation auprès de la population ou de contribuer à de telles campagnes. De plus, ils soutiennent, sur le plan national, régional ou local, les actions qui encouragent la création d'un milieu favorable à la santé au sein d'une communauté. Les CLSC offrent, pour leur part, la majorité des services axés sur la promotion de la santé à la population de leur territoire.

En outre, le ministre conseille le gouvernement sur les questions de santé publique. Il donne aux autres ministres les avis qu'il estime opportuns pour promouvoir la santé et l'adoption de politiques qui tendent à favoriser l'amélioration de la santé de la population.

3. EXERCICE DE LA FONCTION DE PRÉVENTION DES MALADIES, DES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX ET DES TRAUMATISMES

Le ministre, les directeurs de santé publique et les CLSC favorisent et soutiennent, auprès des professionnels de la santé, chacun à leur niveau d'intervention, la pratique de soins préventifs. Ils reconnaissent et évaluent, toujours selon leur niveau respectif, les situations qui comportent des risques pour la santé.

De plus, le ministre ou les directeurs de santé publique, chacun à leur niveau respectif, peuvent demander aux autorités dont l'intervention leur paraît utile de participer à la recherche d'une solution lorsqu'ils constatent l'existence ou craignent l'apparition d'une situation qui présente des risques élevés de mortalité, de morbidité ou d'incapacité évitable et qu'à leur avis, il existe une solution efficace pour réduire ou annihiler ces risques. Les autorités invitées par le ministre ou les directeurs de santé publique sont alors tenues de participer à une telle recherche.

Pour ce qui est des CLSC, leur mission consiste à organiser des activités de santé publique sur leur territoire; les services préventifs offerts selon l'importance de la population sont, en bonne partie, sous la responsabilité de ces établissements.

4. EXERCICE DE LA FONCTION DE PROTECTION DE LA SANTÉ

Dans l'exercice de la fonction de protection, il incombe au ministre de dresser la liste :

- a) des intoxications, des infections ou des maladies qui doivent faire l'objet d'une déclaration au directeur de santé publique ou au directeur national de santé publique;
- b) des infections contagieuses ou des maladies pour lesquelles toute personne qui en est atteinte doit obligatoirement se soumettre aux traitements prescrits pour éviter toute contagion.

Le ministre peut enfin, à des fins de protection de la santé ou de prévention, instituer par règlement des registres où sont inscrits des renseignements personnels sur certains services ou soins de santé reçus par la population (par exemple, le registre de vaccination). Il assume alors lui-même la gestion de ces registres ou en confie la gestion à un autre organisme public.

Le pouvoir d'enquête est une responsabilité majeure des autorités sanitaires en ce qui concerne la protection de la santé de la population. Les directeurs de santé publique font une enquête épidémiologique, notamment :

- a) dans tous les cas où ils reçoivent un avis selon lequel une personne vraisemblablement atteinte d'une maladie à traitement obligatoire refuse de se faire examiner ou soigner et, à défaut par la personne d'accepter l'examen ou le traitement prescrit, ils demandent à la cour une ordonnance enjoignant à cette personne de le faire;
- b) dans tous les cas où ils reçoivent un avis selon lequel une personne vraisemblablement atteinte d'une maladie à traitement obligatoire refuse de se soumettre aux mesures de prophylaxie nécessaires et, à défaut par la personne d'accepter ces mesures, ils demandent à la cour une ordonnance enjoignant à cette personne de le faire;
- c) dans toute situation où ils ont des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être, en particulier dans les cas de déclaration d'une manifestation clinique inhabituelle à la suite d'un vaccin, de déclaration d'une intoxication, d'une infection ou d'une maladie à déclaration obligatoire, d'un avis leur mentionnant le refus d'une personne de se faire examiner ou traiter, ou de se soumettre aux mesures de prophylaxie obligatoires, ou lorsqu'ils reçoivent un signalement d'une menace pour la santé de la population.

Au cours de l'enquête épidémiologique, les directeurs de santé publique peuvent aviser un ministère, une municipalité locale ou un organisme qui dispose, en vertu d'une autre loi, d'un règlement municipal ou d'une entente, des pouvoirs d'inspection ou d'enquête nécessaires, ou qui pourrait exercer de tels pouvoirs, de vérifier la présence d'un agent biologique, chimique ou physique constituant une menace pour la santé. Si un ministère, une municipalité ou un organisme refuse de collaborer ou tarde à le faire, le directeur de santé publique en avise le directeur national de santé publique.

De plus, les directeurs de santé publique peuvent déclencher le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de leur territoire lorsqu'ils constatent, au cours d'une enquête épidémiologique, qu'ils ne peuvent intervenir efficacement ou dans les délais fixés pour effectuer l'enquête ou pour protéger la santé de la population.

Le directeur de santé publique qui constate, au cours d'une enquête épidémiologique, qu'une menace pour la santé semble provenir d'un établissement de la santé et des services sociaux, d'une installation d'un tel établissement ou d'une pratique déficiente à l'intérieur d'un tel établissement en avise le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général. Le directeur de santé publique informe également le directeur national de santé publique de la situation. Le ministre peut, s'il le juge nécessaire, demander au directeur de santé publique de poursuivre son enquête dans l'établissement pour identifier la source d'une menace et déterminer les mesures de contrôle qui s'imposent.

Au cours d'une enquête épidémiologique, le directeur de santé publique peut exercer certains pouvoirs prévus dans la loi (par exemple, la fermeture d'un lieu, l'évacuation d'un édifice, l'isolement d'une personne, un examen médical ou une mesure de prophylaxie) lorsqu'il est d'avis qu'une menace pour la santé de la population est réelle.

Le ministre, assisté du directeur national de santé publique, peut coordonner les actions de plusieurs directeurs de santé publique ou même exercer les pouvoirs qui leur sont accordés lorsque le directeur national de santé publique l'informe qu'il a reçu une déclaration d'intoxication, d'infection ou de maladie à déclaration obligatoire, lorsqu'il est informé d'une situation susceptible de constituer une menace pour la santé de la population dans plus d'une région ou lorsque, face à une menace réelle ou appréhendée pour la population, il est nécessaire d'en informer des autorités sanitaires extérieures au Québec. Le ministre peut également, à la demande d'un directeur de santé publique ou du directeur national de santé publique, mobiliser les ressources de tout établissement de santé et de services sociaux pour répondre à une situation d'urgence en santé publique.

Le gouvernement ou le ministre, s'il a été habilité par le Conseil des ministres, peut mettre en œuvre des mesures de contrôle (vaccination obligatoire, fermeture d'établissement, par exemple) pour protéger la santé de la population dans les situations d'urgence sanitaire extrême.

Enfin, les régies régionales doivent s'assurer que tous les renseignements personnels et les renseignements confidentiels obtenus dans l'exercice de la fonction de protection de la santé, par le directeur de santé publique, et ce, pour tous les cas d'intoxication, d'infection ou de maladie à déclaration obligatoire, sont conservés par la direction de santé

publique de façon confidentielle et que le personnel qui y a accès s'engage à en respecter la confidentialité.

Plusieurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et d'autres réseaux contribuent à la protection de la santé de la population :

- a) les médecins, les infirmiers, les dirigeants d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale, public ou privé : pour la déclaration de maladies à déclaration obligatoire et les manifestations cliniques inhabituelles associées à la vaccination ;
- b) les médecins : pour la déclaration de maladies à traitement obligatoire ;
- c) les ministères, les organismes gouvernementaux et les municipalités locales, les établissements de santé et de services sociaux, les directeurs d'établissements qui constituent des milieux de travail ou des milieux de vie, les professionnels de la santé travaillant dans ces établissements et les médecins : pour les signalements de menaces pour la santé de la population au directeur de santé publique de leur territoire ou au directeur national, ou pour participer aux enquêtes épidémiologiques ;
- d) les professionnels de la santé : pour inscrire, dans les registres, les renseignements précisés par règlement ;
- e) la CAI : pour donner un avis au ministre sur les projets de règlement instituant des registres à des fins de soins relatifs à la prévention ou à la protection.

5. EXERCICE DES FONCTIONS DE SOUTIEN

Réglementation, législation et politiques publiques ayant des effets sur la santé

Le ministre, les directeurs de santé publique et les CLSC sont responsables, selon leur niveau, de favoriser le recours optimal aux règlements, aux lois ou aux politiques afin d'améliorer ou de préserver la santé de la population ou de sous-groupes de la population*. De plus, le ministre doit être consulté au moment de l'élaboration de règlements ou de lois qui pourraient avoir des effets significatifs sur la santé de la population.

Les acteurs de la santé publique doivent également collaborer à l'application de règlements et de lois édictés par d'autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ou d'autres réseaux, notamment en s'acquittant des responsabilités qui leur sont confiées en vertu de :

- la Loi sur la santé et sur la sécurité au travail ;
- la Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance ;
- la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons, les services ambulanciers et la disposition des cadavres ;
- la Loi sur le tabac ;
- la Loi sur la sécurité civile ;
- la Loi sur l'environnement, notamment le Règlement sur la qualité de l'eau potable.

Recherche et innovation

Le ministre est responsable d'établir les priorités de recherche afin de faciliter la mise en œuvre du Programme national de santé publique*. Par ailleurs, en raison de la mission qui lui est confiée, l'INSPQ joue un rôle central en ce qui concerne le soutien au Programme national de santé publique en matière de recherche. La mission de l'Institut consiste en effet à 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. L'INSPQ est également responsable, en collaboration avec les organismes de recherche et les organismes subventionnaires, de développer et de favoriser la recherche en santé publique. Il voit, de plus, à établir des liens avec les différentes organisations canadiennes et internationales afin de favoriser la coopération et l'échange de connaissances.

Par ailleurs, les directeurs de santé publique voient à la conduite de recherches d'intérêt régional et, en collaboration avec l'INSPQ, peuvent contribuer à des recherches d'intérêt national*. Les CLSC, pour leur part, tout comme d'autres établissements de la santé et des services sociaux, peuvent contribuer, au besoin, aux recherches entreprises par l'INSPQ ou par les directeurs de santé publique, particulièrement pour ce qui est de réaliser des projets pilotes ou des projets de démonstration et d'effectuer des recherches évaluatives*.

* Aucune mesure législative ne soutient directement cette responsabilité.

Développement et maintien des compétences

Il revient au ministre de déterminer les compétences nécessaires à l'implantation et à la mise en œuvre du Programme national de santé publique*. L'INSPQ, pour sa part, a pour responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre, en collaboration avec les universités et les ordres professionnels concernés par le sujet, des programmes de formation continue en santé publique. Il collabore, de plus, avec les universités, à la conception et à la mise à jour des

programmes de formation initiale en santé publique. Le ministre, les directeurs de santé publique et les directeurs de CLSC sont responsables, chacun à leur niveau d'intervention, de déterminer les besoins de formation de leur personnel ainsi que ceux de partenaires engagés dans des activités relatives au Programme national de santé publique*.

* Aucune mesure législative ne soutient directement cette responsabilité.

SYNTHÈSE DES PRINCIPALES RESPONSABILITÉS¹

| Objet de responsabilité | Niveau national | INSPQ | Niveau régional | Niveau local | Partenaires |
|--|--|--|---|--|---|
| Le programme en général | <ul style="list-style-type: none"> Élaboration et mise à jour du programme, coordination nationale et interrégionale Concertation dans le réseau pour l'organisation des activités Concertation avec la CSST Évaluation et reddition de comptes | <ul style="list-style-type: none"> Contribution à l'élaboration et à la mise à jour du programme | <ul style="list-style-type: none"> Élaboration, mise en œuvre, évaluation et mise à jour du plan d'action régional Consultation du Forum de la population avant de mettre en œuvre le plan d'action régional Dépôt du plan d'action régional au MSSS Évaluation et reddition de comptes | <ul style="list-style-type: none"> Collaboration à l'élaboration, à la mise en œuvre, à l'évaluation et à la mise à jour du plan d'action régional Élaboration, mise en œuvre, évaluation et mise à jour du plan d'action local Dépôt du plan d'action à la RRSSS Évaluation et reddition de comptes | <ul style="list-style-type: none"> Contribution des organismes communautaires à l'élaboration des plans d'action locaux |
| La surveillance continue de l'état de santé de la population | <ul style="list-style-type: none"> Élaboration du plan de surveillance national, présentation au Comité d'éthique, mise en œuvre et réévaluation Définition des paramètres du rapport national et des rapports régionaux sur l'état de santé de la population Préparation et diffusion du rapport national sur l'état de santé de la population Planification des enquêtes sociosanitaires et présentation des rapports au Comité d'éthique Établissement et maintien de systèmes de collecte de renseignements sociosanitaires (naissances, mortalités, décès, problèmes de santé) | <ul style="list-style-type: none"> Réalisation des mandats de surveillance confiés par le ministre Soutien du ministre et des DSP dans la préparation du rapport national et des rapports régionaux sur l'état de santé de la population | <ul style="list-style-type: none"> Élaboration des plans de surveillance régionaux, présentation au Comité d'éthique, mise en œuvre et réévaluation Préparation et diffusion du rapport régional sur l'état de santé de la population Planification et tenue d'enquêtes sociosanitaires régionales | <ul style="list-style-type: none"> Contribution à l'exécution des plans de surveillance en fournissant les données nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> Examen des mandats de surveillance confiés à un tiers par la CAI Transmission d'avis par la CAI sur la communication de renseignements personnels prévue dans les plans de surveillance Conduite des enquêtes nationales par l'ISQ Transmission de renseignements nécessaires à l'exécution des plans de surveillance par les médecins, les laboratoires médicaux privés et publics, les établissements de santé et de services sociaux, les autres ministères ou organismes |

