Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec

Produire la santé

Québec

Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec

Produire la santé

Santé et Services sociaux Québec

Le *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec Produire la santé* a été élaboré par la Direction du programme de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, sous la direction de :

Alain Poirier, M.D., directeur national de santé publique
Marc-André Maranda, directeur, Direction du programme de santé publique

Coordination des travaux et rédaction

Marthe Hamel

Équipe de rédaction

Mathe Hamel
Geneviève Hamel
Christine Pakenham
Marie Rochette
Hervé Anctil (consultant en politiques publiques)

Conseillère sur l'ensemble des travaux

Isabelle Laporte

Secrétariat

Hélène Piché
Andrée Hurteau
Hélène Gignac

Révision linguistique

Marie-France LeBlanc

Nous tenons aussi à remercier de nombreuses personnes qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport. La liste de ces personnes est présentée à la fin du document.

Conception et réalisation graphique

R.Design inc.

Édition produite par

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

Le présent 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.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Bibliothèque nationale du Canada, 2005
ISBN 2-550-44040-4

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

© Gouvernement du Québec, 2005

Mot du ministre

Quand on demande aux gens ce qui est le plus important dans leur vie, la réponse que l'on obtient le plus spontanément est « une bonne santé », que l'on associe sans doute, plus ou moins consciemment, à un état de bonheur. Évidemment, conserver une parfaite santé, exempte de tout problème physique ou psychosocial, est un objectif que bien peu d'entre nous peuvent se vanter d'atteindre. Il reste que, comme individus, comme collectivités et comme société, nous sommes en mesure de poser des gestes pour éviter une foule de problèmes.

Dans son rapport, le directeur national de santé publique fournit précisément des clés pour que la population québécoise puisse jouir d'une meilleure santé, en décrivant les problèmes évitables les plus criants auxquels elle doit faire face et, surtout, en expliquant comment mieux les prévenir. Ce qui est frappant à la lecture du rapport du docteur Alain Poirier, c'est que les moyens d'action pour prévenir ces problèmes ne se trouvent pas surtout dans le système de soins, mais qu'ils concernent sans doute davantage l'ensemble des secteurs d'activité de notre société. Dans bien des cas, une action concertée et bien organisée, axée sur quelques facteurs, aura des répercussions à la fois substantielles et durables sur notre santé à tous.

C'est donc une nouvelle façon de voir la santé, perçue comme une responsabilité partagée par les personnes, les collectivités et la société dans son ensemble, que nous propose le présent rapport. Les actions qui y sont décrites, si elles se réalisent, pourront éventuellement améliorer la santé de chaque Québécoise et de chaque Québécois. Comme membre du gouvernement chargé de tirer le meilleur parti possible de ressources rares, je ne peux m'empêcher de remarquer qu'une meilleure prévention pourrait, à long terme, contribuer à alléger la pression qui s'exerce sur notre système de services de santé et de services sociaux, procurant à celui-ci une marge de manœuvre dont tous reconnaissent la nécessité.

Bonne lecture !

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

Philippe Couillard

Avant-propos

En 2001, le gouvernement du Québec a adopté un nouveau cadre législatif en matière de santé publique : la *Loi sur la santé publique*. La protection de la santé de la population et la mise en place des conditions qui favorisent le maintien et l'amélioration de son état de santé en constituent l'objet principal. La Loi établit différents moyens de suivre l'évolution de l'état de santé de la population et de diffuser l'information qui en découle, dont la production d'un rapport national, responsabilité qui revient au directeur national de santé publique.

C'est donc avec plaisir que je vous soumets le premier rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Dans ce rapport, il m'est apparu pertinent de dresser le portrait de la société québécoise en matière de santé. Quels sont les problèmes de santé évitables ? Quels sont les moyens mis à notre disposition pour les prévenir ? Quelles sont nos responsabilités comme individus, comme communautés et comme société dans la mise en œuvre de ces moyens préventifs ?

Je suis persuadé que ce premier rapport national constituera un outil précieux pour une meilleure compréhension des déterminants des principaux problèmes de santé et stimulera les débats autour des grands moyens d'améliorer la santé de la population québécoise. Mais par-dessus tout, je souhaite que ce premier rapport puisse être un élément suscitant la mobilisation de tous à l'égard d'un objectif commun : celui de *Produire la santé*.

Alain Poirier
Directeur national de santé publique

Produire la santé

L'état de santé de la population québécoise s'est beaucoup amélioré au cours des dernières décennies. Plusieurs problèmes continuent toutefois de faire des ravages. Bon nombre de ces problèmes sont évitables : ils sont associés à des facteurs communs sur lesquels il est possible d'agir. Les moyens d'action ne sont pas tous au sein du système de services de santé et de services sociaux. En fait, un simple examen rappelle une évidence que l'on a parfois tendance à oublier : l'amélioration de la santé est un objectif auquel tous peuvent et doivent contribuer.

Les grands maux

Au Québec, comme partout ailleurs dans le monde, les problèmes de santé changent au fil des ans. Alors que certains sont éliminés, ou presque, de nouveaux apparaissent et d'anciens refont surface.

Les maladies infectieuses

Pendant longtemps, les maladies infectieuses ont constitué la principale menace à la santé. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Des vaccins permettent de prévenir ou de contrôler plusieurs infections. De nouveaux traitements existent également. Toutefois, on craint une nouvelle pandémie d'influenza. De plus, l'évolution des bactéries résistantes à plusieurs antibiotiques ne doit pas être prise à la légère. Il est important de réviser les pratiques professionnelles quant à la prescription d'antibiotiques et de voir au respect des règles d'hygiène et de salubrité dans les établissements de soins. Les mêmes règles s'appliquent pour prévenir les infections nosocomiales qui, bien qu'elles ne soient pas nouvelles, ont pris de l'ampleur récemment. De nouvelles infections apparaissent, comme le syndrome respiratoire aigu sévère et le virus du Nil occidental ; on ne connaît pour l'instant ni vaccin ni traitement pour ces infections. La propagation des maladies infectieuses tout comme leur émergence et leur résurgence sont associées à divers facteurs qui relèvent des caractéristiques et des comportements individuels, de la qualité de l'environnement physique, économique et social ainsi que de l'organisation des services de santé. Toujours, la vigilance s'impose.

Les maladies chroniques

Les maladies chroniques se développent lentement, se prolongent dans le temps, sont souvent incurables et entraînent une incapacité. Surtout, elles font beaucoup de victimes. Quatre maladies chroniques sont responsables de plus de 70 % des décès au Québec chaque année, soit, dans l'ordre : les cancers, les maladies cardiovasculaires (MCV), les maladies respiratoires et le diabète. Au cours des 50 dernières années, les décès attribuables aux cancers ont continuellement augmenté, tandis que ceux associés aux MCV ont régressé. L'obésité, pour sa part, a connu une augmentation de 56 % chez les adultes depuis 1987 ; en 2003, 14 % de la population pouvait être considérée comme obèse. Les déterminants des maladies chroniques

sont nombreux. L'âge, le sexe et l'hérédité comptent parmi ceux sur lesquels on ne peut pas intervenir. Mais l'on peut exercer une influence sur le mode de vie et l'environnement. On sait qu'une alimentation inadéquate, la sédentarité et le tabagisme, si on leur ajoute la consommation excessive d'alcool, sont en cause dans les décès liés aux maladies chroniques, dans des proportions pouvant aller jusqu'à 80 %. Les liens sont également évidents entre la qualité de l'environnement et plusieurs maladies chroniques, en particulier certains cancers et les maladies respiratoires.

Les traumatismes non intentionnels

Au Québec, les traumatismes non intentionnels causent un décès toutes les cinq heures et une hospitalisation toutes les dix minutes. Les traumatismes non intentionnels surviennent sur la route, à domicile ou encore lors d'activités récréatives ou sportives. Les traumatismes routiers constituent la première cause de mortalité par traumatismes non intentionnels et ils sont suivis de près par les chutes involontaires qui surviennent surtout chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Selon les statistiques, les jeunes et les personnes les plus pauvres risquent davantage de mourir à la suite d'un traumatisme non intentionnel. En effet, plus du tiers des personnes qui décèdent ont moins de 45 ans, les traumatismes non intentionnels représentent la première cause de mortalité chez les 5-14 ans et le taux de décès attribuable à ce type de traumatisme est une fois et demie supérieur chez les personnes défavorisées. Les facteurs liés aux traumatismes non intentionnels sont associés à l'environnement et aux comportements individuels. Parmi les facteurs environnementaux, mentionnons l'aménagement routier déficient, l'absence de dispositifs de sécurité (avertisseur de fumée, détecteur de monoxyde de carbone, etc.), l'entretien inadéquat des installations, etc. Les facteurs reliés aux comportements sont la conduite avec facultés affaiblies, la vitesse excessive, les comportements dangereux dans les sports, etc. Dans le cas des chutes survenant à domicile, il faut aussi invoquer les caractéristiques physiques comme la faiblesse musculaire et les troubles visuels.

Les problèmes de développement et d'adaptation sociale des jeunes

Quatre grandes catégories de problèmes affectent les jeunes : les problèmes de développement physique ; le retard de développement et l'échec scolaire ; les troubles du comportement et la délinquance ; les mauvais traitements. Environ 5,5 % des enfants naissent avec un poids insuffisant, et 8 % présentent un retard de croissance intra-utérine. Plus tard, à deux ans et demi, un enfant sur cinq présente un retard de développement cognitif. On sait que les enfants qui accusent un retard de développement en bas âge risquent, plus que les autres enfants, de connaître des problèmes d'adaptation et d'apprentissage plus tard, à la garderie ou à l'école.

Chaque année, 6 % des enfants subissent de la violence physique grave. De plus, près de 10 000 enfants doivent être pris en charge par la Direction de la protection de la jeunesse : la moitié pour cause de négligence, près du quart parce qu'ils manifestent des troubles du comportement ou parce qu'ils ont été abandonnés, le reste parce qu'ils sont victimes d'abus physique ou sexuel.

Les enfants des milieux pauvres sont surreprésentés, et ce, pour tous les types de problèmes : naissance prématurée ou naissance avec un poids insuffisant, mauvais traitements, décrochage scolaire. De plus, les problèmes de développement et d'adaptation sociale des jeunes sont attribuables à différents facteurs sociaux et culturels ainsi qu'aux caractéristiques des parents, notamment la façon dont ils éduquent leurs enfants, et des jeunes eux-mêmes.

La violence, les troubles mentaux et le suicide

La violence, les troubles mentaux et le suicide tuent peut-être moins que les problèmes physiques, mais ils font autant de ravages. La violence conjugale et les agressions sexuelles comptent parmi les situations de violence les plus fréquentes. Les jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans sont les plus touchées par toutes les formes de violence faite aux femmes.

Une personne sur cinq connaîtra à un moment ou l'autre de son existence un problème de santé mentale. Les problèmes qui sont les plus courants et que l'on peut prévenir sont les troubles anxieux et la dépression. Les difficultés éprouvées face à la vie sociale et au travail peuvent menacer la santé mentale.

Le Québec est l'une des sociétés où l'on se suicide le plus. Ce sont avant tout les hommes qui se suicident. Depuis 25 ans, le taux de suicide est passé de 14,8 par 100 000 habitants à 17,8. Une proportion élevée de personnes qui se sont suicidées présentaient un trouble mental, le plus souvent une dépression. Parmi les autres facteurs connus, on note l'environnement familial et social ainsi que des événements stressants comme une rupture amoureuse ou une perte d'emploi.

Le rôle des services de santé et des services sociaux

Pour trouver une solution aux problèmes de santé évitables, on se tourne naturellement vers le système de services de santé et de services sociaux. Quel rôle joue donc ce système dans l'amélioration de la santé de la population, quelles sont ses possibilités et ses limites ?

Le système de services de santé et de services sociaux joue un rôle majeur pour la collectivité. Il protège tous les individus, sans distinction, contre les risques financiers liés à la maladie et aux problèmes sociaux. Il soulage la douleur et la souffrance. Il contribue à une plus grande équité sociale. Au fil des ans, la population attend toujours plus du système. Aujourd'hui, il remplit trois grandes fonctions : prévenir, traiter et soutenir. La façon dont le système s'acquitte de ces fonctions a un impact sur l'amélioration de la santé de la population. Toutefois, les gains en santé viendront surtout de la prévention. C'est pourquoi, outre les responsabilités reliées à ses grandes fonctions, le secteur de la santé et des services sociaux a également celle de faire émerger et converger les efforts en prévention.

Pour remplir les responsabilités qui lui incombent, le système dispose de deux grands moyens : une organisation de services offerts sur tout le territoire et des leviers d'action en santé publique.

Relativement à l'organisation des services, trois grands objectifs permettront d'optimiser la contribution du système de services de santé et de services sociaux à l'amélioration de la santé, soit :

- améliorer l'accessibilité aux services et leur continuité, en misant tout particulièrement sur la consolidation des services de première ligne ;
- intensifier la prévention au sein du système de services ;
- soutenir l'excellence des pratiques professionnelles.

Par ailleurs, le secteur de la santé et des services sociaux doit aussi sensibiliser les autres secteurs d'activité de la société à l'importance de leur contribution à l'amélioration de la santé de la population et les soutenir dans leurs efforts. Il s'acquittera de cette responsabilité en faisant appel, de façon particulière, aux leviers dont il dispose en santé publique. La *Loi sur la santé publique* et le *Programme national de santé publique 2003-2012* constituent, à cet égard, des outils essentiels.

Le système peut agir ; son action est essentielle. Mais elle demeure partielle et limitée. Pour une action qui porte en faveur de la santé, tous les acteurs sociaux doivent conjuguer leurs efforts en vue d'améliorer les conditions de vie, de préserver l'environnement et de promouvoir l'adoption d'habitudes de vie saines.

Les grands moyens

Les moyens d'agir sur les principaux déterminants communs des problèmes de santé évitables se trouvent essentiellement à l'extérieur du système de services de santé et de services sociaux ; ils concernent tous les secteurs de la société. Les principaux moyens intersectoriels susceptibles d'influencer les déterminants communs doivent viser les buts suivants : réduire la pauvreté et les inégalités, préserver l'environnement physique, appuyer le développement de communautés solidaires, soutenir l'adoption de saines habitudes de vie et soutenir le développement des enfants et des jeunes.

Une société plus juste, une population en meilleure santé

Les conditions socioéconomiques ont une influence déterminante sur la santé. Dans toutes les sociétés, les plus pauvres risquent davantage d'être exposés aux maladies, d'être atteints plus jeunes d'une maladie et de mourir plus tôt. Plus encore, on sait que les écarts de santé suivent la hiérarchie sociale, c'est-à-dire que les différences se remarquent d'un échelon à l'autre, et non seulement aux extrêmes.

Pour être efficace, la lutte à la pauvreté et aux inégalités doit se dérouler sur plusieurs fronts, en particulier ceux du revenu, de l'emploi et de la scolarité. C'est là l'esprit de la loi et de la stratégie axées sur la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale ainsi que du plan d'action adopté par le gouvernement, plan dont la mise en œuvre est d'ailleurs amorcée. Il sera essentiel d'exercer un suivi serré de ce plan et d'évaluer l'impact des différentes mesures. De plus, il faudra le compléter et l'appuyer par des objectifs de long terme. Par ailleurs, tous les ministères et organismes publics ainsi que l'ensemble des acteurs sociaux doivent se mobiliser pour lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales. Un tel projet social ne pourra que permettre aux individus, aux familles et aux communautés d'être en meilleure santé et de vivre mieux. La société ne pourra également qu'être plus solidaire et davantage productive.