| Objet de responsabilité | Niveau national | INSPQ | Niveau régional | Niveau local | Partenaires |
|---|---|--|---|--|---|
| La promotion de la santé et du bien-être | <ul style="list-style-type: none"> Mise en place des mécanismes de concertation nationale Préparation de propositions ou d'avis aux autres ministères pour l'adoption de politiques qui favorisent la santé | <ul style="list-style-type: none"> Soutien par la recherche | <ul style="list-style-type: none"> Mise en place des mécanismes de concertation régionale | <ul style="list-style-type: none"> Offre à la population de services axés sur la promotion de la santé Mise en place des mécanismes de concertation locale Création de milieux de vie qui favorisent la santé | |
| La prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes | <ul style="list-style-type: none"> Coordination nationale et soutien aux DSP pour l'implantation et la mise en œuvre de programmes préventifs Demande de participation à la recherche d'une solution, faite aux partenaires nationaux en cas de risque pour la santé Mise en place et gestion de registres | <ul style="list-style-type: none"> Soutien par la recherche | <ul style="list-style-type: none"> Coordination régionale et soutien aux CLSC et aux autres acteurs pour l'implantation et la mise en œuvre de programmes préventifs Demande de participation à la recherche d'une solution, faite aux partenaires régionaux en cas de risque pour la santé Conception d'outils pour la mise en œuvre de programmes préventifs | <ul style="list-style-type: none"> Offre à la population de services axés sur la prévention | <ul style="list-style-type: none"> Participation des autorités concernées par la recherche d'une solution en cas de risque pour la santé |
| La protection de la santé | <ul style="list-style-type: none"> Établissement, par le ministre, de la liste des maladies, infections ou intoxications à déclaration obligatoire | <ul style="list-style-type: none"> Soutien par la recherche | <ul style="list-style-type: none"> Tenue des enquêtes épidémiologiques Garantie de la confidentialité des données Mise en place des mesures appropriées Déclenchement du plan de mobilisation des ressources | <ul style="list-style-type: none"> Contribution aux enquêtes épidémiologiques Contribution au plan de mobilisation des ressources Contribution à la tenue de registres Déclaration et signalement | <ul style="list-style-type: none"> Déclaration et signalement par les médecins, les infirmiers, les dirigeants d'un laboratoire de biologie médicale – privé ou public –, les ministères, les organismes gouvernementaux, les municipalités locales, les établissements de santé et de services sociaux, les directeurs d'établissements qui sont des milieux de travail ou des milieux de vie, les professionnels de la santé, etc. |

SYNTHÈSE DES PRINCIPALES RESPONSABILITÉS (SUITE)¹

| Objet de responsabilité | Niveau national | INSPQ | Niveau régional | Niveau local | Partenaires |
|-----------------------------------|--|---|---|---|--|
| La protection de la santé (suite) | <ul style="list-style-type: none"> Recours optimal aux règlements, aux lois ou aux politiques pour favoriser la santé et le bien-être de la population Reconnaissance des problèmes qui méritent une solution réglementaire, législative ou politique Soutien à l'analyse des effets des politiques publiques | <ul style="list-style-type: none"> Contribution à l'analyse des effets des politiques publiques | <ul style="list-style-type: none"> Recours optimal aux règlements, aux lois ou aux politiques pour favoriser la santé et le bien-être de la population Reconnaissance des problèmes qui méritent une solution réglementaire, législative ou politique | <ul style="list-style-type: none"> Recours optimal aux règlements, aux lois ou aux politiques pour favoriser la santé et le bien-être de la population Reconnaissance des problèmes qui méritent une solution réglementaire, législative ou politique | <ul style="list-style-type: none"> Contribution de différents partenaires à la tenue de registres Transmission d'avis au ministre par la CAI sur les projets de règlement instituant des registres |
| La recherche et l'innovation | <ul style="list-style-type: none"> Détermination des priorités de recherche | <ul style="list-style-type: none"> Développement, mise à jour et diffusion des connaissances Développement et facilitation de la recherche Contribution à la mise à jour des programmes de formation continue dans le domaine de la santé publique Établissement de liens avec les organisations canadiennes et internationales pour la coopération et l'échange de connaissances | <ul style="list-style-type: none"> Conduite de recherches d'intérêt régional Contribution à des recherches d'intérêt national | <ul style="list-style-type: none"> Contribution à des recherches entreprises par l'INSPQ et par les DSP | <ul style="list-style-type: none"> Collaboration des universités et des instituts universitaires |

| Objet de responsabilité | Niveau national | INSPQ | Niveau régional | Niveau local | Partenaires |
|---|--|--|---|---|--|
| Le développement et le maintien des compétences | <ul style="list-style-type: none"> • Détermination des compétences nécessaires à la mise en œuvre du programme • Détermination des exigences relatives à la formation pour la mise en œuvre du programme | <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration et mise en œuvre de programmes de formation continue | <ul style="list-style-type: none"> • Détermination des besoins relatifs à la formation | <ul style="list-style-type: none"> • Détermination des besoins relatifs à la formation | <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration des universités et des ordres professionnels |

1. Le tableau précise les responsabilités majeures sans toutefois constituer un relevé exhaustif des responsabilités relatives au programme et à l'exercice des fonctions de santé publique.

Liste des collaborateurs et collaboratrices

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF SUR LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

| | |
|--------------------|---------------------|
| Louis E. Bernard | Richard Massé |
| Louise Cantin | Robert Ménard |
| François Desbiens | Louise Montreuil |
| André Dontigny | Mario Morand |
| Léonard Gilbert | Jean-Claude Plourde |
| Renée Lamontagne | Jocelyne Sauvé |
| Richard Lessard | Claude Soucy |
| Marc-André Maranda | Bilkis Vissandjée |

Autres personnes qui ont participé à des rencontres spéciales du comité consultatif

| | |
|-------------------|--------------------------|
| Christian Bernier | Mariette Lebrun-Bohémier |
| Ginette Dorval | Jean-Pierre Perreault |
| Denis Lalumière | Louis-Paul Thauvette |

MEMBRES DU COMITÉ ÉLARGI POUR L'ÉLABORATION DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

| | |
|----------------------|-------------------|
| Pierre Bergeron | Ghislaine Lehmann |
| Ginette Dorval | Robert Ménard |
| Danièle Francoeur | Réal Morin |
| Léonard Gilbert | Marie Rochette |
| Maryse Guay | Denis Roy |
| Marthe Hamel | Yves Théberge |
| Suzanne Hamel Fortin | Louise Therrien |
| Sylvie Kirouac | Hélène Valentini |
| Aimé Lebeau | |

MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL

Développement, adaptation et intégration sociale

Enfants et adolescents

| | |
|--|---------------------|
| Ginette Lafontaine, coresponsable | Louise Guay |
| Johanne Laverdure, coresponsable | Édith Guilbert |
| Louise Allard | Oumar Hamza |
| Nicole April | Lyne Jobin |
| Jocelyn Bérubé | Marie Julien |
| Monique Comeau | Jean Labbé |
| Marie-Reine Corbeil | Ginette Lamarre |
| Daniel Corriveau | Marthe Laurin |
| André Désilets | Marie-Claire Lepage |
| Nicole Desjardins | Réal Morin |
| Manon Fontaine | Lynda Périgny |
| Gilles Forget | Pierre Richard |
| Lynda Fortin | Catherine Risi |
| François Godin | Louise Therrien |

Adultes et personnes âgées

| | |
|--|----------------------------|
| Claudine Léonard, coresponsable | Diane Martel |
| Sylvie Poirier, coresponsable | Serge Nadeau |
| Nicole Damestoy | Malorie Toussaint-Lachance |
| Dominique Gagnon | |
| Céline Gosselin | |

Habitudes de vie et maladies chroniques

| | |
|---|-------------------|
| Véronique Déry, coresponsable | Martin Généreux |
| Brigitte Lachance, coresponsable | André Gervais |
| Daniel Auger | Gaston Godin |
| Pierre Band | Marie Jacques |
| Geneviève Baron | Monique Lalonde |
| Diane Boudreault | Bernard Laporte |
| Lise Bourcier | André Lavallière |
| Jean-Noël Corriveau | Lyne Mongeau |
| Brigitte Côté | Bertrand Nolin |
| Michèle Deschamps | Martine Pageau |
| Louise Desjardins | Gilles Paradis |
| Renaud Dubé | Dominique Roberge |
| Lise Gauvin | Michel Rossignol |

Traumatismes

| | |
|---------------------------------------|----------------------|
| Lise Cardinal, coresponsable | Michel Lavoie |
| Marc St-Laurent, coresponsable | Sylvain Leduc |
| Denis Allard | Gilles Légaré |
| Roger Barbeau | Pierre Maurice |
| France Boivin | France Paradis |
| Louise-Marie Bouchard | Ruth Pilote |
| Valois Boudreault | Marie-Josée Pineault |
| Hélène Cadrin | Géraldine Quesnel |
| Nicole Damestoy | Yvonne Robitaille |
| Lorraine Deschênes | Guy Sanfaçon |
| Denise Gagné | Lyne Sauvageau |
| Rodrigue Gallagher | Carmen Schaefer |
| Claude Goulet | Diane Sergerie |
| Lyne Jobin | Louise Therrien |
| Marie Julien | Sylvie Turner |

Maladies infectieuses

| | |
|--------------------------------------|-------------------|
| Maryse Guay, coresponsable | Paul Leguerrier |
| Monique Landry, coresponsable | François Milrod |
| Nicole Boulianne | Louise Paquin |
| Serge Déry | Pierre Pilon |
| Philippe De Wals | Dyane Plamondon |
| Monique Douville Fradet | Sylvie Provost |
| Bernard Duval | Yves Robert |
| Ann Fortin | Michel Savard |
| Dominique Haché | Terry Tannenbaum |
| Patricia Hudson | Gisèle Trudeau |
| Monique Imbleau | Louise Valiquette |
| Louise Lambert | Sylvie Venne |

MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL (suite)

Santé environnementale

| | |
|--|----------------------|
| Michèle Bélanger, coresponsable | Guy Lévesque |
| Suzanne Hamel Fortin, coresponsable | Gaétan Malenfant |
| Daniel Bolduc | Élisabeth Masson |
| Élisabeth Hudon | Louis-Paul Thauvette |

Santé en milieu de travail

| | |
|--|------------------|
| Céline Lemieux, coresponsable | Pierre Galarneau |
| Francine Saint-Denis, coresponsable | Luce Gervais |
| Carole Veillette, coresponsable | Pierre Gourdeau |
| Robert Arcand | Bernard Pouliot |
| Luc Bhérier | Michel Vézina |
| Gisèle Fontaine | |

Surveillance

| | |
|-----------------------------------|---------------------|
| Aline Émond, coresponsable | Chantale Girard |
| Aimé Lebeau, coresponsable | Pierre Gosselin-L |
| Robert Arcand | François Milord |
| Carmen Bellerose | Michel Pageau |
| Sylvie Bernier | Yves Pépin |
| Monique Boudreau | Geneviève Petit |
| Élisabeth Cadieux | Yvonne Robitaille |
| Lucie Chénard | Danielle St-Laurent |
| Robert Choinière | Danièle Tremblay |

Évaluation

| | |
|---------------------------------------|---------------------|
| Yves Théberge, coresponsable | Luce Gervais |
| Louise Therrien, coresponsable | Maryse Guay |
| Denis Allard | Aimé Lebeau |
| Manon Blackburn | Hugues Matte |
| Marie-Reine Corbeil | Pierre Patry |
| Sylvie Fortin | Jean-Claude Plourde |
| Danièle Francoeur | Nelson Potvin |
| Marie-Hélène Gagné | Chantal Roy |

Développement social et développement des communautés

| | |
|---------------------------------------|-------------------|
| Danièle Francoeur, responsable | Ghislaine Lehmann |
| Louise Brunet | Claire Milette |
| Réal Lacombe | Mario Morand |
| Normand Laforme | Denis St-Amand |

Recherche

| | |
|---------------------------------------|------------------|
| Danièle Francoeur, responsable | Jean-Paul Fortin |
| Pierre Bergeron | Michel Rossignol |

CONSEILLÈRE

Hélène Valentini

PERSONNES EXPERTES CONSULTÉES SUR L'ENSEMBLE DU DOCUMENT

| | |
|------------------|------------------|
| Jean-Guy Bonnier | Isabelle Laporte |
| Christine Colin | Hélène Morais |
| Jean-Paul Fortin | |

PERSONNES CONSULTÉES POUR LA VÉRIFICATION DES DONNÉES SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ

| | |
|-------------------|---------------------|
| Clermont Bouchard | Bertrand Nolin |
| Serge Chevalier | Robert Pampalon |
| Valérie Émond | Geneviève Paquet |
| Rabia Louchini | Danielle St-Laurent |

PERSONNE AYANT CONÇU ET RÉDIGÉ LA PREMIÈRE VERSION DE LA SECTION SUR LES VALEURS ET LES PRINCIPES ÉTHIQUES

Raymond Massé

AUTRES PERSONNES AYANT CONTRIBUÉ AUX TRAVAUX RELATIFS À PLUSIEURS DES THÈMES ABORDÉS

| | |
|--------------------|------------------|
| Louise Boulanger | Odette Laplante |
| Irma Clapperton | Richard Lessard |
| Marc Dionne | Robert Maguire |
| France Filiatrault | Denise McManiman |
| Lyne Jobin | Louise St-Pierre |
| Annie Lachance | Anne Vallières |
| Denise Lacoursière | |

AUTRES PERSONNES AYANT CONTRIBUÉ AUX TRAVAUX RELATIFS À L'UN OU L'AUTRE DES THÈMES ABORDÉS

| | |
|-------------------|---------------------|
| Hervé Ancil | Johanne Labbé |
| Denise Aubé | Annie Labranche |
| Charles Boily | Diane Martel |
| Valois Boudreault | Sonia Morin |
| Lynda Bouthillier | Marie-Thérèse Payre |
| Line Caron | Léo-Roch Poirier |
| Suzanne Couillard | Sonia Poulin |
| Lynne Duguay | Paul Roberge |
| Louise Fournier | Madeleine Rochon |
| Micheline Genest | Nicole Rozon |
| Céline Gosselin | Sylvie Veilleux |
| Nicole Gravel | |

ÉQUIPE DE DIRECTION DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

| | |
|-------------------|-----------------|
| Horacio Arruda | Richard Grignon |
| Lilianne Bertrand | Lise Guérard |
| Denis Drouin | Robert Ménard |
| Ann Fortin | Lise Talbot |

TABLES DE CONCERTATION NATIONALE

Table de coordination nationale de santé publique
Table de concertation nationale en promotion – prévention
Table de concertation nationale en maladies infectieuses
Table de concertation nationale en santé environnementale
Table de concertation nationale en santé au travail
Table de concertation nationale en surveillance