L'habitat : aménager un environnement sain

L'amélioration de la santé de la population passe nécessairement par l'amélioration de l'environnement. Il faut donc se préoccuper de tous les éléments qui influencent directement la qualité des milieux de vie : la gestion des ressources, la façon d'occuper le territoire, les modes de production de biens et services. Actuellement, la performance environnementale du Québec se compare avantageusement à celle des autres provinces canadiennes en ce qui a trait aux émissions de polluants atmosphériques, grâce à l'hydroélectricité. De même, l'utilisation de produits chimiques et de pesticides est de mieux en mieux réglementée. Toutefois, l'augmentation de la pollution attribuable au transport routier est préoccupante. Les efforts doivent être constants pour maintenir et améliorer la qualité de l'eau du fleuve Saint-Laurent, des rivières et des lacs.

Le *Plan de développement durable du Québec* constitue un pas important de la part du gouvernement. Mais le développement durable suppose aussi l'engagement de tous : les producteurs de biens et services, qui verront à adopter des modes de production davantage écoefficients (réduction de la dépense énergétique, limitation de la dispersion de produits

toxiques, protection de l'eau et de la forêt, réduction des emballages superflus, etc.) ; les municipalités, qui se donneront une politique de gestion rationnelle des déchets et des plans d'aménagement urbain qui permettront de restreindre les déplacements en automobile ; les consommateurs, qui verront à diminuer leur consommation d'énergie et à réviser leur façon d'utiliser les ressources.

Des communautés solidaires : bien vivre ensemble

La santé ne dépend pas seulement de caractéristiques physiques ou biologiques. Les facteurs psychologiques et sociaux se révèlent tout aussi déterminants. Deux notions centrales permettent de mieux comprendre l'influence de ces facteurs : le soutien social et la cohésion sociale. Le soutien social désigne l'interaction entre deux personnes, l'une apportant à l'autre diverses formes d'appréciation ou de reconnaissance, de l'aide concrète, de l'information ou encore de l'accompagnement. Quant à la cohésion sociale, elle réfère à la volonté des membres de la société ou d'une communauté de coopérer dans le but de prospérer. Elle suppose l'adhésion à des valeurs communes. Le soutien social et la cohésion sociale favorisent l'*empowerment* individuel et collectif ainsi que la concertation.

L'État a un rôle important à jouer pour favoriser le soutien social et la cohésion sociale. Il peut en particulier adopter des politiques favorables, promouvoir la participation civique et l'éducation à la participation, multiplier les occasions pour tous les citoyens de participer à la vie de leur communauté et, enfin, recourir à des techniques novatrices qui favorisent la participation aux institutions (panel de citoyens, jury de citoyens, scrutin délibératif). Les communautés plus vulnérables doivent recevoir une attention particulière.

L'individu : rendre les choix sains plus faciles

Les liens entre la santé et de saines habitudes de vie sont bien connus. Une alimentation inadéquate, la sédentarité et le tabagisme, si on leur ajoute une consommation excessive d'alcool, sont en cause dans environ 40 % de tous les décès. Aujourd'hui, les Québécois mangent mieux et fument beaucoup moins. Toutefois, ils sont moins actifs que les autres Canadiens.

Les campagnes pour faire la promotion de saines habitudes de vie sont certes essentielles. Mais la tâche la plus importante est de modifier l'environnement afin de rendre les choix sains plus simples : en favorisant l'accès à des produits sains dans les machines distributrices ; en aménageant des cours d'école pour permettre davantage la pratique de l'activité physique ; en déterminant des trajets sécuritaires pour les déplacements à pied ou à vélo ; en créant des infrastructures et en élaborant des programmes afin de favoriser l'activité physique dans les villes et villages. Il faut tirer des leçons de la lutte au tabagisme pour endiguer une nouvelle épidémie appréhendée : l'obésité. Pour que les actions portent, il faut, comme le préconise l'Organisation mondiale de la santé, adopter une approche globale et multidimensionnelle qui repose sur la collaboration des partenaires des différents secteurs d'activité.

Une base solide : soutenir le développement des enfants et des jeunes

L'enfance et l'adolescence constituent des périodes d'acquisitions majeures au cours desquelles la sensibilité à l'environnement économique, physique et social est maximale. Pour cette raison, le soutien au développement et à l'adaptation sociale des enfants et des adolescents s'impose comme moyen privilégié d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé. Les objectifs énoncés dans la politique familiale du Québec indiquent la voie à suivre pour mieux soutenir

le développement des enfants et des jeunes. Ce sont : maintenir un soutien universel aux familles, assurer une aide accrue aux familles à faible revenu, faciliter la conciliation travail-famille et viser l'égalité des chances. Ces objectifs se sont déjà traduits par diverses mesures.

Pour l'avenir, il faut intensifier l'action, notamment : en adoptant des politiques publiques qui assurent de meilleures conditions de vie pour toutes les familles ; en poursuivant l'amélioration des services de garde et en veillant à la qualité des services éducatifs offerts en garderie ; en soutenant la mise en œuvre de projets selon l'approche École en santé ; en appuyant le développement de communautés conviviales et accueillantes pour les enfants, les adolescents et leur famille. Enfin, un grand objectif social doit guider toutes les interventions : prévenir l'apparition de problèmes et réduire les inégalités chez les enfants québécois.

La nature des problèmes qui affectent le plus la santé de la population québécoise a beaucoup changé au fil des ans. Mais plusieurs problèmes d'aujourd'hui sont évitables, et les moyens d'action sont à notre portée. Toutefois, on ne peut agir isolément, et les actions ne peuvent être unidimensionnelles. Il serait également vain de travailler à trouver la panacée, le remède miracle qui guérirait tous les maux. Non, les moyens d'action relèvent plutôt de l'environnement économique, physique et social, des politiques publiques, des gestes de solidarité, etc. Ils se trouvent exactement là, pas ailleurs.

Table des matières

Liste des sigles et des acronymes 15

Introduction 17

I. Les grands maux 19

Encore et toujours : les maladies infectieuses 23

Le mal du siècle : les maladies chroniques 29

Les blessures accidentelles : prévisibles ! 37

Mauvais départ : les problèmes de développement et d'adaptation sociale des jeunes 43

Quand la tête et le cœur sont touchés : la violence, les troubles mentaux et le suicide 51

II. Le rôle des services de santé et des services sociaux 57

III. Les grands moyens 69

Une société plus juste, une population en meilleure santé 73

L'habitat : aménager un environnement sain 81

Des communautés solidaires : bien vivre ensemble 93

L'individu : rendre les choix sains plus faciles 103

Une base solide : soutenir le développement des enfants et des jeunes 111

Conclusion 117

Liste des collaborateurs et collaboratrices 119

Liste des sigles et acronymes

ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
VNO	Virus du Nil occidental
OMS	Organisation mondiale de la santé
MCV	Maladies cardiovasculaires
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
GMF	Groupe de médecine de famille
Coefficient Gini	Coefficient d'iniquité globale

Introduction

Les Québécois peuvent aujourd'hui espérer vivre plus longtemps que les générations précédentes, et plus longtemps en bonne santé. Leur bilan de santé s'est amélioré au cours des dernières décennies. Individuellement, chacun se préoccupe davantage de sa propre santé et de celle de ses proches. Collectivement, la société consacre toujours plus de ressources aux services et aux activités destinés non seulement à protéger la santé, mais aussi à prévenir les problèmes et, de façon générale, à améliorer les déterminants de ces problèmes.

La façon de concevoir la santé aussi a changé. La santé a longtemps été perçue comme la simple absence de maladie. Maintenant, selon l'article 1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, elle est définie comme « [...] la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer, d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie »[1]. La santé n'est donc plus considérée comme un état statique. En outre, elle n'est plus limitée à la seule dimension physique, mais englobe aussi les aspects psychosociaux.

Cet élargissement de perspective est explicable en grande partie par l'essor fulgurant que les sciences de la santé et les sciences sociales ont connu au cours du dernier demi-siècle. Les avancées scientifiques ont permis de toujours mieux comprendre la nature complexe des problèmes. Elles ont aussi permis de lutter plus efficacement contre la maladie et de mieux contrôler plusieurs maladies infectieuses. Les outils diagnostiques, tout comme les traitements, se sont constamment améliorés. De même, les soins et le soutien aux personnes affectées par une maladie ou une incapacité ont pris des formes nouvelles pour se déplacer dans le milieu de vie. Enfin, les moyens de prévention se sont améliorés et accentués en même temps que voyait le jour une nouvelle conception de la santé et que les connaissances continuaient d'évoluer.

Pourtant, aujourd'hui, pendant que des maladies disparaissent, d'autres sont de plus en plus fréquentes : les maladies chroniques en particulier, mais aussi les problèmes psychosociaux, les problèmes de développement et les troubles mentaux. La maladie et la mort continuent de frapper prématurément. Il peut s'agir, par exemple, du décès par infarctus d'un homme âgé d'à peine 45 ans, de la perte d'autonomie d'une femme âgée, en très bonne forme jusque-là, à la suite d'une mauvaise chute ou, encore, du suicide d'un jeune de 15 ans. Ces événements, et combien d'autres, sont beaucoup trop nombreux, et la plupart d'entre eux pourraient être évités.

Les Québécois peuvent donc encore améliorer leur bilan de santé, vivre mieux et plus longtemps. Les facteurs à l'origine des grands problèmes sont bien connus, et il est possible d'agir sur ces facteurs pour éviter ces problèmes ou retarder leur apparition.

Toutefois, les solutions ne sont pas simples. Pour l'essentiel, elles ne se trouvent pas non plus au sein du système de services de santé et de services sociaux, dans l'amélioration des traitements et des soins, par exemple. Non pas qu'il faille minimiser ces éléments auxquels l'État doit consacrer beaucoup de ressources. Mais pour améliorer de façon sensible la santé de la population, il faut plutôt chercher les solutions dans les conditions de vie, l'environnement, les

communautés, les habitudes de vie et les comportements, bref dans tout ce qui contribue à produire la santé, de manière efficace et durable. Ne pas emprunter cette voie, c'est rester confiné au traitement des conséquences. Ce n'est certainement pas le choix que souhaitent faire les Québécois.

Ce premier rapport du directeur national de santé publique répond donc à deux grandes questions fondamentales : quels grands problèmes évitables affectent le plus la population québécoise ? Comment prévenir ces problèmes ?

La première section décrit les grands maux évitables qui affectent la population et leur ampleur. Ces problèmes sont présentés selon un ordre déterminé par l'importance que la société leur a accordée au fil des ans. On trouvera donc les maladies infectieuses, les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels, les problèmes de développement et d'adaptation sociale qui touchent les enfants et les adolescents ainsi que les problèmes psychosociaux des adultes et le suicide. Pour chaque problème sont donnés les déterminants qui en sont à l'origine : les facteurs biologiques et génétiques, les comportements individuels, l'environnement physique, économique ou social et l'organisation des services de santé et des services sociaux.

La deuxième section expose la façon dont le système de santé et de services sociaux peut contribuer à l'amélioration de la santé. À la base, le système de services doit offrir à tous les citoyens, sans distinction, une protection contre les risques financiers liés à la maladie ou aux problèmes. Mais, au-delà de cette protection offerte aux individus, le système contribue à l'amélioration générale de la santé de la collectivité. Pour ce faire, il doit remplir le plus efficacement possible trois grandes fonctions, soit prévenir, traiter et soutenir. Enfin, il doit utiliser tous les leviers possibles afin de mobiliser l'ensemble des acteurs sociaux en faveur de la santé.

La troisième section répond à la question centrale, qui constitue la trame de fond de ce rapport : quels choix sociaux offrent les meilleures possibilités aux individus, aux communautés et à la société de prévenir les grands problèmes et, plus largement, de maintenir et d'améliorer leur santé ? Les grands moyens retenus pour mieux prévenir les problèmes évitables portent sur les objectifs suivants : la réduction des disparités sociales et la lutte à la pauvreté, l'amélioration de la qualité de l'environnement physique, le développement de communautés solidaires, l'adoption d'habitudes de vie qui favorisent la santé et le développement optimal des enfants et des jeunes.

Les solutions proposées dans ce rapport ne sont pas simples à appliquer. D'abord, parce qu'elles doivent reposer sur un large consensus social, ensuite parce qu'elles exigent un effort collectif important. Elles passent nécessairement par la solidarité. Mais n'est-ce pas là une voie obligée pour édifier une société en meilleure santé, et une société meilleure.

1. QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux : LRQ, chapitre S-4.2, à jour au 1er décembre 2004*, www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/home.php, consulté le 2 février 2004.

Section I

Les grands maux

Section I

Les grands maux

Au Québec, comme partout ailleurs dans le monde, la santé de la population a considérablement évolué au fil des ans. Ce qui frappe, c'est l'évolution des causes de mortalité. Jusqu'à la fin du XVII[e] siècle, ce sont les maladies infectieuses qui étaient les principales causes de mortalité. Aujourd'hui, ce sont les maladies chroniques, comme les cancers et les maladies cardiovasculaires (MCV). Mais ce qui frappe surtout, c'est l'augmentation prodigieuse de la longévité. Un enfant qui naît aujourd'hui peut espérer vivre plusieurs années de plus que ses grands-parents, nés au milieu du siècle dernier. Cette augmentation de la longévité est associée, notamment, à la diminution extraordinaire de la mortalité infantile : alors que 1 enfant canadien sur 7 mourait avant son premier anniversaire en 1901, la proportion est de 1 sur 100 aujourd'hui. De plus, on constate que non seulement on peut espérer vivre plus longtemps, mais on peut aussi espérer demeurer en bonne santé jusqu'à un âge plus avancé. Grâce à ces progrès, maintenant, on prête aussi attention à des problèmes d'une autre nature, soit les problèmes à caractère psychosocial : le suicide, les problèmes de développement des jeunes enfants, les problèmes d'adaptation sociale des jeunes, les problèmes de santé mentale, de violence.

L'évolution de la santé va de pair avec celle des déterminants de la santé. Les progrès enregistrés au fil des décennies sont avant tout imputables à l'amélioration des conditions d'hygiène et des conditions de vie associées à l'industrialisation. Les avancées de la science ont également contribué largement à l'amélioration de l'état de santé de la population : que l'on pense à l'avènement de la vaccination, à la découverte des antibiotiques ou, encore, aux conceptions modernes de la santé mentale et des troubles mentaux.

Des leçons doivent être tirées de ce rapide examen de l'évolution de la santé et de la maladie. Tout d'abord, la maladie n'est pas une fatalité : bon nombre de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux sont évitables. Ensuite, si ces problèmes sont évitables, c'est que les déterminants qui les influencent sont modifiables. Quels sont, en ce début de millénaire, les problèmes de santé évitables et leurs déterminants ?

Encore et toujours : les maladies infectieuses

Les maladies infectieuses sont des maladies causées par des micro-organismes dont un très grand nombre peuvent se transmettre d'une personne à une autre. Aujourd'hui, les maladies infectieuses ne constituent plus la principale menace à l'état de santé de la population des pays industrialisés. Toutefois, cette population n'en est pas à l'abri. On observe en effet l'émergence de nouvelles maladies et une résurgence de maladies en déclin. Globalement, l'incidence des maladies infectieuses, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas observés chaque année, a augmenté de 10 % à 20 % ces 15 dernières années[1]. La vigilance est de mise, au Québec comme partout dans le monde.