Bibliographie

- ARCAND, R., et autres. «Travail et santé», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 525-570. (Collection La santé et le bien-être)
- ARCHIBALD, C., et J. GEDULD. *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH, Province de Québec, 1999*, Ottawa, Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, mars 2001, données non publiées.
- BARNARD, L., S. LANTIN et L. ROBERGE. *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non bébégées : Régime d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec – les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000*, Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec, 2001, 87 p.
- BECKLAKE, M.R., J.L. MALO et M. CHAN-YEUNG. «Epidemiologic approaches», dans I.L. Bernstein et autres, *Asthma in the Workplace*, 2^e éd., New York, Marcel Dekker Inc., 1999, p. 27-66.
- BERNIER, S., et D. BROCHU. «Usage du tabac», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 99-115. (Collection La santé et le bien-être)
- BHÉRER, L., et autres. *Critères d'une intoxication et d'une exposition significative : Les gaz irritants – Fichier des maladies à déclaration obligatoire*, (Proposition du Comité de santé environnementale du Québec et du Conseil des directeurs de santé publique du Québec au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec), Québec, Comité de santé environnementale du Québec, 1999, 22 p.
- BIRMINGHAM, C.L., et autres. «The cost of obesity in Canada», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 4, 23 février 1999, p. 483-488.
- BOLDUC, D.G. *Bilan des éclosions de maladies d'origine hydrique signalées dans les directions régionales de la santé publique du Québec en 1993, 1994 et 1995*, Beauport (Québec), Comité de santé environnementale du Québec, Conseil des directeurs de santé publique, 1998, 8 p. et annexe.
- BOLDUC, D.G., et M. CHAGNON. *Circonstances et causes des épidémies d'origine hydrique survenues au Québec de 1989 à 1993*, Beauport (Québec), Comité de santé environnementale du Québec, Conseil des directeurs de santé publique du Québec, 1996, 15 p. et annexes.
- BOURGEAULT, G. «Éthique et santé publique : à propos des conflits de valeurs», *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé*, vol. 5, n° 2, 1998, p. 225-240.
- BOYER, R., et autres. «Idées suicidaires et parasuicides», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 355-366. (Collection La santé et le bien-être)
- BRETON, J.J., et autres. «Santé mentale», dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 433-450. (Collection La santé et le bien-être)
- BRETON, J.J., et autres. *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans, 1992 : Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services, volume 2*, Montréal, Hôpital des Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 224 p.
- BRETON, J.J., et R. BOYER. «La prévention du suicide», dans F. Vitaro et C. Gagnon (sous la dir. de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome I : Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, p. 271-304.

BRISSON, S., S. PROVENCHER et L. DE GUIRE. *Étude de nouveaux cas de maladies professionnelles pulmonaires reliées à l'exposition à la silice au Québec de 1988 à 1997*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002, 30 p. et annexes.

BRODEUR, J.M., et autres. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 151 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 18)

BRODEUR, J.M., et autres. *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 159 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 8)

BROUSSEAU, J., R.H. BAILLARGEON et H.X. WU. « Le développement cognitif des enfants de 17 mois à 29 mois », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 8, 2002, 40 p. (Collection La santé et le bien-être)

BURGE, H. « Bioaerosols: Prevalence and health effects in the indoor environment », *Journal Allergy and Clinical Immunology*, vol. 86, n° 5, 1990, p. 687-701.

BURNETT, R.T., et autres. « Effects of low ambient levels of ozone and sulfates on the frequency of respiratory admissions to Ontario hospitals », *Environmental Research*, vol. 65, n° 2, 1994, p. 172-194.

BURNETT, R.T., S. CAKMAK et J. BROOK. « The effect of the urban ambient air pollution mix on daily mortality rates in 11 Canadian cities », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 89, n° 3, mai-juin 1998, p. 152-156.

BURNS, P.B., et G.M. SWANSON. « Risk of urinary bladder cancer among blacks and whites: The role of cigarette use and occupation », *Cancer Causes and Control*, vol. 2, 1991, p. 371-379.

CANADIAN ASSOCIATION FOR STUDY OF THE LIVER (CASL). « Hepatitis C infection: Its sequelae and outcomes – State-of-the-Art Workshop, September 24 to 25, 1998 », *The Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 14, supp. B, juillet-août 2000, p. 49B-58B.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Prevention and control of influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) », *Mortality and Morbidity Weekly Review*, vol. 50 (RR-4), 2001, p. 1-40.

CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC. *Rapport annuel 1997*, Sainte-Foy (Québec), 1998, 20 p. et annexes.

CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC. *Rapport annuel 1997: Statistiques sur les intoxications par les pesticides*, Sainte-Foy (Québec), 1998, 29 p.

CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC. *Rapport annuel 1996*, Sainte-Foy (Québec), 1997, 30 p. et annexes.

CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC. *Rapport annuel 1996: Statistiques sur les intoxications par les pesticides*, Sainte-Foy (Québec), 1997, 25 p.

CENTRE ANTI-POISON DU QUÉBEC. *Rapport annuel 1995*, Sainte-Foy (Québec), 1996, 29 p. et annexes.

CENTRE PATRONAL DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. « Les problèmes de santé mentale : une des principales causes d'absences prolongées au travail », *Convergence*, vol. 15, n° 4, août 1999, p. 3-4.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA. *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) : Cas cumulatifs 1979-2001 – Mise à jour n° 2001-2, au 31 décembre 2001*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 38 p.

CHEVALIER, S., D. ALLARD et C. AUDET. « Les jeux de hasard et d'argent », dans *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000, volume 2*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 67-90. (Collection La santé et le bien-être)

CHEVALIER, S., et O. LEMOINE. « Consommation d'alcool », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 117-133. (Collection La santé et le bien-être)

CHEVALIER, S., et O. LEMOINE. « Consommation de drogues et autres substances psychoactives », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 135-147. (Collection La santé et le bien-être)

CHIN, J. *Control of Communicable Diseases Manual*, 17^e éd., Washington (District de Columbia), American Public Health Association, 2000, 624 p.

CHOINIÈRE, R. « Les disparités géographiques de la mortalité dans le Montréal métropolitain, 1984-1988 : Étude écologique des liens avec les conditions sociales, économiques et culturelles », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 20, n° 1, printemps 1991, p. 117-146.

CLAPP, R. « Environment and health: 4. Cancer », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 163, n° 8, 17 octobre 2000, p. 1009-1012.

CLÉMENT, M.E., et autres. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, 117 p. (Collection La santé et le bien-être)

COMITÉ D'ORIENTATION DU PROGRAMME DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE. *Programme public de services dentaires préventifs, révision 1990*, s.l., 1990, 30 p.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec en l'an 2000*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 21 p.

COMITÉ PROVINCIAL SUR LES INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE AU QUÉBEC. *Étude descriptive des intoxications involontaires au monoxyde de carbone au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 1997, 56 p. et annexes.

COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC. *Rapport sur l'utilisation d'un vaccin contre la varicelle au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2000, 84 p.

COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC. *Contrôle de l'hépatite B par immunisation au Québec*, décembre 1991.

COMMISSION DE COOPÉRATION ENVIRONNEMENTALE DE L'AMÉRIQUE DU NORD. *Document de référence pour le Symposium sur la santé des enfants et l'environnement en Amérique du Nord – Toronto (Canada), le 10 mai 2000*, s.l., Secrétariat de la Commission de coopération environnementale, 38 p.

COMMITTEE ON ENVIRONMENTAL HEALTH. « Toxic effects of indoor molds », *Pediatrics*, vol. 101, n° 4, avril 1998, p. 712-714.

CONLEY, J. « Controlling antibiotic resistance by quelling the epidemic overuse and misuse of antibiotic », *Le médecin de famille canadien*, vol. 44, 1998, p. 1769-1773.

DAVIS, B.R. « The principlism debate: A critical overview », *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 20, n° 1, 1995, p. 85-105.

DAVIS, J.R., et autres. « Intervention methods for chronic disease control », dans R.C. Brownson, P.L. Remington et J.R. Davis (sous la dir. de), *Chronic Disease Epidemiology and Control*, 2^e éd, Washington (District de Columbia), American Public Health Association, 1998, p. 77-116.

DELFINO, R.J., et autres. « Effect of air pollution on emergency room visits for respiratory illnesses in Montreal, Quebec », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 155, n° 2, février 1997, p. 568-576.

DELFINO, R.J., M.R. BECKLAKE et J.A. HANLEY. « The relationship of urgent hospital admissions for respiratory illnesses to photochemical air pollution levels in Montreal for population-based studies of air pollution », *Environmental Research*, vol. 67, n° 3, 1994, p. 1-19.

DELFINO, R.J., A.M. MURPHY-MOULTON et M.R. BECKLAKE. « Emergency room visits for respiratory illnesses among the elderly in Montreal: Association with low level ozone exposure », *Environmental Research*, vol. 76, 1998, p. 67-77.

DE WALIS, P. *Évaluation du coût et des avantages potentiels d'une campagne d'immunisation contre le méningocoque de sérotype C au Québec*, Sherbrooke, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 15 p.

DODD, R.Y. « Overview of infectious disease », dans J.V. Linden et C. Bianco (sous la dir. de), *Blood safety and surveillance*, New York, Marcel Dekker Inc., 2001, s.p.

DOLL, R., et R. PETO. «The causes of cancer», *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 66, n° 6, juin 1981, p. 1191-1308.

EASTERLING, D., et autres. *Promoting Health by Building Community Capacity: Evidence and Implications for Grantmakers*, Denver (Colorado), The Colorado Trust, 1998, 24 p.

ÉMOND, A., et L. GUYON. *L'enquête Santé Québec : Faits saillants 1987*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 45 p.

ÉMOND, V. *Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs*, s.l., Institut national de santé publique du Québec, 2002, 16 p.

FEIGHTNER, J.W. «Prévention de l'anémie ferriprive chez le nourrisson», dans Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, ministère des Approvisionnements et des Services Canada, 1994, p. 276-286.

FERLAND, G., et autres. «Personnes âgées», dans *Manuel de nutrition clinique*, Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec, 3^e éd., 2000, chap. 2.5.

FINE, M.J., et autres. «Prognosis and outcome of patients with community-acquired pneumonia: a meta-analysis», *The Journal of the American Medical Association*, vol. 275, 1996, p. 134-141.

FIRBANK, O., et J.P. FORTIN. *Dépistage de l'abus à l'endroit des personnes âgées : un programme de sensibilisation d'une communauté et de ses acteurs témoins*, Laval, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 1998, 59 p. et annexes.

FOURNIER, M.A., et J. PICHÉ. «Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 387-407. (Collection La santé et le bien-être)

GAGNON, C., et F. VITARO. «La prévention du trouble des conduites, avec centration sur les comportements violents», dans F. Vitaro et C. Gagnon (sous la dir. de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome II : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, p. 231-290.

GARIÉPY, C., et autres. *Épidémiologie et effets de l'infection par le virus du Nil occidental sur la santé humaine*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 86 p.

GOLDBERG, M., et autres. *Identifying Subgroups of the General Population That May Be Susceptible to Short-Term Increases in Particulate Air Pollution: A Time-Series Study in Montreal, Quebec*, Cambridge (Massachusetts), Health Effects Institute, Research Report 97, 2000, 113 p.

GOSELIN, C., R. CHOINIÈRE et R. WILKINS. «Désavantage lié à l'incapacité», dans J. Camirand et autres, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, p. 121-142.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Projet de loi n° 112 : Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2002, 13 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 90 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, 1995, 77 p.

GROUPE DE SURVEILLANCE PROVINCIALE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (SPIN). *Rapport de surveillance des bactériémies nosocomiales : Novembre 2000 à mai 2001 (SPIN-2)*, 2002.

GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LA LUTTE CONTRE L'ASTHME. *Prévention et prise en charge de l'asthme au Canada : Un défi de taille maintenant et à l'avenir*, Ottawa, Santé Canada, 2000, 65 p.

GRUPE D'ÉTUDE ET DE RÉFÉRENCE SUR LES IMPACTS DES CONDITIONS ET DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ – GÉRICOTS, *Rapport d'enquête*, Lille (France), Institut de médecine du travail du Nord de la France, 2000, 49 p.

GRUNDY, S.M., et autres. «Diabetes and cardiovascular disease: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association», *Circulation*, vol. 100, n° 10, 7 septembre 1999, p. 1134-1146.

GUASCHINO, S., et F. DE SETA. «Update on Chlamydia trachomatis», *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 900, 2000, p. 293-300.

GUTTMAN, N. *Public Health Communication Interventions: Values and Ethical Dilemmas*, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, 2000, 286 p.

GUYON, L., et L. DESJARDINS. «La consommation d'alcool et de drogues», dans *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*, 2000, volume 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 35-66. (Collection La santé et le bien-être)

HALEY, R.W., et autres. «The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals», *American Journal of Epidemiology*, vol. 121, n° 2, février 1985, p. 182-205.

HAMEL, D. *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 462 p.

HARVARD CENTER FOR CANCER PREVENTION. «Harvard report on cancer prevention – vol. 1: Causes of human cancer», *Cancer Causes and Control*, vol. 7, supplément 1, novembre 1996, p. S1-S9.

HEART AND STROKE FOUNDATION OF CANADA. *The Changing Face of Heart Disease and Stroke in Canada 2000*, Ottawa, Heart and Stroke Foundation of Canada, 1999, 107 p.

[<http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bcrdd/hdsc2000/pdf/card2ke.pdf>]

HELEY, S., C. LAROCHE et L. BHÉRER. «Analyse des services diagnostiques et de réadaptation prescrits et obtenus par des travailleurs dépistés pour surdité professionnelle», *Travail et santé*, vol. 15, n° 2, 1999, p. 8-12.

HIRIGOYEN, M.F. *Malaise dans le travail : Harcèlement moral – Démêler le vrai du faux*, Paris,  ditions La Découverte et Syros, 2001, 289 p.

HOLMES, K.K., et autres (sous la dir. de). *Sexually Transmitted Diseases*, 3^e  d, New York, McGraw-Hill, Health Professions Division, 1999.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les soins de santé au Canada 2001*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2001, 87 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2001*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, décembre 2001.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, 520 p. (Collection La santé et le bien-être)

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. «Santé mentale et adaptation sociale», dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 431-519. (Collection La santé et le bien-être)

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, 642 p. (Collection La santé et le bien-être)

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, L. DUCHESNE. *La situation démographique au Québec : Bilan 2000 – Les régions métropolitaines*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, 292 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, édition 2001, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 p.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA. *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2001*, Toronto (Canada), Institut national du cancer du Canada, 2001.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA. *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2000*, Toronto (Canada), Institut national du cancer du Canada, 2000.

JARVIS, W.R. « Selected aspects of the socioeconomic impact of nosocomial infections: Morbidity, mortality, cost, and prevention », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 17, n° 8, août 1996, p. 552-557.

JETTÉ, L. *Programme de surveillance du pneumocoque : Rapport annuel 2000*, s.l., Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 21 p.

KASS, N.E. « An ethics framework for public health », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 11, 2001, p. 1776-1782.

KING, N. *Impact des conditions de logement sur la santé publique : Recension des écrits et proposition d'une approche de santé publique*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000, 74 p.

KOH, H.K., et autres. « Skin cancer prevention and control », dans P. Greenwald, B.S. Kramer et D.L. Wed (sous la dir. de), *Cancer Prevention and Control*, New York, Marcel Dekker Inc., 1995, p. 537-545.