Aux fins de l'intervention, les principales maladies infectieuses peuvent être regroupées de la façon suivante :

- les maladies évitables par la vaccination ;
- les infections qui se transmettent par les relations sexuelles et par le sang ;
- les maladies infectieuses résurgentes ou en augmentation ;
- les maladies infectieuses émergentes.

Les maladies évitables par la vaccination

Grâce à la vaccination, plusieurs maladies d'origine bactérienne ou virale peuvent maintenant être prévenues ou contrôlées, à des degrés divers. La variole est maintenant éradiquée de la planète, et la poliomyélite est éliminée des Amériques[2]. La rubéole, qui peut être transmise de la mère à l'enfant lors de la grossesse[3], a été la cause, en particulier entre les années 1930 et 1960, de la naissance de nombreux enfants atteints de malformations. Comme les femmes enceintes sont maintenant systématiquement vaccinées contre cette maladie, on rencontre aujourd'hui moins d'un cas de rubéole par année[4].

Tous les enfants du Québec reçoivent également un vaccin contre la rubéole. Des vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, la rougeole, les oreillons, les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C et l'hépatite B leur sont aussi offerts. Depuis peu, le vaccin conjugué contre le pneumocoque est offert aux enfants âgés de moins de 5 ans, et le vaccin contre l'influenza aux enfants âgés de 6 à 23 mois. Aussi, les adolescents reçoivent maintenant le vaccin contre la coqueluche. Dans les années à venir, d'autres vaccins seront offerts gratuitement aux enfants et aux adultes, le vaccin contre la varicelle étant le premier en liste. Bien qu'elle soit perçue comme une maladie bénigne, la varicelle est potentiellement grave chez l'adulte. Elle peut aussi entraîner des complications particulièrement sévères chez les personnes immunodéprimées et causer des malformations congénitales si elle est contractée au cours de la première moitié de la grossesse.

Les infections qui se transmettent par les relations sexuelles et par le sang

Les infections bactériennes ou virales transmissibles sexuellement ont constitué de tout temps une menace à la santé des populations. Plus récemment, on a vu apparaître des infections transmises par le sang acquises lors de l'injection intraveineuse de drogues et du partage de seringues souillées, lors d'une transfusion ou d'une transplantation ou, encore, de la mère à l'enfant au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Les principales infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) sont l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'infection par le virus de l'hépatite C, la chlamydiose, la gonorrhée, la syphilis, l'infection par le virus du papillome humain, l'herpès et l'hépatite B. Ces infections sont pour la plupart évitables et certaines d'entre elles (chlamydiose, gonorrhée, syphilis) peuvent être traitées efficacement au moyen d'antibiotiques.

Au Québec, le nombre de cas déclarés de chlamydiose et de gonorrhée a plus que doublé depuis une dizaine d'années[5]. Ces maladies, si elles ne sont pas traitées à temps, peuvent avoir des conséquences graves comme des grossesses ectopiques et l'infertilité. L'infection par le virus du papillome humain peut, quant à elle, induire un cancer du col de l'utérus. C'est notamment parce qu'elles sont souvent asymptomatiques que ces infections comportent un risque accru de complications[6].

À la fin de 2002, environ 18 000 personnes étaient infectées par le VIH, une augmentation de près de 11 % par rapport à 1999[7]. Entre 1980 et 2003, 6 003 cas de sida ont été déclarés au Québec[8], le sida représentant le stade avancé de l'infection par le VIH. Il faut souligner que la découverte de thérapies efficaces contre l'infection par le VIH a eu des effets bénéfiques sur l'espérance de vie et la qualité de vie des personnes atteintes, sur la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et sur la diminution du nombre d'hospitalisations. Malgré ces avancées, l'infection par le VIH demeure un problème de santé préoccupant.

Les maladies infectieuses résurgentes ou en augmentation

Une pandémie est une forme d'épidémie s'étendant à tout un continent, voire à l'humanité entière. Au cours de l'histoire, plusieurs pandémies ont affecté la population mondiale : peste, choléra, grippe espagnole, etc. C'est avec un meilleur contrôle des mesures sanitaires, l'amélioration des conditions de vie ainsi que l'apparition de la vaccination et des antibiotiques que l'on a réussi à prévenir les pandémies. Toutefois, la résurgence de certaines maladies infectieuses constitue toujours une menace à la santé des populations. Il en est de même des attentats bactériologiques en contexte de bioterrorisme, que les autorités doivent prendre au sérieux.

En ce début de XXIe siècle, certaines infections sont plus particulièrement à craindre en raison de la libre circulation des individus et des marchandises, de l'élevage intensif des animaux, qui augmente le risque de transmission des maladies d'un animal à un autre et leur propagation à l'humain, ainsi que de la résistance grandissante aux antibiotiques[9-10]. C'est le cas, par exemple, d'une souche particulièrement virulente d'influenza, c'est-à-dire de grippe.

La menace de l'influenza

Il existe trois souches du virus de l'influenza : A, B et C. De nouveaux vaccins sont mis au point chaque année contre les épidémies d'influenza de souches A et B. Le virus de souche A subit une mutation génétique majeure environ trois fois par siècle, entraînant une pandémie d'influenza. La pandémie de la grippe espagnole de 1918 a causé plus de 40 millions de décès. Par la suite, deux autres pandémies moins meurtrières, l'une survenue en 1957 (grippe asiatique) et l'autre en 1968 (grippe de Hong Kong) ont tout de même entraîné une morbidité et une mortalité importantes dans le monde. Contrairement aux épidémies courantes, les pandémies entraînent des complications graves chez les adultes en bonne santé. Les spécialistes s'attendent à ce que le virus subisse une modification génétique majeure prochainement[11].

Les maladies infectieuses d'origine hydrique

Les maladies infectieuses d'origine hydrique constituent une menace pour la santé des populations. L'ingestion d'eau contaminée et le contact avec une eau contaminée peuvent entraîner des problèmes de santé comme des gastro-entérites épidémiques, des dermatites et des intoxications aiguës. Pour les années 1998 et 1999, 33 éclosions d'origine hydrique ont été rapportées au Québec, affectant 576 personnes[12].

Les infections nosocomiales

Bien qu'il ne soit pas nouveau, le phénomène des infections contractées dans un établissement de soins lors d'une hospitalisation, d'un traitement ou d'une convalescence a récemment pris de l'ampleur. Selon des données américaines, on estime à 5 à 10 cas par 100 hospitalisations l'incidence annuelle des infections nosocomiales[13]. Le contrôle de ces infections est complexifié par le phénomène de la progression de la résistance aux antibiotiques. L'augmentation récente des cas d'infections bactériennes à *Clostridium difficile* dans les hôpitaux du Québec met en relief le besoin d'agir rapidement pour endiguer cette menace.

La tuberculose

On redoute la résurgence de maladies que l'on croyait avoir contrôlées dans les pays industrialisés. À titre d'exemple, on a vu réapparaître des cas de tuberculose, cas associés, notamment, à l'infection par le VIH, à la présence de souches résistantes aux antibiotiques, à la pauvreté et à l'exclusion sociale[14]. Récemment, une souche du bacille de la peste résistante à tous les antibiotiques connus a fait son apparition à Madagascar[15]. Ainsi, la résistance aux antibiotiques se complique par l'apparition de bactéries devenues résistantes à plus d'un antibiotique et au fait qu'aucune nouvelle classe d'antibiotiques n'a été découverte depuis les 25 dernières années.

Les maladies infectieuses émergentes

On assiste à l'apparition d'une nouvelle maladie environ tous les ans depuis une vingtaine d'années. Il est fort probable que cette tendance se maintienne ou s'accélère dans les années à venir[16]. En fait, à l'échelle de l'évolution, les maladies infectieuses et parasitaires ne font probablement que commencer[17]. La menace d'une épidémie est aussi associée à de nouvelles maladies infectieuses, comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

Le SRAS

Le SRAS se manifeste, dans les jours qui suivent l'apparition des premiers symptômes, par une atteinte respiratoire qui peut être grave. Reconnu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en mars 2003, le SRAS est probablement apparu en Chine en novembre 2002[18]. Depuis, des cas de ce syndrome ont été dénombrés en Asie, en Amérique du Nord et en Europe. Un nombre total de 251 cas ont été rapportés au Canada, tandis qu'aucun cas n'a été diagnostiqué au Québec[19]. On a pu contenir assez efficacement ce nouveau virus grâce aux mesures d'isolement et au fait que la population a été informée par les médias sur son mode de transmission. Toutefois, il n'existe actuellement aucun vaccin ni aucun traitement pour prévenir ou guérir le SRAS[20].

La grippe aviaire

Depuis ces dernières années, on a observé une transmission de certains agents pathogènes d'origine animale à l'humain, comme le virus de la grippe aviaire. Cette transmission laisse craindre une rencontre entre le virus animal et le virus humain, rencontre qui serait susceptible de donner naissance à un virus hybride contre lequel les vaccins actuels pourraient s'avérer peu efficaces[21].

Le virus du Nil occidental (VNO)

Au Québec, en 2004, 2 cas humains d'infection par le VNO ont été confirmés, alors qu'en 2003, 17 cas l'avaient été[23].

Le VNO est transmis à l'humain par des moustiques infectés et cause une encéphalite. Le virus a été isolé pour la première fois en 1937 dans le district ougandais du Nil occidental. Depuis, des éclosions sont survenues à plusieurs endroits dans le monde. En Amérique du Nord, la première éclosion a été signalée à New York en 1999, alors qu'au Québec, le premier cas humain d'infection par le VNO est apparu en 2002. Il faut noter que les mesures préventives mises en place au Québec depuis 2003, notamment l'utilisation de larvicides, semblent porter des fruits[22].

Les déterminants des maladies infectieuses

La propagation des maladies infectieuses tout comme leur émergence et leur résurgence sont associées à divers facteurs qui relèvent des caractéristiques et des comportements individuels, de la qualité de l'environnement physique, économique et social ainsi que de l'organisation des services de santé[24-25].

L'état de santé général des personnes et leur résistance immunitaire sont susceptibles d'influencer la propagation des maladies infectieuses. Il en va de même des comportements individuels comme le lavage des mains et la fréquentation de lieux où la densité de population est élevée (garderie, école, milieu de travail, transport en commun, etc.). La sécurité dans les relations sexuelles, influencée notamment par le nombre et la stabilité des partenaires et le port du condom, a un lien direct avec la propagation des ITSS. On a remarqué au cours des dernières années un certain désengagement collectif face au VIH-sida et à l'ensemble des ITSS, désengagement qui peut être attribuable à la découverte de traitements du sida. En raison de cette découverte, le sentiment de danger associé non seulement à la propagation du VIH mais aussi à celle des ITSS en général se serait estompé, et la conviction de la nécessité d'intervenir énergiquement pour prévenir ces infections se serait amoindrie. Il faut également souligner que le recours à l'injection intraveineuse de drogues et l'échange de seringues usagées constituent des comportements qui augmentent les risques de transmission des ITSS. Le recours à

la vaccination, qui repose sur un choix personnel (des parents quand il s'agit de vacciner les enfants), est un autre comportement qui exerce une grande influence sur la protection individuelle contre les maladies infectieuses évitables par la vaccination.

En ce qui concerne l'environnement physique, la qualité de l'eau, de l'air, du sol et des aliments est associée à plusieurs maladies infectieuses. L'épisode de Walkerton, en Ontario, au cours duquel 7 personnes sont décédées et plus de 2 000 ont été malades à la suite de la contamination de l'eau de la municipalité par la bactérie *E. coli*, le démontre bien. Des modifications importantes de l'environnement, comme les changements climatiques, sont également susceptibles d'affecter la transmission des agents infectieux. L'environnement économique et social joue aussi un rôle : la pauvreté et la surpopulation augmentent les risques de propagation des maladies infectieuses. On a déjà mentionné le rôle de la pauvreté et de l'exclusion sociale dans la résurgence de la tuberculose. On a déjà aussi souligné que l'ouverture des marchés, l'intensification des communications et les pratiques intensives d'élevage favorisent la transmission des infections et que des actes de terrorisme faisant appel à des armes bactériologiques constituent un risque.

Enfin, l'organisation des services de santé exerce une influence sur les maladies infectieuses. L'accessibilité à la vaccination est sans contredit un facteur qui contribue à augmenter la couverture vaccinale de la population et, de là, sa protection contre bon nombre de maladies infectieuses. La salubrité des établissements de santé, la complexité des cas traités dans les établissements de soins, les procédures de traitement plus invasives, le rythme de travail accéléré et la mobilité des patients d'un établissement à l'autre sont liés à la propagation des infections nosocomiales[26]. Enfin, les pratiques auxquelles recourent les professionnels de la santé, par exemple en ce qui concerne les mesures d'hygiène, la sécurité des transfusions et des transplantations ainsi que la prescription appropriée d'antibiotiques, ne sont pas sans lien avec le contrôle des maladies infectieuses.

1. INSTITUT PASTEUR. *Maladies infectieuses : La situation actuelle dans le monde*, www.pasteur.fr/actu/presse/dossiers/malinfectieuses/monde.htm, consulté le 22 janvier 2005.
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Rapport sur la santé dans le monde 2003 : Façonner l'avenir*, France, 140 p.
3. RAOULT, D. (1998). *Dictionnaire de maladies infectieuses : Diagnostic, épidémiologie, répartition géographique, taxonomie, symptomatologie*, Paris, Éditions scientifiques et médicales Elsevier, 1162 p.
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999*, Québec, gouvernement du Québec, 268 p.
5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et du sida au Québec,* Québec, gouvernement du Québec, 35 p. (Collection analyse et surveillance).
6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004a). *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement - Orientations 2003-2009*, Québec, gouvernement du Québec, 54 p.
7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Op. cit*.
8. *Ibid.*
9. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1998). « Preventing emerging infectious diseases : A strategy for the 21st century - Overview of the update CDC plan », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 47, nº RR-15, p. 1-19.
10. GUÉRIN, M. et autres (2003). *Environnement et santé publique : Fondements et pratiques*, Acton Vale, Éditions Edisem, 1023 p.
11. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La grippe*, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/fr/, consulté le 26 janvier 2005.
12. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001). *Bilan des éclosions de maladies d'origine hydrique signalées dans les directions régionales de la santé publique du Québec en 1998 et en 1999*, Québec, 9 p.
13. BURKE, J. P. (2003). « Infection control - A problem for patient safety », *New England Journal of Medecine*, vol. 348, nº 7, p. 651-656.
14. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Tuberculose*, www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/info/inftb_f.html, consulté le 22 janvier 2005.

15. FONDATION RECHERCHE MÉDICALE. *Résistance aux antibiotiques*, www.frm.org/informez/info_ressources_dossiers_article_sommaire.php?id=7&type=10&listedossier=7, consulté le 22 janvier 2005.
16. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Op. cit.*
17. INSTITUT PASTEUR. *Pourquoi y a-t-il et y aura-t-il toujours des maladies infectieuses ?*, www.pasteur.fr/actu/presse/dossiers/malinfectieuses/pourquoi.htm, consulté le 26 janvier 2005.
18. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Op. cit.*
19. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Summary of Probable SARS Cases with Onset of Illness from 1 November 2002 to 31 July 2003*, www.who.int/csr/sars/country/table2004_04_21/en/print.html, consulté le 22 janvier 2005.
20. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). *Op. cit.*
21. INSTITUT PASTEUR. *Les virus de la grippe*, www.pasteur.fr/actu/presse/documentation/grippe.html, consulté le 26 janvier 2005.
22. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004b). *Plan d'intervention gouvernemental de protection de santé publique contre le virus du Nil occidental*, Québec, gouvernement du Québec, 24 p.
23. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Bilan sommaire des cas d'infection », *Flash VNO*, vol. 5, n° 5, www.virusdunil.info/images/FlashVNO_5_5.pdf, consulté le 26 janvier 2005.
24. HEYMAN, D. (2004). « Infectious agents », dans R. Detels et autres (sous la dir. de), *Oxford Textbook of Public Health*, 4th Edition, New York, Oxford University Press, p. 171-194.
25. WENZEL, R.P. (1992). « Control of communicable diseases », dans J.M. Last et R.B. Wallace (sous la dir. de), *Public Health & Preventive Medicine*, 13th Edition, Englewood Cliffs, Prentice Hall, p. 57-63.
26. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Les maladies infectieuses émergentes*, www.who.int/archives/whday/fr/documents 1997/jms01.pdf, consulté le 26 janvier 2005.