KUSHI, L.H., et S.B. FORESTER. « Diet and nutrition », dans R.C. Brownson, P.L. Remington et J.R. Davis (sous la dir. de), *Chronic Disease Epidemiology and Control*, 2^e éd., American Public Health Association, Washington (District de Columbia), 1998, p. 215-259.

LEDOUX, M., L. MONGEAU et M. RIVARD. « Poids et image corporelle », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 311-344. (Collection La santé et le bien-être)

LÉGARÉ, G., et autres. « Santé mentale », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 333-352. (Collection La santé et le bien-être)

LEVASSEUR, M. « Perception de l'état de santé », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 259-269. (Collection La santé et le bien-être)

LEVASSEUR, M., et L. GOULET. « Problèmes de santé », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 273-296. (Collection La santé et le bien-être)

LÉVESQUE, J.F., et V. DÉRY. *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*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001.

LOISELLE, J. *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000, volume 1*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, 123 p.

LOISELLE, J., et B. PERRON. *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000, volume 2*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, 95 p. (Collection La santé et le bien-être)

LORD, S.R., et autres. « Postural stability, falls and fractures in the elderly: results from the Dubbo Osteoporosis Epidemiology Study », *The Medical Journal of Australia*, vol. 160, n° 11, 1994, p. 684-691.

LOUCHINI, R., et autres. *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999*, Québec, Bureau de surveillance épidémiologique, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 279 p. (Collection Analyses et surveillance, n° 16)

LUUKINEN, H., et autres. « Social status, life changes, housing conditions, health, functional abilities and life-style as risk factors for recurrent falls among the home-dwelling elderly », *Public Health*, vol. 110, n° 2, 1996, p. 115-118.

MANDEL, G.L., J.E. BENNETT et R. DOLIN. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*, 5^e éd., Philadelphie (Pennsylvanie), Churchill Livingstone, 2000, 3263 p.

MANNETJE, A., et autres. « Occupation and bladder cancer in European women », *Cancer Causes and Control*, vol. 10, n° 3, juin 1999, p. 209-217.

MASSÉ, R. (en collaboration avec J. Saint-Arnaud). *Éthique et santé publique*, Québec et Bruxelles, Presses de l'Université Laval et De Boeck, à paraître.

MASSON, E., et E. GRIGNON. *Programme d'intervention visant le contrôle de l'herbe à poux et la réduction de la prévalence de la rhinite allergique saisonnière en Montérégie : Rapport d'activités*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1998, 76 p.

MAUREEN, P. *Occupational and Environmental Reproductive Hazards: A Guide for Clinicians*, Baltimore (Maryland), Williams and Wilkins, 1993, 436 p.

MCKENNA, M.T., et autres. «Current issues and challenges in chronic disease control», dans R.C. Brownson, P.L. Remington et J.R. Davis (sous la dir. de), *Chronic Disease Epidemiology and Control*, 2^e éd., American Public Health Association, Washington (District de Columbia), 1998, p. 1-26.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fichier des décès 1999*, compilations spéciales faites par Clermont Bouchard, octobre 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Hospitalisations de courte durée dans les installations de soins généraux et spécialisés (MED-ÉCHO), année 1998-1999*, Québec, Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les dépenses du réseau de la santé et des services sociaux par programme-clientèle 2000-2001*, Québec, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 221 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 4^e bilan*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 220 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois : indicateurs et tendances*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 265 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'allaitement maternel au Québec : lignes directrices*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 75 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 28 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : Orientations, axes d'intervention, actions*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 59 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 252 p. (Collection Analyses et surveillance, n^o 14).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Épidémiologie de la tuberculose, province de Québec, 1996-1999*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, étude non publiée.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 2^e bilan*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 203 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les traumatismes intentionnels : le suicide – Complément du chapitre 3 des Priorités nationales de santé publique, 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 11 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 392 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le bronzage artificiel au Québec : Bilan des connaissances et recommandations – Rapport du comité conjoint sur l'exposition aux rayons ultraviolets et le bronzage artificiel*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 83 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 43 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique, 1997-2002*, 2^e éd., Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (sous la coordination de G. Mercier et D. St-Laurent). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *La violence conjugale : Statistiques sur la violence conjugale 2000*, Québec, ministère de la Sécurité publique, 2001, 65 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *La volonté d'agir, la force de réussir : Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2002, 23 p.

MONGEAU, L., B. NOLIN et D. HAMEL. *Analyse des données de l'Enquête Santé Québec 1987 et des enquêtes sociales et de santé 1992-1993 et 1998*, Institut national de santé publique du Québec (étude non publiée).

MORISSETTE, P., N. DEDOBBELEER et M. ROJAS VIGER. « Consommation de substances psychoactives », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 211-229. (Collection La santé et le bien-être)

MOZURKEWICH, E., et autres. « Working conditions and adverse pregnancy outcome: A meta-analysis », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 95, n° 4, avril 2000, p. 623-635.

MULLAN, R.J., et L.I. MURTHY. « Occupational sentinel health events: An updated list for physician recognition and public health surveillance », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 19, 1991, p. 775-799.

MURRAY, C.J.L., et A.D. LOPEZ. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Cambridge (Massachusetts), Harvard School of Public Health, 1996, 990 p.

NOLIN, B., et autres. *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec, Les Publications du Québec, 2002, 137 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport mondial sur la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, 282 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998, 275 p.

OUELLETTE, S. *La problématique de malnutrition chez les personnes âgées : Résumé de la littérature scientifique*, Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec, 1999, 26 p.

PAGEAU, M., et M. FERLAND. *Portrait de santé : La région et ses territoires de CLSC*, Québec, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2002, 346 p.

PAMPALON, R., R. CHOINIÈRE et M. ROCHON. « L'espérance de santé au Québec », dans J. Camirand et autres, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, p. 399-414.

PAMPALON, R., et G. RAYMOND. « Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, n° 3, 2000, p. 113-122.

PAPILLON, M.J., et autres. « Consommation de médicaments », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 445-460. (Collection La santé et le bien-être)