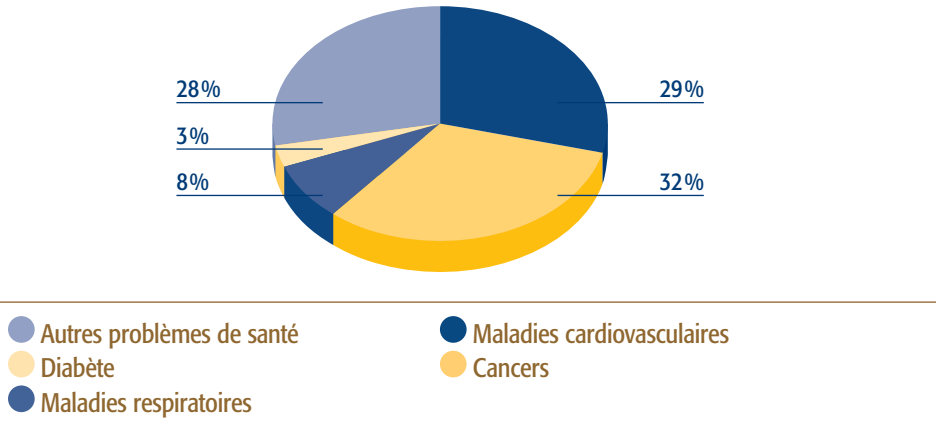
Le mal du siècle : les maladies chroniques

Les maladies chroniques sont des maladies qui ne sont pas contagieuses, qui se développent lentement, qui amènent des incapacités, qui peuvent se prolonger dans le temps et qui sont souvent incurables mais évitables. Ces maladies sont attribuables au cumul d'un ensemble de facteurs qui interagissent tout au long de la vie d'une personne[1].

Les maladies chroniques qui provoquent le plus de mortalité sont les cancers, les maladies cardiovasculaires (MCV), les maladies respiratoires et le diabète de type 2, les facteurs de risque de cette dernière maladie étant les mêmes que ceux des maladies chroniques qui tuent le plus. Ces quatre problèmes de santé ont été responsables de plus de 70 % des décès au Québec en 2002[2] (figure I).

Figure I

Proportion des décès (%) selon les principales maladies chroniques, Québec, 2002[3]



Quand on observe l'évolution des principales maladies chroniques depuis 1951, on s'aperçoit que le taux de mortalité par MCV a diminué de façon importante et que celui par cancers a dépassé les taux associés aux autres maladies chroniques en 1998 chez les femmes, et en 2000 chez les hommes. Le taux de mortalité par maladies respiratoires, pour sa part, est resté à peu près le même entre 1951 et 2002 (figures II et III).

Figure II

Évolution, chez la femme, de la mortalité (taux ajusté pour 100 000 personnes) attribuable aux principales maladies chroniques, Québec, 1951-2002[4-5]

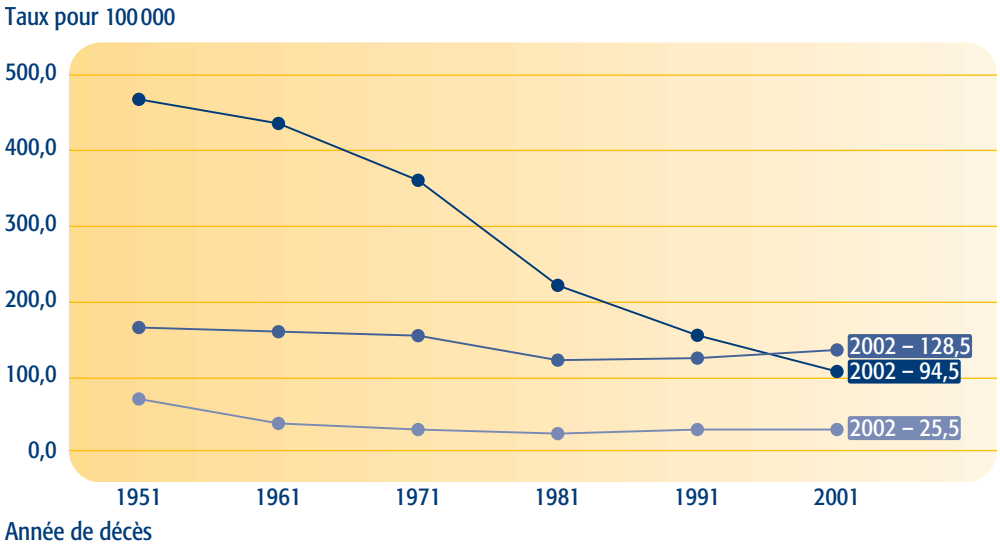
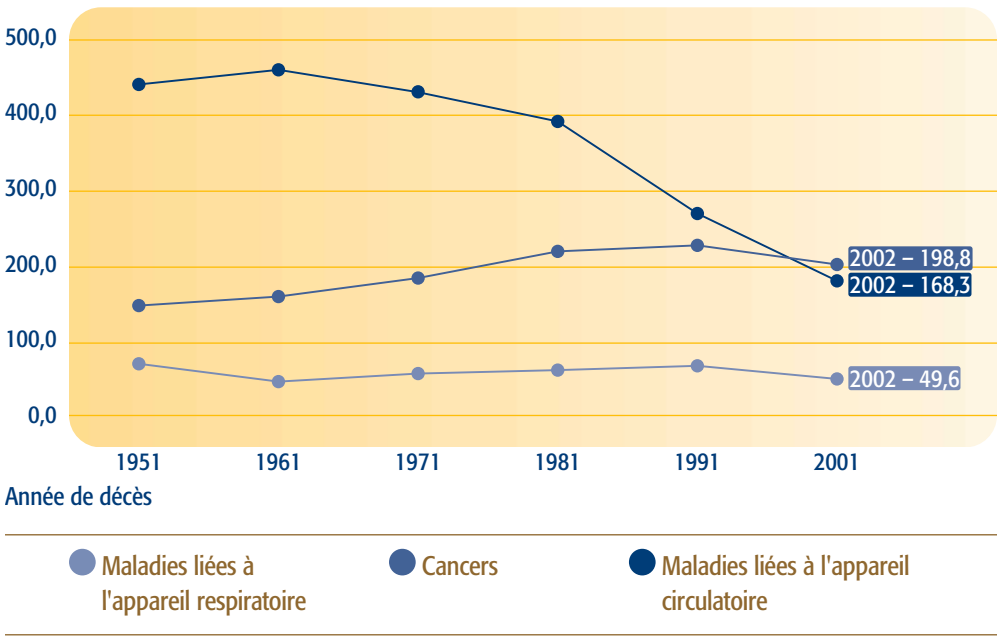


Figure III

Évolution, chez l'homme, de la mortalité (taux ajusté pour 100 000 personnes) attribuable aux principales maladies chroniques, Québec, 1951-2002[6-7]



Comme on peut le constater dans le tableau qui suit (tableau I), le Québec affiche un taux de mortalité relativement faible pour les MCV comparativement au Canada, à la Suède et aux États-Unis ; il vient toutefois en tête de liste de ces pays pour le taux de mortalité par cancers.

Tableau I

Mortalité (taux ajusté pour 100 000 personnes) selon les principales maladies chroniques, au Québec, au Canada, aux États-Unis et en Suède, 2000-2001[8-9-10-11]

	Maladies cardiovasculaires	Cancers	Maladies respiratoires
Québec	184	195	48
Canada	201	179	47
É-U.	252	172	63
Suède	242	150	37

Les cancers

Les cancers sont devenus, en 2001, la principale cause de décès chez les Québécois. Environ 37 000 nouveaux cas de cancers sont déclarés chaque année[12]. Les cancers qui entraînent les taux les plus élevés de mortalité sont les cancers du poumon, du sein, de la prostate ainsi que du côlon et du rectum. Les cancers de la peau, dont la plupart n'entraînent toutefois pas la mort, sont continuellement en hausse et constituent les cancers les plus fréquents[13].

Le cancer du poumon est le cancer qui cause le plus de décès chez les hommes, mais son taux d'incidence est en baisse. Le cancer colorectal constitue la deuxième cause de mortalité par cancers chez les hommes. Le risque de développer ce type de cancer est faible avant l'âge de 35 ans, et l'âge moyen lors du diagnostic est de 60 ans[14]. Le cancer de la prostate est le troisième cancer qui cause le plus de décès chez les hommes (tableau II). Le nombre de nouveaux cas augmente chaque année, et il est à prévoir que le nombre enregistré d'hommes atteints de ce cancer continuera à grimper en raison du recours, de plus en plus généralisé, à des méthodes de détection précoce[15-16].

Chez les femmes, c'est également le cancer du poumon qui cause le plus de décès par cancers. Bien que, comparativement aux hommes, ce type de cancer cause moins de décès chez les femmes, il est en augmentation chez ces dernières, reflétant ainsi l'évolution du tabagisme au cours des 30 dernières années. Le cancer du sein, qui est passé au deuxième rang des cancers qui causent le plus de décès chez les femmes, demeure un problème de santé important. Le nombre de nouveaux cas enregistrés chaque année a presque doublé depuis une vingtaine d'années[17]. Cela s'explique en partie par le vieillissement de la population et le fait que l'on dépiste plus de cas au stade précoce depuis l'avènement de la mammographie de dépistage. Le cancer colorectal vient au troisième rang des causes de mortalité par cancers chez les femmes, faisant moins de victimes chez ces dernières comparativement aux hommes (tableau III).

Les principaux cancers qui affectent les enfants âgés de 0 à 14 ans sont la leucémie, le cancer du cerveau et du système nerveux central ainsi que les lymphomes. Le nombre d'enfants de 0 à 14 ans atteints de cancer n'est toutefois pas très élevé, soit 1 100 nouveaux cas pour la période comprise entre 1995 et 2000. En moyenne, 14 enfants québécois pour 100 000 ont été atteints d'un cancer au cours de cette période[18].

Tableau II

Nombre estimé de décès selon le type de cancer et le sexe, Québec, 2004[19]

Type de cancer	Hommes	Femmes	Total
Poumon	3 954	2 455	6 409
Sein chez la femme	—	1 462	1 462
Prostate	964	—	964
Côlon et rectum	1 246	1 090	2 336
Autres sièges	4 326	3 920	8 246
Total	10 490	8 927	19 417

Tableau III

Nombre estimé de nouveaux cas selon le type de cancer et le sexe, Québec, 2004[20]

Type de cancer	Hommes	Femmes	Total
Poumon	3 972	2 744	6 716
Sein chez la femme	—	5 732	5 732
Prostate	3 825	—	3 825
Côlon et rectum	2 644	2 204	4 848
Autres sièges	8 113	7 407	15 520
Total	18 554	18 087	36 641

Les MCV

Les MCV comprennent principalement l'infarctus, l'angine de poitrine, l'accident vasculaire cérébral et la maladie des artères. Bien que le taux de mortalité par MCV ait régressé de façon importante depuis 1950, ces maladies demeurent toujours une cause majeure de mortalité, de morbidité et d'incapacité dans la population québécoise.

En 2002, plus de 16 000 Québécois sont décédés par MCV[21]. Parmi tous les problèmes de santé, les MCV comptent pour le plus grand nombre d'hospitalisations, soit plus de 100 000 par année[22]. Si les hommes sont généralement plus susceptibles de décéder à la suite d'une MCV, on note qu'un nombre croissant de femmes décèdent de cette maladie. Ce nombre augmentera encore, puisque les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes et que le taux de mortalité par MCV augmente avec l'âge[23].

Les maladies respiratoires

L'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), principalement l'emphysème et la bronchite chronique, comptent parmi les principales maladies respiratoires. Elles affectent un nombre croissant de personnes et entraînent une diminution considérable de la qualité de vie. En 25 ans, le nombre de décès attribuables à la MPOC a plus que triplé au Québec, alors que le taux de mortalité associé à cette maladie est resté relativement stable[24]. Il existe peu de données fiables qui permettent de saisir avec exactitude l'ampleur de la MPOC. En ce qui concerne l'asthme, une analyse canadienne révèle que la prévalence

de cette maladie est passée de 2,5 % à 11,2 % entre 1976 et 1995 chez les enfants de 0 à 14 ans[25] et qu'elle continue de causer le plus grand nombre d'hospitalisations chez ce groupe d'âge au Canada[26]. L'asthme affecte deux fois plus les garçons que les filles durant l'enfance, alors qu'à l'adolescence, ce sont les filles qui sont les plus touchées[27].

Le diabète de type 2

Le diabète est une maladie chronique qui se caractérise par une incapacité de l'organisme à emmagasiner ou à utiliser le glucose dont il se sert comme source d'énergie[28]. Parmi l'ensemble des personnes diabétiques, on estime que 10 % sont atteintes de diabète de type 1. Ce diabète est caractérisé par une absence de production d'insuline par l'organisme. Il se déclare presque uniquement chez les enfants et les jeunes adultes. L'autre 90 % des personnes diabétiques sont atteintes du diabète de type 2. Dans ce cas, l'organisme produit de l'insuline, mais ne peut l'utiliser efficacement.

En 2001-2002, 5,8 % de la population québécoise âgée de 20 ans et plus était atteinte de diabète[29]. Le diabète de type 2 se rencontre surtout chez les adultes de 40 ans et plus, mais on l'observe de plus en plus chez les jeunes en raison de l'augmentation de l'obésité. À l'échelle mondiale, l'OMS prévoit une augmentation de 57 % de l'ensemble des cas de diabète au cours des 25 prochaines années[30].

Ce sont les conséquences importantes du diabète qui en font une maladie si préoccupante. Les personnes diabétiques sont au moins deux fois plus souvent atteintes d'une maladie cardiovasculaire que les personnes non diabétiques[31]. Cette maladie est la première cause de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation non accidentelle.

Les déterminants des maladies chroniques

Les maladies chroniques sont attribuables à un ensemble de facteurs dont certains sont modifiables, d'autres non. Parmi les facteurs non modifiables se trouvent les caractéristiques personnelles comme l'âge, le sexe et l'hérédité. La grande majorité des maladies chroniques surviennent avec l'âge, et le vieillissement de la population est un facteur démographique particulièrement important dans l'augmentation des maladies chroniques. On peut prévenir ou retarder les maladies chroniques en agissant sur certains facteurs modifiables, c'est-à-dire sur les habitudes de vie, la qualité de l'environnement physique et les conditions socioéconomiques[32].

Trois habitudes de vie sont en cause dans environ 80 % des décès liés aux MCV, 90 % de ceux qui sont liés au diabète et environ le tiers des décès attribuables au cancer. Il s'agit du tabagisme, d'une alimentation inadéquate et de la sédentarité[33].