- PARADIS, G., et autres. «Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires», dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 345-370. (Collection La santé et le bien-être)
- PARÉ, L., et M. LEVASSEUR. «Problèmes auditifs et problèmes visuels», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 297-305. (Collection La santé et le bien-être)
- PARENT, R. *Analyse des cas d'infection génitale à Chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile – 1997-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 15 p. et annexes, à paraître. (Collection Analyses et surveillance, n° 22)
- PAYETTE, H., et R. CYR. *Évaluation de l'état nutritionnel des bénéficiaires âgés des services d'aide à domicile : rapport de recherche*, Sherbrooke, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, 1992, 26 p.
- PLANTE, R., et autres. *Critères d'une intoxication et d'une exposition significative : Le plomb – Fichier des maladies à déclaration obligatoire*, Québec, Comité de santé environnementale du Québec, 1998, 16 p.
- PODNIKES, E., et autres. *Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada*, Toronto, Institut polytechnique Ryerson, 1990, 121 p.
- PRÉVOST, C., et L. JACQUES. *Décès par intoxication involontaire au monoxyde de carbone au Québec de 1989 à 1994*, Saint-Hubert (Québec), Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1997, 42 p.
- PROVENCHER, S., et L. DE GUIRE. *Étude des nouveaux cas de maladies professionnelles pulmonaires reliées à l'exposition à l'amiante au Québec de 1988 à 1997*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001, 101 p.
- Registre des événements démographiques du Québec*, Institut de la statistique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux (fichier des naissances).
- REIS, M., et D. NAHMIASH. *When Senior are Abused: A Guide to Intervention*, Toronto, Captus Press, 1995, 90 p.
- REMIS, R., P. LECLERC et A.C. VANDAL. *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1996*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 61 p.
- RHAINDS, M. (adapté de). «Rayonnement ultraviolet et cancer», dans *L'oncogénèse environnementale au Québec*, Québec, Comité de santé environnementale, 1996, p. 14-28.
- ROBICHAUD, J.B., et autres. *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : De l'exclusion à l'équité*, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin éditeur et Comité de la santé mentale du Québec, 1994, 270 p.
- ROBILLARD, P., E. ROY et S. VENNE. *Recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 24 p.
- ROBITAILLE, Y., et autres. «Accidents avec blessures», dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 313-332. (Collection La santé et le bien-être)
- ROCHON, M. *Taux de grossesse à l'adolescence, Québec, 1980 à 1995, régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âge*, Québec, Service de la recherche, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 38 p.
- RUTHAZER, R., et L.A. LIPSITZ. «Antidepressants and falls among elderly people in long-term care», *American Journal of Public Health*, vol. 83, n° 5, 1^{er} mai 1993, p. 746-749.
- SAMUEL, O. *Critères d'une intoxication et d'une exposition significative : Insecticides organophosphorés et carbonates – Fichier des maladies à déclaration obligatoire*, Québec, Comité de santé environnementale du Québec, 1999, 15 p. et annexes.
- SANTÉ CANADA. *Canadian Strategy for Cancer Control: Draft synthesis report*, Ottawa, Santé Canada, 2001, 64 p.
- SANTÉ CANADA. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada : Résultats pour la première moitié de l'année 2001 – février à juin 2001*, Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation de la lutte contre le cancer, Santé Canada, 2001.
- SANTÉ CANADA. *Les maladies respiratoires au Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2001, 102 p.

SANTÉ CANADA. *Le diabète au Canada : Statistiques nationales et possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte*, Ottawa, Santé Canada, 1999, 75 p.

SANTÉ CANADA et LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE MALADIES INFECTIEUSES. «Le contrôle de la résistance aux antimicrobiens : Plan d'action intégré pour la population canadienne», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 23S7, novembre 1997, p. 1-32.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA et LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE. «Conférence canadienne de concertation sur la grippe», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 19, 1993, p. 136-146.

SANTÉ QUÉBEC et L. BERTRAND (sous la dir. de). *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux? Rapport de l'Enquête québécoise sur la nutrition, 1990*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, 317 p.

SCHABAS, R. *Groupe d'experts sur l'épidémiologie de l'hépatite C : Rapport sur la réunion tenue les 17 et 18 juin 1998*, Ottawa, Santé Canada, 1998, 58 p.

SCHAEFER, C., et L. MONGEAU. *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids : Éléments d'une problématique et réflexions pour l'action*, Montréal, Le collectif action alternative en obésité, 2000, 85 p.

SIMARD, R. *Bilan de situation concernant l'exposition à l'amiante dans l'industrie de la transformation de Montréal-Centre*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998, 15 p. et annexes.

SIMONATO, L., et autres. «Lung cancer and cigarette smoking in Europe: An update of risk estimates and an assessment of inter-country heterogeneity», *International Journal of Cancer*, vol. 91, n° 6, 15 mars 2001, p. 876-887.

Site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, avril 2002. [www.msss.gouv.qc.ca]

Site Internet du Premier ministre, catégorie Grands dossiers, sous-catégorie Finances publiques, 2002. [www.premier.gouv.qc.ca]

SMEDLEY, B.D., et S.L. SYME (sous la dir. de). *Promoting Health: Intervention Strategies From Social and Behavioral Research*, Washington (District de Columbia), National Academy Press, 2000, 508 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUES ET DE LOGEMENT. *Guide d'assainissement de l'air : Comment cerner et régler les problèmes de qualité de l'air de votre habitation*, édition révisée, Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 1998, 34 p.

TARDIE, J.M., et autres. *Bruit et surdité professionnelle, document de réflexion sur les orientations provinciales du réseau de la santé et des services sociaux*, Comité de coordination en santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 31 p.

TENENHOUSE, A., et autres. «Estimation of the prevalence of low bone density in Canadian women and men using a population specific DXA reference standard: The Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos)», *Osteoporosis International*, vol. 11, n° 10, 2000, p. 897-904.

THEORELL, T. «How to deal with stress in organization? – A health perspective on theory and practice», *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, numéro spécial, vol. 25, n° 6, 1999, p. S616-S624.

TMS, troubles musculo-squelettiques. Ça coûte cher à tout le monde!, feuillet d'information, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, août 2002, 2 p.

TRICKEY, F., et autres. *Évaluation du Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D.) pour la prévention des chutes chez les aînés*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999, 141 p.

TURCOT, J. *Bilan des cas d'asthme professionnel indemnisés par la CSST de 1988 à 1996*, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, 1998, 7 p.

TURCOT, J., et autres. *Surveillance médicale des travailleurs exposés au styrène*, Québec, Comité provincial en santé au travail, 1998, 10 p.

TURCOTTE, F., et autres. *Rapport du Comité aviseur sur les examens auditifs en milieu de travail*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 1995, 49 p.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Oral Health in America: A report of the Surgeon General*, Rockville (Maryland), U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000, 332 p.

VARUGHESE, P.V. «Rage et prophylaxie postexposition au Canada, 1986», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, vol. 14, 1988, p. 89-94.

VÉZINA, M., et autres. «Violence physique et intimidation au travail dans les pays de l'Union Européenne», Actes du 2^e Colloque international de psychodynamique et de psychopathologie du travail, Paris, Laboratoire de psychologie du travail du CNAM, 1999, p. 243-254.

VÉZINA, M., et R. BOURBONNAIS. «Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale», dans *Portrait social du Québec : Données et analyses*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, p. 279-287. (Collection Les conditions de vie)

VINEIS, P., et L. SIMONATO. «Proportion of lung and bladder cancers in males resulting from occupation: A systematic approach», *Archives of Environmental Health*, vol. 46, n° 1, 1991, p. 6-15.

VITARO, E., et C. GAGNON (sous la dir. de). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome I : Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, 535 p.

VITARO, E., et C. GAGNON (sous la dir. de). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome II : Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, 616 p.

WENZEL, R.P., et autres. «Control of communicable diseases», dans R.B. Wallace, B.N. Doebbeling (sous la dir. de), *Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine*, 14^e éd., chap. 6, Stamford (Connecticut), Appleton & Lange, 1998, p. 69-87.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines for Air Quality*, Genève, World Health Organization, 1999, 143 p. et annexes.

ZUSSMAN, R. «The contributions of sociology to medical ethics», *The Hastings Center Report*, vol. 30, n° 1, 2000, p. 7-11.

Le Programme national de santé publique définit les activités à mettre en œuvre au cours des dix prochaines années afin d'agir sur les déterminants qui influencent la santé dans ses dimensions physique et psychosociale. Il permet de préciser, du même coup, l'ensemble des services de santé publique communs à toutes les régions et à tous les territoires de CLSC du Québec.

Les activités du programme sont fondées sur les fonctions de santé publique. Elles s'inscrivent à l'intérieur de différentes stratégies axées sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et couvrent tout le champ d'action de la santé publique.