Ainsi, on associe la consommation de tabac à 85 % des cas de MPOC, à environ 30 % de ceux liés aux MCV et à 30 % de tous les cas de cancers, dont 85 % sont des cas de cancer du poumon[34]. De plus, l'OMS rapporte que dans les pays où le tabagisme est présent depuis longtemps, il cause plus de 90 % des cas de cancer du poumon chez les hommes et 70 % chez les femmes[35]. Le tabagisme est le facteur de risque associé au plus grand nombre de décès, ce qui représente, au Québec, 13 000 décès par année[36] ; les personnes qui sont exposées à la fumée de tabac dans l'environnement sont également à risque.

Une consommation quotidienne insuffisante de fruits et légumes serait associée aux MCV et à certains cancers[37-38]. Quant à la sédentarité, elle est en cause dans les MCV, certains cancers et le diabète[39-40].

Il existe également des maladies qui constituent des facteurs de risque d'autres maladies chroniques. Il s'agit de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie et de l'obésité. Ces maladies, qui peuvent avoir une composante génétique, peuvent également être liées au cumul et à l'interaction d'habitudes de vie. Ainsi, l'hypertension artérielle, attribuable notamment à une alimentation riche en sel, à la sédentarité et au surplus de poids, ainsi que l'hypercholestérolémie, attribuable notamment à la consommation élevée de gras, en particulier de gras saturés et de gras trans[41-42], augmentent les risques de MCV et de diabète[43-44].

L'obésité, quant à elle, constitue un facteur de risque associé aux MCV, au cancer du sein après la ménopause[45] et au diabète[46]. Le problème de l'obésité chez les personnes de 20 ans et plus a pris de l'ampleur au Québec comme ailleurs dans le monde. Depuis 1987, la prévalence de l'obésité chez les adultes de 20 ans et plus a connu une augmentation de 56 %[47], pour atteindre 14 % de la population québécoise en 2003[48]. Bien que la situation soit encore loin d'être aussi critique qu'aux États-Unis, elle n'en demeure pas moins inquiétante[49].

Il existe des liens entre l'environnement physique et les maladies chroniques. On constate en effet que lors d'épisodes de pollution atmosphérique, les MCV sont aggravées[50]. On note également une corrélation entre l'augmentation de la pollution atmosphérique et le cancer du poumon[51]. De plus, la pollution de l'air intérieur et extérieur représente un facteur contribuant au développement de la MPOC[52]. Par ailleurs, on note un lien entre le cancer de la peau et l'exposition aux rayons ultraviolets[53]. Certaines études permettent de croire que les enfants qui ont été exposés à des pesticides en milieu résidentiel ou dont la mère a été exposée à des pesticides durant la grossesse courent un risque plus important de développer certaines formes de cancers (leucémie, cancer du cerveau et lymphomes)[54]. En milieu de travail, les personnes qui sont exposées à des substances nuisibles à la santé sont plus susceptibles de développer, par exemple, un cancer du poumon[55]. On évalue également que 15 % de tous les cas d'asthme sont associés à une exposition répétée à certaines substances en milieu professionnel, comme les isocyanates ou la farine et les protéines de crustacés[56-57].

Finalement, des conditions socioéconomiques difficiles constituent un facteur de risque critique des maladies chroniques. Les MCV, certains types de cancers, les maladies respiratoires et le diabète sont des maladies qui sont fortement liées au statut économique et social des individus[58]. De plus, on remarque un lien important entre le tabagisme, la façon de s'alimenter, la pratique de l'activité physique et le revenu. Ainsi, plus le revenu est faible, plus la probabilité d'adopter des habitudes de vie peu favorables à la santé est grande[59].

1. NATIONAL PUBLIC HEALTH PARTNERSHIP (2001). *Preventing Chronic Disease : A Strategic Framework*, Melbourne, 58 p.
2. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2004.
3. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2004.
4. CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (1983). *Des victoires sur la mort*, Québec, gouvernement du Québec, 78 p. (Collection La santé des Québécois).
5. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2005.
6. CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (1983). *Op. cit.*
7. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2005.
8. ORGANISATION POUR LA COOPÉRATION ET LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2004). *Éco-santé*.
9. STATISTIQUE CANADA. *Indicateurs de santé - Janvier 2005*, nº au catalogue 82-221, vol. 2005, nº 1, www. statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2004002/tables/pdf/14103_01_f.pdf, consulté le 21 février 2005.
10. STATISTIQUE CANADA. *Indicateurs de santé - Janvier 2005*, nº au catalogue 82-221, vol. 2005, nº 1, www. statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2004002/tables/pdf/14153_01_f.pdf, consulté le 21 février 2005.

11. STATISTIQUE CANADA. *Indicateurs de santé - Janvier 2005*, nº au catalogue 82-221, vol. 2005, nº 1, www. statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2004002/tables/pdf/1463_01_f.pdf, consulté le 21 février 2005.
12. LOUCHINI, R., D. HAMEL et M. BEAUPRÉ (2004). *Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec – Projections 2004*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 55 p.
13. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (2004). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2004*, Toronto, 114 p.
14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, gouvernement du Québec, 185 p.
15. ELLISON, L.F. et autres. *Série de monographies sur les maladies liées au vieillissement : X. Cancer de la prostate*, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/19-1/b_f.html, consulté le 14 décembre 2004.
16. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA (2004). *Op. cit.*
17. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fichier des tumeurs du Québec. Évolution dans le temps : Variation en pourcentage du taux standardisé d'incidence, 1981-2000, femmes*, www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/tumeurs.html, consulté le 21 janvier 2005.
18. SANTÉ CANADA (2003). *Programme canadien de surveillance et de lutte contre le cancer chez les enfants : Diagnostic et traitement initial du cancer chez les enfants de 0 à 14 ans au Canada, 1995-2000*, Ottawa, gouvernement du Canada, 40 p.
19. LOUCHINI, R., D. HAMEL et M. BEAUPRÉ (2004). *Op. cit.*
20. *Ibid.*
21. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2004.
22. Éco-Santé Québec, 2004.
23. SANTÉ CANADA et SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE (2003). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2003*, Ottawa, 79 p.
24. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2004.
25. MILLAR, W.J. et J.B. HILL (1998). « L'asthme chez l'enfant », *Rapports sur la santé*, vol. 10, nº 3, p. 9-21.
26. SANTÉ CANADA (2001). *Les maladies respiratoires au Canada*, Ottawa, gouvernement du Canada, 118 p.
27. ASSOCIATION PULMONAIRE DU CANADA. *Asthme : Faits et statistiques*, www.poumon.ca/asthme/facts.html, consulté le 22 novembre 2004.
28. SANTÉ CANADA (2002). *Le diabète au Canada*, 2e édition, Ottawa, gouvernement du Canada, 82 p.
29. Système québécois de surveillance du diabète, compilation effectuée par l'Institut national de santé publique du Québec, janvier 2005.
30. WILD, S. et autres (2004). « Global prevalence of diabetes : Estimates for the year 2000 and projections for 2030 », *Diabetes Care*, vol. 27, nº 5, p. 1047-1053.
31. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. *Diabetes and Cardiovascular (Heart) Disease*, www.diabetes.org/diabetes-statistics/heart-disease.jsp, consulté le 18 février 2005.
32. NATIONS UNIES (2002). *Une société pour tous les âges. Promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées : Le vieillissement actif*, 5 p.
33. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health : Facts Related to Chronic Diseases*, www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic/en/, consulté le 18 février 2005.
34. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme* : 2001-2005, Québec, gouvernement du Québec, 29 p.
35. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *Op. cit.*
36. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Pour notre progrès vers un avenir sans tabac : Développement de la législation québécoise contre le tabagisme*, document de consultation, Québec, gouvernement du Québec, 38 p.
37. WORLD CANCER RESEARCH FUND AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH (1997). *Food, nutrition and the prevention of cancer : A global perspective*, Washington (DC), 670 p.
38. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *Op. cit.*
39. HARRIS, R. et autres. *Screening Adults for Type 2 Diabetes*, www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/diabscr/diabrev.htm, consulté le 27 janvier 2005.
40. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *Op. cit.*
41. KRAUSS, R.M. et autres (2000). « A statement for healthcare professionals from the nutrition committee of the American Heart Association », *Circulation*, nº 102, p. 2293-2311.
42. MENSINK, R.P. et M.B. KATAN (1990). « Effect of dietary transfatty acids on high-density and low-density lipoprotein cholesterol levels in healthy subjects », *New England Journal of Medecine*, vol. 323, nº 7, p. 439-445.
43. U. S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. *Screening for High Blood Pressure*, www.ahcpr.gov/clinic/3rduspstf/highbloodsc/zhibloodrr.htm, consulté le 16 novembre 2004.
44. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *Op. cit.*
45. *Ibid.*

46. HARRIS, R. et autres. *Op. cit.*

47. SCHAEFER, C. ET L. MONGEAU (2000). *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids : Éléments d'une problématique et réflexions pour l'action*, Montréal, Association pour la santé publique du Québec, 87 p.

48. STATISTIQUE CANADA. *Enquête auprès des collectivités canadiennes - Cycle 2.1, CANSIM, tableau 105-0209*, cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.EXE?Lang=F&ArrayId=01050209&Array_Pick=1&Detail=1&ResultTemplate=CII/CII___&RootDir=CII/ &TblDetail=1&C2SUB=HEALTH, consulté le 18 février 2005.

49. GROUPE DE TRAVAIL PROVINCIAL SUR LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS (2003). *Les problèmes reliés au poids au Québec : Un appel à la mobilisation*, Montréal, Association pour la santé publique du Québec, 23 p.

50. CONFÉRENCE DES GOUVERNEURS DE LA NOUVELLE-ANGLETERRE ET DES PREMIERS MINISTRES DES PROVINCES DE L'EST DU CANADA. *Actes du Symposium sur la pollution atmosphérique et la santé publique*, www.menv.gouv.qc.ca/air/symposium/sympo-actes-detail.pdf, consulté le 27 janvier 2005.

51. ASSOCIATION PULMONAIRE DU CANADA. *Polluants atmosphériques*, www.poumon.ca/faire/polluants.html, consulté le 16 novembre 2004.

52. *Ibid.*

53. KOH, H.K. et autres (1995). « 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., p. 537-545.

54. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001). *Réflexions sur l'utilisation de pesticides en milieu urbain*, Québec, 22 p.

55. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL (2003). *Prévention en pratique médicale : L'amiante*, Montréal, 5 p.

56. BECKLAKE M.R., J.L. MALO et M. CHAN-YEUNG (1999). « Epidemiologic approaches », dans I.L. Bernstein et autres, *Asthma in the workplace*, 2th Edition, New York, Marcel Dekker Inc., p. 27-66.

57. TURCOT, J. (1998). *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, 7 p.

58. RAPHAEL, D. (2004). « Introduction to the social determinants of health », dans D. Raphael (sous la dir. de), *Social Determinants of Health : Canadian Perspectives*, Toronto, Canadian Scholar's Press, p. 1-18.

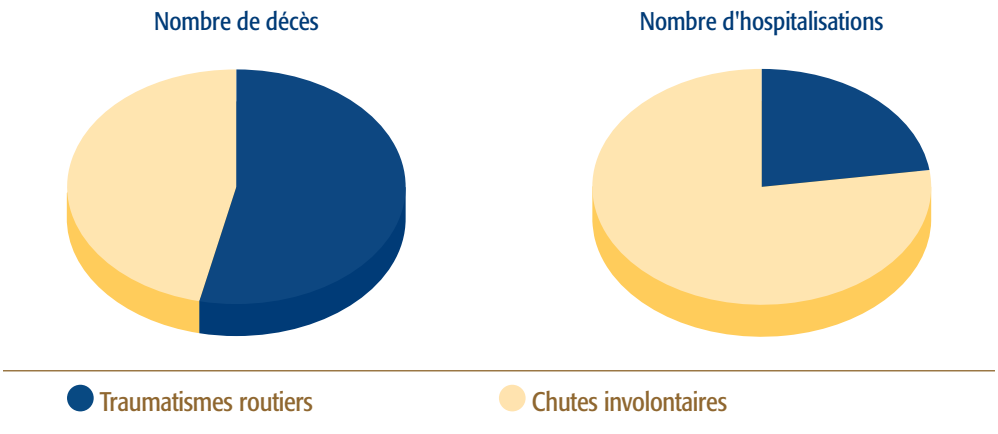
59. *Ibid.*

Les blessures accidentelles : prévisibles !

Les traumatismes non intentionnels incluent l'ensemble des blessures et des empoisonnements survenant involontairement. On appelle ces traumatismes non intentionnels pour les distinguer des blessures attribuables à la violence et au suicide, qui résultent de gestes posés intentionnellement par les personnes, que ce soit contre elles-mêmes ou contre d'autres personnes. Les principales catégories de traumatismes non intentionnels sont les traumatismes routiers, c'est-à-dire les traumatismes chez les occupants de véhicules à moteur qui sont entrés en collision, les cyclistes, les motocyclistes, les piétons et les conducteurs de véhicules tout-terrain, les traumatismes survenant à domicile, principalement les chutes, les intoxications et les brûlures, ainsi que les traumatismes d'origine récréative ou sportive.

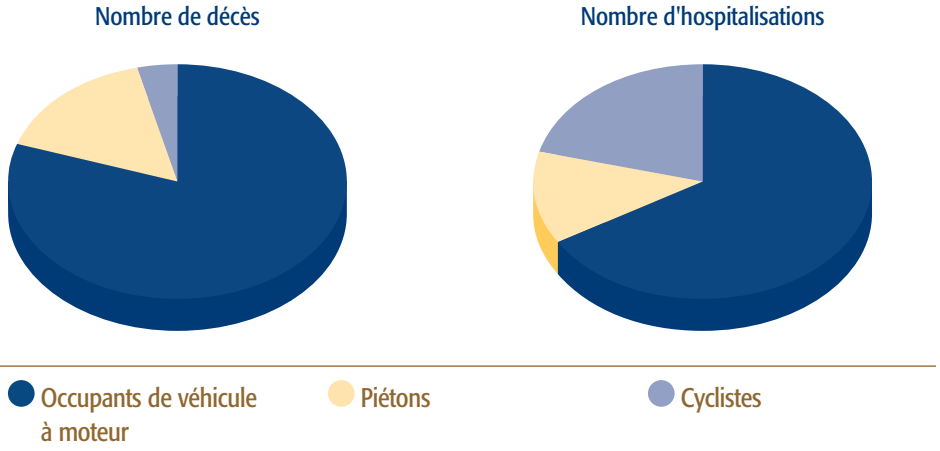
Les dernières données disponibles sur l'ensemble des traumatismes non intentionnels concernent la période 1997-1998 pour les décès et la période 1997-1999 pour les hospitalisations[1]. Chaque année, au Québec, environ 2 000 décès et 50 000 hospitalisations surviennent à la suite d'un traumatisme non intentionnel, ce qui représente 1 décès toutes les 5 heures et 1 hospitalisation toutes les 10 minutes. Contrairement à la plupart des autres problèmes de santé, les traumatismes non intentionnels surviennent tôt dans la vie. En effet, plus du tiers des victimes ont moins de 45 ans au moment du décès. De plus, les traumatismes non intentionnels constituent la première cause de décès chez les enfants et les jeunes âgés de 5 à 14 ans[2].

Les traumatismes routiers constituent la première cause de mortalité par traumatismes non intentionnels et ils sont suivis de près par les chutes involontaires. À l'inverse, les premières causes d'hospitalisations pour ce type de traumatismes sont les chutes suivies des traumatismes routiers[3].



Les traumatismes routiers

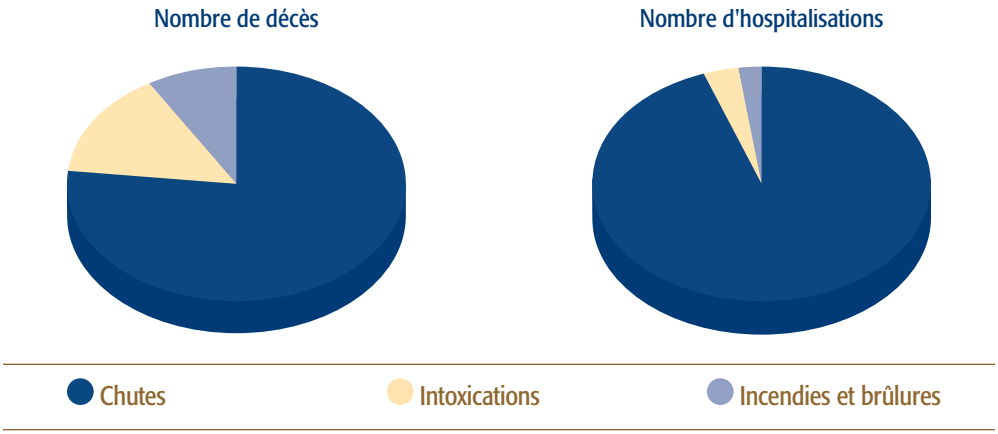
La majorité des décès et des blessures graves associés aux traumatismes routiers surviennent à la suite d'une collision entre véhicules[4]. Les hommes sont surreprésentés par rapport aux femmes parmi les victimes de traumatismes routiers. Pour ce qui est de l'âge, ce sont avant tout les jeunes âgés de moins de 24 ans et les personnes âgées de plus de 75 ans qui sont les principales victimes des traumatismes survenant chez les occupants d'un véhicule à moteur. Au deuxième rang des décès par traumatismes routiers viennent les piétons. Ce sont surtout les enfants de moins de 14 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus qui décèdent. Pour leur part, les cyclistes ne représentent que 3 % des décès par traumatismes routiers. Il faut souligner que 90 % des accidents dont sont victimes les cyclistes se produisent en milieu urbain[5-6]. Dans l'ensemble, on observe, au cours des 20 dernières années, une baisse importante des décès par traumatismes routiers pour tous les usagers de la route et une baisse également importante des hospitalisations, sauf pour les cyclistes[7]. Pour que le taux de mortalité par traumatismes routiers au Québec soit comparable à celui dans certains pays, des efforts devront être fournis. Une étude récente montre en effet que, pour les années 2000-2002, le Québec accuse, par rapport à la Suède, une surmortalité de 79 % pour les femmes et de près de 60 % pour les hommes[8-9].



Outre les décès, les traumatismes routiers causent des blessures dont plusieurs peuvent entraîner des séquelles physiques à long terme et des problèmes psychosociaux. Qu'il s'agisse par exemple de la peur de se déplacer, de la fatigue, de l'impossibilité de reprendre un emploi, les victimes de traumatismes routiers voient souvent leur qualité de vie se dégrader de façon temporaire ou permanente[10]. Il en va de même pour leur famille.

Les traumatismes survenant à domicile

Bien que diverses circonstances puissent entourer les chutes, la plupart surviennent à domicile. Les chutes, à elles seules, sont responsables d'environ 75 % des décès par traumatismes non intentionnels survenant à domicile et de plus de 90 % des hospitalisations attribuables à ces traumatismes. Compte tenu du vieillissement de la population, on peut s'attendre à une augmentation du nombre absolu de décès et d'hospitalisations associés aux chutes, même si leur proportion demeure relativement stable ou diminue[11].



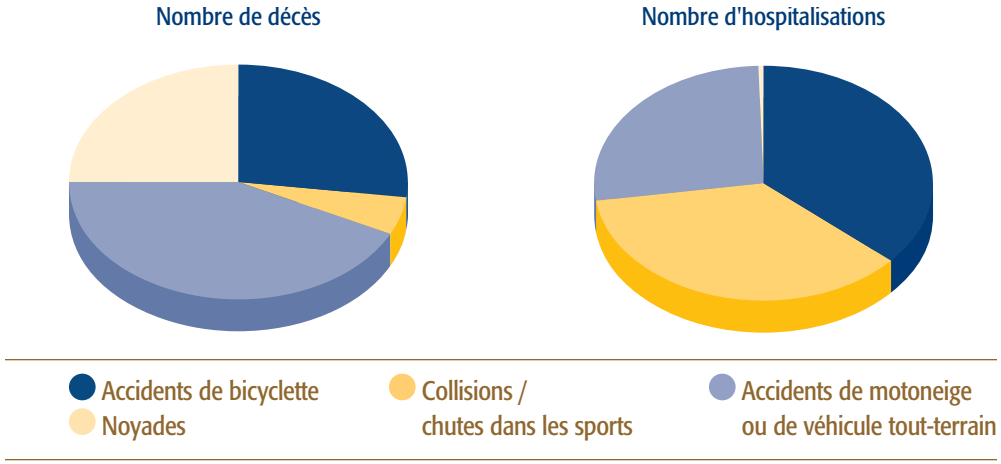
Les personnes âgées sont les principales victimes des chutes. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent en effet plus de 75 % des décès attribuables aux chutes et près de 40 % des hospitalisations pour ce motif. De plus, on estime qu'environ le tiers des personnes âgées de 65 ans et plus font au moins une chute chaque année[12-13]. Outre la peur de chuter à nouveau, la chute déclenchera chez beaucoup de personnes âgées le processus d'une perte d'autonomie graduelle. La moitié des personnes âgées qui survivent à une fracture de la hanche ne recouvreront jamais toutes leurs capacités fonctionnelles, bon nombre seront hospitalisées et 20 % décéderont en moins de six mois[14]. Même sans fracture, la chute constitue un important précurseur de l'hébergement institutionnel[15].

En ce qui concerne les intoxications involontaires, la plus forte proportion des décès sont associés à l'ingestion de médicaments et surviennent chez les hommes âgés de 25 à 44 ans, puis chez ceux de 75 ans ou plus. Ce sont toutefois les jeunes enfants âgés de moins de quatre ans qui sont généralement hospitalisés pour ce type de traumatismes. Chez ces derniers, les produits domestiques sont le plus souvent à l'origine de l'intoxication. Les décès et les hospitalisations liés aux intoxications involontaires sont relativement constants depuis une dizaine d'années[16].

Bien que les traumatismes attribuables aux incendies et aux brûlures ne surviennent pas exclusivement à domicile, la majorité de ceux-ci sont associés à l'incendie d'une résidence privée. Ces traumatismes sont en baisse au Québec. Les personnes qui en sont les principales victimes sont d'abord les personnes âgées, puis les jeunes enfants[17].

Les traumatismes survenant lors des loisirs ou de la pratique d'un sport

Les traumatismes survenant lors d'activités récréatives et sportives représentent une centaine de décès par année. Les décès par ce type de traumatismes sont principalement liés aux noyades et aux accidents de motoneige, de véhicule tout-terrain et de bicyclette. Le nombre le plus élevé d'hospitalisations attribuables à ce type de traumatismes est d'abord enregistré à la suite d'un accident de bicyclette, puis à la suite d'une chute ou d'une collision survenant lors de la pratique d'une activité sportive et, enfin, après un accident de motoneige ou de véhicule tout-terrain. Les jeunes hommes âgés de 10 à 19 ans sont les principales victimes des traumatismes récréatifs et sportifs. Alors qu'on observe une certaine stabilité de la mortalité attribuable à ce type de traumatismes, les hospitalisations qui y sont associées ont diminué au cours des deux dernières décennies[18].



Les déterminants des traumatismes non intentionnels

Une approche, modélisée par William Haddon, ingénieur et médecin, a permis de mettre de l'avant l'interaction de multiples facteurs pour expliquer la survenue des traumatismes et leur gravité, ceux-ci vus avant tout comme les conséquences d'un transfert d'énergie[19]. Ces facteurs sont, outre les facteurs humains, les facteurs environnementaux. Ces derniers facteurs incluent l'environnement économique, l'environnement social et l'environnement physique (y compris les facteurs liés aux agents en cause comme les véhicules à moteur, les produits toxiques ou les articles de sport). Les facteurs environnementaux interviennent à différents moments par rapport à la survenue de l'événement. Certains facteurs peuvent agir avant l'événement (par exemple, la vitesse), tandis que d'autres interviennent pendant l'événement (par exemple, l'absence d'équipement de protection) ou après (par exemple, la qualité des services de premiers secours). C'est à l'ensemble de ces facteurs qu'il faut s'intéresser pour comprendre les traumatismes non intentionnels, les prévenir et en minimiser les conséquences[20].

L'environnement économique a un impact sur l'ensemble des traumatismes non intentionnels. En effet, le risque de décès par traumatismes non intentionnels que courent les personnes les plus défavorisées sur le plan économique est une fois et demie celui que courent les personnes les plus favorisées. Il en va de même pour la morbidité associée à ces traumatismes, qui est révélée par les taux d'hospitalisations : la progression de la morbidité avec la pauvreté est surtout le fait des traumatismes routiers, mais elle est également observée pour les chutes[21].

« Les décisions qui touchent à la planification des transports, de l'utilisation des sols et des réseaux routiers ont des incidences considérables sur la santé publique, car elles influent sur la pollution atmosphérique, sur les activités physiques des gens et sur le volume d'accidents de la circulation et de traumatismes qui en résultent[22]. »

Plusieurs facteurs peuvent être évoqués pour expliquer les traumatismes routiers et les blessures qui s'ensuivent : la conduite avec facultés affaiblies principalement par l'alcool, la vitesse excessive, le non-recours aux dispositifs de protection, comme la ceinture de sécurité dans les véhicules automobiles, ainsi que l'aménagement routier, cyclable ou piétonnier non sécuritaire[23]. Concernant ce dernier élément, on peut souligner l'existence de conflits de circulation, notamment ceux observés en milieu urbain, qui sont attribuables au difficile partage de la route entre les piétons, les cyclistes et les automobilistes. L'engouement croissant des Québécois pour le cyclisme, du moins à Montréal[24], l'augmentation du parc automobile[25] et une planification inadéquate des transports[26] sont autant de facteurs susceptibles de contribuer aux accidents sur le réseau

routier, en particulier dans les villes. La problématique des traumatismes routiers n'est pas sans lien avec celle des transports, en particulier en milieu urbain, elle-même associée à la pollution et à l'aménagement du territoire, notamment l'étalement urbain.

Des interventions multisectorielles et la combinaison de mesures législatives à la promotion de la sécurité et à la prévention des blessures ont sûrement contribué à la baisse des traumatismes routiers observée au cours des dernières décennies. Les mesures pour augmenter l'utilisation de la ceinture de sécurité, pour contrer la conduite avec facultés affaiblies, pour réduire la vitesse, pour améliorer les véhicules ainsi que les routes et les pistes cyclables, comptent parmi les actions réalisées au cours des dernières années[27-28].

La sécurité des résidences compte pour une bonne part dans la prévention des traumatismes survenant à domicile. Que l'on pense, par exemple, à la présence de rampes ou d'accessoires pour compenser la perte d'équilibre, à la présence d'un détecteur de fumée et d'un détecteur de monoxyde de carbone et à la température du chauffe-eau pour éviter les intoxications et les brûlures[29]. Par ailleurs, l'état de santé de la personne (par exemple, la faiblesse musculaire, les troubles visuels, les troubles de la marche et de l'équilibre) et ses comportements (la prise de médicaments, la sédentarité) sont d'autres facteurs associés aux chutes chez les personnes âgées[30]. L'accessibilité aux produits dangereux est un facteur en cause dans les intoxications involontaires. Le tabagisme et la consommation d'alcool ainsi que l'utilisation d'un système de chauffage d'appoint comptent parmi les facteurs de risque d'incendie et de brûlures[31].

La sécurité concernant l'aménagement et l'entretien des installations ainsi que les dispositifs de sécurité[32], la qualité de l'encadrement au cours des activités récréatives et sportives et les comportements des personnes qui s'adonnent à de telles activités sont autant de facteurs qui contribuent à la prévention des traumatismes liés aux loisirs et à la pratique d'un sport[33].

1. HAMEL, D. (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 462 p.
2. *Ibid.*
3. *Ibid.*
4. *Ibid.*
5. MINISTÈRE DES TRANSPORTS (2001). *Politique de sécurité dans les transports 2001-2005, volet routier*, Québec, gouvernement du Québec, 112 p.
6. HAMEL, D. (2001). *Op. cit.*
7. *Ibid.*
8. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès) et Statistique Canada, Estimations de la population selon l'âge, le sexe et la province, 1971 à 2004, compilation effectuée par l'Institut national de santé publique du Québec, janvier 2005.
9. World Health Organization, Mortality database, version août 2004 et World Health Organization, Population file, version août 2004, compilation effectuée par l'Institut national de santé publique du Québec, janvier 2005.
10. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004). *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*, Genève, 178 p.
11. HAMEL, D. (2001). *Op. cit*.
12. *Ibid.*
13. O'LOUGHLIN, J.L. et autres (1993). «Incidence and risk factors of falls and injurious falls among community-dwelling elderly», *American Journal of Epidemiology*, vol. 137, nº 3, p. 342-354.
14. BRAITHWAITE, S.R., F. NANANDA et J.B. WONG (2003). «Estimating hip fracture morbidity, mortality and costs», *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 51, p. 364-370.
15. TINETTI, M.E. et C.S. WILLIAMS (1997). «Falls, injuries due to falls and the risk of admission to a nursing home», *New England Journal of Medicine*, vol. 337, p. 1279-1284.
16. HAMEL, D. (2001). *Op. cit*.
17. *Ibid.*
18. *Ibid.*

19. HADDON, W. et S.P. BAKER (1981). « Injury control », dans C. Clark et B. MacMahon (sous la dir. de), *Preventive and Community Medicine*, Boston, Little, Brown and Co., p. 109-140.

20. BROWN, B. et R. MASSÉ (1991). « Orientation privilégiée en prévention des traumatismes », dans G. Beaulne (sous la dir. de), *Traumatismes au Québec : Comprendre pour prévenir*, Québec, Les Publications du Québec, p. 7-17.

21. HAMEL, D. et R. PAMPALON (2002). *Traumatismes et défavorisation au Québec,* Québec, Institut national de santé publique du Québec, 7 p.

22. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004). *Op. cit.*, p. 79.

23. SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (2004). *Bilan 2003 : Accidents, parc automobile, permis de conduire*, Québec, gouvernement du Québec, 209 p.

24. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE (2002). *La santé urbaine, une condition nécessaire à l'essor de Montréal. Rapport annuel 2002 sur la santé de la population*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 92 p.

25. SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (2004). *Op. cit.*

26. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004). *Op. cit.*

27. CONSEIL DES DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE (2000). *La sécurité routière au Québec : Un défi collectif*, Québec, Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec, 48 p. et annexes.

28. ROBITAILLE, Y. et autres (2000). « Accidents avec blessures », dans Institut de la statistique du Québec (sous la dir. de), *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, gouvernement du Québec, p. 313-332, (Collection La santé et le bien-être).

29. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2003). *Les blessures à domicile : État de situation en Montérégie et mesures de prévention. Rapport synthèse*, Longueuil, Direction de la santé publique, 81 p. et annexes.

30. O'LOUGHLIN, J.L. et autres (1993). *Op. cit.*

31. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2003). *Op. cit.*

32. *Ibid.*

33. DOWSWELL, T. et H. WARD (1998). « Preventing childhood injuries. What works? A literature review », *Injury Prevention*, vol. 2, p. 140-149.

Mauvais départ : les problèmes de développement et d'adaptation sociale des jeunes

La grande majorité des enfants se portent bien à la naissance, et leur développement se fait normalement jusqu'à la fin de l'adolescence. Toutefois, certains enfants peuvent être affectés de divers problèmes, qui entraînent parfois la mort, particulièrement au cours de la première année de la vie. Ces problèmes sont principalement des problèmes entourant la naissance et le développement au cours des premières années de la vie (retard de croissance durant la grossesse, prématurité, insuffisance de poids à la naissance et retard de développement) de même que des problèmes d'adaptation sociale pouvant se manifester tôt pendant l'enfance ou à l'adolescence (retard et abandon scolaires, troubles du comportement et délinquance ainsi que mauvais traitements).

Les problèmes de développement physique des nourrissons et des jeunes enfants

Le taux de mortalité infantile, c'est-à-dire le nombre de décès au cours de la première année de la vie pour 1 000 naissances vivantes, n'a pas cessé de diminuer depuis les dernières décennies. De 25,6 pour 1 000 qu'il était en 1965[1], il est passé à 4,8 en 2002[2], touchant ainsi moins de 0,5 % des bébés québécois[3]. À cet égard, le Québec se compare avantageusement aux autres provinces canadiennes et à d'autres pays industrialisés. C'est à l'évolution de facteurs démographiques, notamment la chute de la natalité, à l'augmentation de la qualité des soins médicaux périnatals, au contrôle des maladies infectieuses par la vaccination et les antibiotiques et, enfin, à l'amélioration globale des conditions socioéconomiques de la population québécoise que l'on peut attribuer cette baisse de la mortalité infantile[4-5].

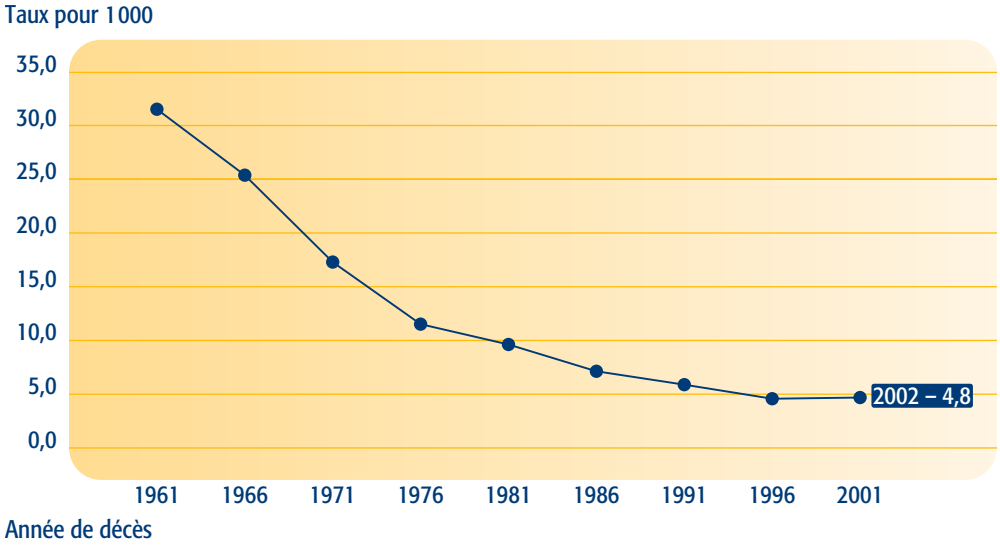
Tableau I

Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes au Québec, au Canada et dans d'autres pays industrialisés, 2002

Suède	2,8[6]
France	4,2[7]
Québec	**4,8[8]**
Royaume-Uni	5,3[9]
Canada	5,4[10]
États-Unis	7,0[11]

Figure I

Évolution du taux de mortalité infantile (taux pour 1 000 naissances vivantes) au Québec, 1961 à 2002[12-13]



Malgré cette baisse, des problèmes de développement physique continuent d'affecter le fœtus ou le bébé naissant. Il en va ainsi du retard de croissance durant la grossesse, de la prématurité et de l'insuffisance de poids à la naissance. Depuis le début des années 1990, on observe en effet une hausse à peu près constante de la prématurité (7,4 % des naissances vivantes en 2002)[14]. Cette augmentation est notamment attribuable à l'utilisation accrue d'interventions obstétricales, qui font en sorte que certains enfants, qui seraient mort-nés il y a quelques années, vivent à la naissance et comptent parmi les naissances prématurées. L'augmentation de la prématurité est également liée à une augmentation des grossesses multiples, ce qui diminue la probabilité d'une gestation complète[15-16]. La proportion d'enfants qui naissent avec un poids insuffisant (moins de 2 500 grammes) s'est stabilisée autour de 5,5 % des naissances vivantes en 2002[17], tandis que la proportion de ceux qui présentent un retard de croissance intra-utérine a diminué de façon continue, pour se stabiliser autour de 8 % (8,3 % des naissances vivantes en 2002)[18-19].

Du retard de développement à l'échec scolaire

Le développement des enfants et des adolescents ne se limite pas à la seule dimension physique ; il inclut également les aspects social, langagier, psychomoteur et intellectuel. Or, certains enfants manifestent un retard de développement, c'est-à-dire qu'ils présentent un délai à accéder à un stade de développement normalement atteint par les enfants d'un âge et d'une culture donnés, généralement dans plus d'une sphère de leur développement. Les enfants qui présentent un tel retard risquent plus que les autres enfants de présenter des problèmes d'adaptation et d'apprentissage lorsqu'ils fréquenteront la garderie ou l'école. L'ampleur des retards de développement chez les jeunes enfants est mal connue. D'après l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 20 % des enfants de deux ans et demi présentent un retard de développement cognitif[20]. Ce retard, susceptible de se présenter tôt dans la vie, peut être en entier ou en partie réversible.

En 2002-2003, au-delà de 10 % des élèves québécois au primaire présentaient un retard dans leur cheminement scolaire, c'est-à-dire qu'ils étaient plus vieux que l'âge attendu pour la classe dans laquelle ils se trouvaient[21]. Dans bon nombre de cas, on peut supposer que ce retard à l'école est attribuable à un retard de développement au préscolaire. Il importe de souligner que les enfants qui présentent un retard de cheminement scolaire, au primaire ou au secondaire, ont une probabilité moins élevée d'obtenir un diplôme d'études secondaires[22]. À cet égard, le taux d'abandon scolaire des élèves québécois au secondaire était de 21,2 % en 2002-2003. Il s'agissait du taux d'abandon le plus élevé enregistré au Québec depuis une quinzaine d'années[23]. Les garçons réussissent moins bien à l'école que les filles : ils sont proportionnellement plus nombreux à présenter un retard scolaire et à obtenir des résultats plus faibles en langue d'enseignement, c'est-à-dire dans la langue utilisée pour l'enseignement des matières de base, et moins nombreux à obtenir un diplôme d'études secondaires[24]. Enfin, un faible niveau de scolarité est l'une des causes directes de l'analphabétisme. Au Québec, près de 5 % des personnes âgées de 16 à 44 ans ont moins de 9 ans de scolarité, ce qui les rend à risque d'être des personnes analphabètes fonctionnelles[25]. L'analphabétisme fonctionnel nuit à la vie quotidienne, sur le plan tant personnel que social ou professionnel. Une personne analphabète a en effet moins de chances d'occuper un emploi stable, intéressant et bien rémunéré. L'analphabétisme constitue de plus un obstacle à la participation civique.

Les troubles du comportement et la délinquance

Les troubles du comportement regroupent un ensemble de problèmes psychosociaux qui concernent les relations qu'entretiennent les enfants et les adolescents avec leur entourage. Il peut s'agir de troubles par lesquels ils extériorisent leurs difficultés, par l'opposition ou l'agression par exemple, ou, encore, de problèmes par lesquels ils intériorisent leurs difficultés en s'isolant ou en faisant du tort non pas aux autres mais à eux-mêmes, comme dans le retrait social et l'inhibition[26].

Les enfants et les adolescents qui manifestent des comportements d'agressivité, de provocation et d'intimidation envers les autres ainsi que des comportements de destruction des biens matériels, qui défient les règles sociales, qui refusent l'autorité et qui manifestent souvent de la colère et de l'impulsivité souffrent de problèmes appelés troubles des conduites. Brutaliser d'autres jeunes, comme dans le taxage, et manifester de la violence dans ses relations amoureuses sont des exemples courants de manifestations des troubles des conduites. De façon générale, les troubles des conduites sont plus fréquents à l'adolescence et chez les garçons[27-28].

Les enfants qui manifestent ces comportements perturbateurs au cours de la petite enfance ont une probabilité plus élevée de présenter des troubles du comportement graves et fréquents à l'adolescence. À ces troubles peuvent s'ajouter d'autres problèmes comme ceux liés à la consommation d'alcool ou de drogues. Ces jeunes risquent de devenir délinquants, leurs écarts de conduite les amenant à avoir des démêlés avec la justice en raison de crimes commis contre les biens ou les personnes[29].

On ne connaît pas l'ampleur des troubles des conduites. Cependant, on sait que la criminalité chez les jeunes Québécois est à la baisse. En effet, le taux d'accusation de jeunes Québécois âgés de 12 à 17 ans pour une infraction au *Code criminel* a diminué de 35 % entre 1997 et 2002. En 2002, les jeunes de ce groupe d'âge comptaient pour 18 % des auteurs présumés d'infractions au *Code criminel* et ils sont, à ce chapitre, surreprésentés par rapport aux adultes[30]. Toutefois, dans l'ensemble, le Québec affiche le plus faible taux de criminalité chez les jeunes parmi les provinces canadiennes[31].

D'autres enfants, au contraire, sont retirés socialement. Ils se tiennent à l'écart des autres enfants, interagissent peu avec eux et ne participent que rarement aux activités sociales. Bien que les manifestations de ces problèmes soient moins spectaculaires que celles associées aux troubles des conduites, elles ne doivent pas être négligées compte tenu de leur lien avec les troubles anxieux, la dépression ou d'autres problèmes de santé mentale[32]. De façon générale, les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à présenter des troubles d'anxiété[33].

Les mauvais traitements

Nombre d'enfants et d'adolescents vivent des situations de négligence, de violence physique ou psychologique ou encore sont victimes d'une agression sexuelle. Dans la majorité des cas, ces événements se produisent en milieu familial. Peu de données existent sur les mauvais traitements vécus au cours de l'enfance et l'adolescence. Une enquête récente réalisée auprès de mères québécoises permet toutefois d'estimer à 6,3 % la proportion d'enfants qui ont vécu de la violence sévère[34]. Cela signifie que, pendant l'année précédant l'enquête, ces enfants ont été secoués, frappés avec un objet dur, ont reçu un coup de poing ou un coup de pied, ont été étranglés ou ont reçu une raclée ou une claque sur la tête. Ces résultats sont comparables à ceux de l'enquête menée cinq ans plus tôt sur le même sujet, où la proportion d'enfants victimes de violence sévère s'élevait à 6,5 %[35]. De plus, selon ces deux enquêtes, la violence physique sévère envers les enfants est rapportée deux fois plus souvent par les femmes québécoises qui se sentent pauvres ou très pauvres que par celles qui se disent à l'aise financièrement (12 % par rapport 6 %)[36-37]. De façon générale, la proportion d'enfants maltraités est plus élevée dans les familles de milieu défavorisé sur le plan socioéconomique[38].

Les données provenant des centres jeunesse du Québec permettent une évaluation approximative de l'ampleur des mauvais traitements. Ainsi, on estime à près de 10 000 le nombre d'enfants qui, annuellement, font l'objet d'un signalement fondé et pour lesquels une prise en charge est effectuée en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*[39]. En ce qui concerne les mauvais traitements, le nombre de signalements retenus est, par ordre d'importance, pour des motifs de négligence, d'abus psychologique, d'abus physique et enfin d'abus sexuel[40].

Les mauvais traitements sont susceptibles de provoquer chez les victimes des conséquences à court et à long terme, et ce, sur différents aspects du développement et de l'adaptation sociale. Selon une étude québécoise récente, environ 40 % des enfants pour lesquels un signalement a été retenu présentaient divers problèmes, dont des problèmes d'apprentissage, des problèmes d'attention et d'hyperactivité, de la dépression ou de l'anxiété, des retards de développement ou d'autres problèmes de santé chroniques[41]. Cette étude ne permet toutefois pas d'établir une relation de cause à effet : il n'est pas possible d'établir si les mauvais traitements ont entraîné ces divers problèmes ou si ces problèmes étaient déjà présents et ont contribué à ce que l'enfant soit maltraité.

Les déterminants des problèmes de développement et d'adaptation sociale

Il importe de souligner les liens qui existent entre les différents problèmes qui surviennent au cours de l'enfance. Ainsi, les nourrissons qui manifestent des problèmes de développement physique pourront présenter des retards de développement au préscolaire[42]. De plus, on a déjà souligné que les retards de développement au préscolaire étaient susceptibles de mener au retard scolaire et à l'abandon de l'école. Pour sa part, l'analphabétisme figure parmi les conséquences d'un abandon prématuré de l'école. Enfin, les liens entre l'agressivité en bas âge, les

troubles du comportement à l'adolescence, les problèmes de consommation de drogues ou d'alcool et la délinquance ultérieure ont aussi été mentionnés.

Bien que les facteurs de risque de tels problèmes soient aussi nombreux que diversifiés, allant des caractéristiques individuelles des enfants, des adolescents et de leurs parents à celles de leur environnement élargi, il faut noter l'influence prépondérante des conditions de vie des familles (pauvreté, chômage, scolarité des parents, etc.) sur la plupart des jeunes. Les enfants défavorisés sur le plan socioéconomique sont surreprésentés parmi ceux qui naissent de façon prématurée ou avec un poids insuffisant[43-44], parmi ceux qui présentent un retard de développement au préscolaire[45] et parmi ceux qui sont maltraités[46]. Les conditions socioéconomiques, notamment la faible scolarité de la mère, sont également en cause dans le retard et l'abandon scolaires[47].

La famille joue un rôle prépondérant dans le développement et l'adaptation sociale. Les croyances et les valeurs des parents concernant le développement et l'éducation de l'enfant, la qualité de la relation parent-enfant, le style éducatif des parents et la façon dont ils supervisent l'enfant font partie des caractéristiques familiales qui ont un impact sur la trajectoire de développement des enfants et des adolescents[48-49]. D'autres caractéristiques comme le jeune âge des parents, leur histoire personnelle (antécédents de psychopathologie ou de comportements criminels, expériences de maltraitance), leur origine ethnique et leur culture, le soutien social dont ils disposent, la structure familiale (famille monoparentale, famille reconstituée, etc.) et la qualité de la relation conjugale sont d'autres facteurs susceptibles d'exercer une influence[50-51].

Outre la famille, d'autres milieux de vie, soit la garderie, l'école et le voisinage, exercent une influence sur les enfants ou les adolescents. On a ainsi observé un niveau adéquat de développement cognitif et langagier chez les enfants ayant fréquenté une garderie de qualité quant à l'encadrement offert aux enfants, à la formation et à la stabilité du personnel ainsi qu'à l'excellence des activités éducatives[52]. Par ailleurs, les structures de l'école, l'organisation de ses programmes et les pratiques éducatives qu'elle met de l'avant influent sur la persévérance à l'école et le succès scolaire. Les écoles les plus favorables à la réussite scolaire font appel à un vaste registre de pratiques pédagogiques. De plus, elles offrent aux élèves un système d'encadrement qui répond à leurs besoins ainsi que de multiples activités qui les aident à découvrir leurs champs d'intérêt et à développer leurs compétences. Les attitudes des enseignants exercent également une influence cruciale sur l'expérience scolaire des enfants et des adolescents. Les élèves réussissent mieux lorsque les enseignants valorisent la réussite éducative et qu'ils manifestent des attentes à la fois élevées et réalistes envers les élèves[53]. Enfin, le voisinage agit sur les enfants et les adolescents. Par exemple, la violence ou les tensions entre les différents groupes sociaux peuvent avoir un impact sur l'apparition des troubles du comportement[54-55].

Outre le sexe, qui a déjà été mentionné, certaines caractéristiques des enfants et des adolescents eux-mêmes jouent un rôle dans leur développement et leur adaptation sociale. Il en va ainsi de leur tempérament, de leur maturation physique, sexuelle ou affective et de leurs habiletés ou compétences[56-57].

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *La périnatalité au Québec – La mortalité et la morbidité périnatales et infantiles, nº 4*, Québec, gouvernement du Québec, 251 p.
2. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des naissances vivantes et Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2005.
3. LEFEBVRE, C. (2004). *Un portrait de santé des jeunes Québécois de 0 à 17 ans*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 6 p.
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *Op. cit.*

5. SÉGUIN, L. (1983). « Nouveaux problèmes de santé des enfants : Rôle des centres et départements de santé communautaire », *L'Union médicale du Canada*, vol. 112, p. 168-172.
6. Organisation pour la coopération et le développement économiques (2004). *Eco-Santé*.
7. Organisation pour la coopération et le développement économiques (2004). *Eco-Santé*.
8. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des naissances vivantes et Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2004.
9. Organisation pour la coopération et le développement économiques (2004). *Eco-Santé*.
10. STATISTIQUE CANADA. *Tableaux de données*, www.statcan.ca/francais/freepub/84F0211XIF/2002/tables_f.htm, consulté le 28 janvier 2005.
11. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2004). *National Vital Statistics Reports: Deaths: Final Data for 2002*, vol. 53, n° 5, 116 p.
12. CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (1983). *Des victoires sur la mort*, Québec, gouvernement du Québec, 78 p. (Collection La santé des Québécois).
13. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des naissances vivantes et Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2004.
14. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des naissances vivantes), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2004.
15. LEFEBVRE, C. (2004). *Op. cit*.
16. JOSEPH, K.S. et autres (2001). « Changes in stillbirth and infant mortality associated with increases in preterm birth among twins », *Pediatrics*, vol. 108, nº 5, p. 1055-1061.
17. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des naissances vivantes), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2004.
18. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des naissances vivantes), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2004.
19. LEFEBVRE, C. (2004). *Op. cit*.
20. BROUSSEAU, J., R.H. BAILLARGEON et H.X. WU (2002). « Le développement cognitif des enfants de 17 mois à 29 mois », dans Institut de la statistique du Québec, *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, nº 8, 40 p. (Collection La santé et le bien-être).
21. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (2004a). *Indicateurs de l'éducation*, Québec, gouvernement du Québec, 144 p.
22. SAINT-LAURENT, L. (2000). « Les programmes de prévention de l'échec scolaire : Des développements prometteurs », 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*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 5-67.
23. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (2004a). *Op. cit*.
24. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (2004b). *La réussite des garçons : Des constats à mettre en perspective. Rapport synthèse*, Québec, gouvernement du Québec, 26 p.
25. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Population de 15 ans et plus sans diplôme du secondaire selon l'âge et le sexe, Québec, 2001*, www.meq.gouv.qc.ca/dfga/ general/statistiques/15sansdiplome3.html, consulté le 17 janvier 2005.
26. TARDIF, G. et autres (2003). « Problèmes de développement et d'adaptation sociale : Retards de développement et problèmes d'adaptation sociale chez les jeunes enfants. I. Un survol de la documentation », *La revue canadienne de la petite enfance*, vol. 9, p. 97-107.
27. GAGNON, C. et F. VITARO (2000). « La prévention des troubles 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*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 231-290.
28. TREMBLAY, R.E. (2000). « L'origine de la violence chez les jeunes », *Revue canadienne de recherche sur les politiques*, vol. 1, nº 2, p. 19-24.
29. GAGNON, C. et F. VITARO (2000). *Op. cit*.
30. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2003). *Statistiques 2002 sur la criminalité au Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 70 p. et annexes.
31. CENTRE CANADIEN DE LA STATISTIQUE JURIDIQUE (2004). *Juristat : Statistiques de la criminalité au Canada, 2003*, vol. 24, nº 6, Ottawa, Statistique Canada, 28 p.
32. COUTU, S. et D. PELLETIER (1995). « Les difficultés comportementales des enfants d'âge préscolaire », dans N. Royer (sous la dir. de), *Éducation et intervention au préscolaire*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, p.148-180.
33. COUTU, S. et D. PELLETIER (1995). *Op. cit*.

34. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Données non publiées issues de l'enquête violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004.

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

36. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Données non publiées issues de l'enquête violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004.

37. CLÉMENT, M.E. et autres (2000). *Op. cit*.

38. ÉTHIER, L.S. et C. LACHARITÉ (2000). « La prévention de la négligence et de la violence envers les enfants », 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*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 389-428.

39. LEFEBVRE, C. (2004). *Op. cit*.

40. TOURIGNY, M. et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon ou de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (EIQ)*, Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, 216 p.

41. *Ibid.*

42. SHIONO, P.H. et R.E. BEHRMAN. *Low Birth Weight: Analysis and Recommendations*, www.futureofchildren.org/information2826/information_show.htm?doc_id=79875, consulté le 6 décembre 2004.

43. HUGHES, D. et L. SIMPSON. *The Role of Social Change in Preventing Low Birth Weight*, www.futureofchildren.org/information2826/information_show.htm?doc_id=79885, consulté le 6 décembre 2004.

44. KRAMER, M.S. (1987). « Determinants of low birth weight: Methodological assessment and meta-analysis », *Bull. WHO*, vol. 65, nº 5, p. 663-737.

45. SAINT-LAURENT, L. (2000). *Op. cit*.

46. ÉTHIER, L.S. et C. LACHARITÉ (2000). *Op. cit*.

47. JANOSZ, M., J.S. FALLU et M.A. DENIGER (2000). « La prévention du décrochage scolaire : Facteurs de risque et efficacité des programmes d'intervention », 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*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 115-164.

48. MIZE, J. et G.S. PETTIT (1997). « Mothers' social coaching, mother-child relationship style, and children's peer competence: The medium is the message? », *Child Development*, vol. 68, nº 2, p. 312-332.

49. DARLING, N. et L. STEINBERG (1993). « Parenting style as context: An integrative model », *Psychological Bulletin*, vol. 113, nº 3, p. 487-496.

50. GAGNON, C. et F. VITARO (2000). *Op. cit*.

51. TURGEON, L. et L. BROUSSEAU (2000). « Prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes », 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*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 189-220.

52. BAILLARGEON, M. et autres (1995). « La maternelle et les services de garde en milieu scolaire : qualité, continuité et concertation », dans N. Royer, (sous la dir. de), *Éducation et intervention au préscolaire*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, p. 55-80.

53. JANOSZ, M., J.S. FALLU et M.A. DENIGER (2000). *Op. cit*.

54. GAGNON, C. et F. VITARO (2000). *Op. cit*.

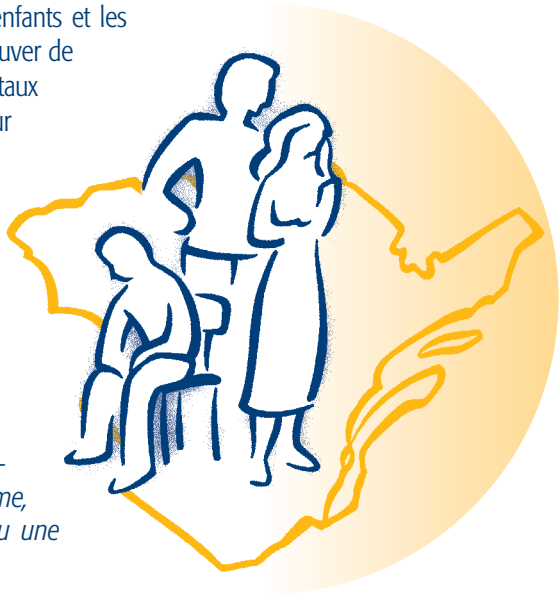
55. TURGEON, L. et L. BROUSSEAU (2000). *Op. cit*.

56. GAGNON, C. et F. VITARO (2000). *Op. cit*.

57. TURGEON, L. et L. BROUSSEAU (2000). *Op. cit*.

Quand la tête et le coeur sont touchés : la violence, les troubles mentaux et le suicide

Les problèmes à caractère psychosocial n'affectent pas que les enfants et les adolescents. Des personnes de tous les âges peuvent en effet éprouver de tels problèmes, notamment ceux liés à la violence, aux troubles mentaux ou au suicide. Ces problèmes psychosociaux peuvent bien sûr emprunter des formes différentes selon les périodes de la vie auxquelles ils surviennent.



La violence

L'OMS définit la violence comme :

> *« […] l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou qui risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un maldéveloppement ou une carence[1]. »*

La typologie des actes de violence proposée par l'OMS comprend trois grandes catégories, en fonction de l'auteur de ces actes : la violence dirigée contre soi-même, la violence interpersonnelle, infligée par un individu ou par un petit groupe d'individus, et la violence collective, dont sont responsables des groupes plus importants, comme des pays, des groupes politiques organisés ou des organisations terroristes[2]. Ce chapitre traite des problèmes de violence interpersonnelle entre adultes, la violence infligée aux enfants ayant été traitée antérieurement et la violence collective, dans sa dimension physique du moins, n'étant pas une réalité courante dans les pays industrialisés. Le suicide est traité dans une autre partie de ce chapitre.

Tout comme celle exercée à l'endroit des enfants en milieu familial et en dehors de celui-ci, la violence interpersonnelle entre adultes est longtemps demeurée un sujet tabou. Cette forme de violence s'exprime particulièrement dans un contexte de violence conjugale, notamment par des agressions sexuelles. Elle peut également être exercée à l'endroit des personnes âgées. Bien que les formes de la violence interpersonnelle entre adultes ne soient pas exclusivement dirigées contre les femmes, ces dernières sont surreprésentées parmi les victimes.

Longtemps considérée comme un phénomène rare et privé, la violence conjugale s'est imposée comme problématique dans les années 1960. Les premiers centres d'hébergement pour femmes battues ont vu le jour dans les années 1970, et c'est véritablement dans les années 1980 que, à la suite de nombreuses représentations de groupes de femmes, la violence conjugale a été mise à l'ordre du jour politique. La violence conjugale peut prendre plusieurs formes : il peut s'agir d'agressions physiques, verbales, psychologiques ou sexuelles. La violence conjugale peut également s'exprimer par de la violence économique, l'un des conjoints privant l'autre des ressources essentielles à la vie quotidienne. La violence conjugale peut entraîner diverses

conséquences sur l'état de santé physique, psychologique et social des victimes, telles que les blessures physiques, la fatigue, l'insomnie, l'anxiété, l'angoisse, la dépression et l'isolement social.

La violence physique et sexuelle, dont les femmes sont majoritairement victimes, sont les formes les plus visibles et les mieux documentées de la violence conjugale. L'enquête sur la violence envers les conjointes dans les couples québécois, réalisée en 1998, révèle que 6 % des femmes ayant vécu en couple au moins deux mois ont rapporté de la violence physique de la part de leur conjoint, tandis que 7 % des femmes ont affirmé avoir subi de la violence sexuelle. Ces deux formes de violence sont souvent associées. En effet, les femmes ayant subi de la violence sexuelle, comparativement à celles qui n'ont pas vécu ce type de violence, ont une probabilité plus élevée d'avoir aussi subi de la violence physique (32 % comparativement à 4 %). On observe la même association chez les femmes ayant vécu de la violence physique. Parmi celles-ci, 36 % ont aussi vécu de la violence sexuelle, comparativement à environ 5 % chez les femmes qui n'ont pas subi de violence physique[3].

Selon les statistiques policières québécoises, parmi les femmes victimes de crimes contre la personne en 2001, 39 % avaient été agressées par un conjoint, un ex-conjoint ou un ami intime. Selon les cas rapportés à la police entre 1997 et 2001, le nombre de femmes victimes de violence conjugale a connu une augmentation de plus de 20 %. Selon ces mêmes statistiques, ce sont les femmes âgées de 18 à 24 ans qui sont le plus souvent victimes de ce type de violence[4].

Pour leur part, les agressions sexuelles sont des gestes, à caractère sexuel, qui ne comprennent pas nécessairement un contact physique et qui sont commis sans le consentement de la personne visée. Dans plusieurs cas, l'agresseur peut avoir recours à la force physique, au chantage ou à la manipulation pour parvenir à ses fins. Il existe plusieurs formes d'agressions sexuelles : viol, harcèlement sexuel, exhibitionnisme, voyeurisme, etc. Les agressions sexuelles sont lourdes de conséquences pour les victimes, qu'il s'agisse de troubles émotionnels pouvant aller jusqu'à la dépression et au suicide ou encore de problèmes de comportement ou de retrait de la vie sociale.

On estime qu'environ 34 % des Québécoises adultes ont été victimes d'au moins une agression sexuelle depuis qu'elles ont atteint l'âge de 16 ans. Bien que les enfants et les adolescents ne soient pas à l'abri de telles agressions, c'est avant tout parmi les personnes âgées de 18 à 24 ans que l'on trouve le plus grand nombre de victimes pour l'ensemble des agressions sexuelles[5]. Par ailleurs, en 2001, selon les statistiques policières, 8 % des femmes victimes d'agression sexuelle l'ont été en contexte de violence conjugale[6].

Par ailleurs, la violence exercée à l'endroit des personnes âgées par un proche ou par des soignants est un problème qui attire de plus en plus l'attention, compte tenu du vieillissement de la population. Il peut s'agir d'un manque de soins ou encore de violence physique, psychologique, sexuelle ou économique. On ne dispose malheureusement pas de données sur l'ampleur de la violence exercée à l'endroit des personnes âgées au Québec[7]. Des enquêtes réalisées ailleurs dans le monde permettent d'évaluer à une proportion variant entre 4 % et 6 % l'ampleur du phénomène dans certains pays industrialisés[8].

Les troubles mentaux

Les troubles mentaux couvrent un éventail de difficultés qui altèrent la pensée, l'humeur ou le comportement. Ils sont associés à un sentiment de détresse et ils peuvent, à des degrés variables, nuire au fonctionnement dans la vie quotidienne. Les principaux problèmes de santé mentale sont les troubles de l'humeur (qui incluent notamment la dépression), la schizophrénie, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les troubles des conduites alimentaires[9].

Bien qu'il soit impossible de prévenir plusieurs troubles mentaux, et parmi les plus graves, il est possible d'agir avant que ne surviennent les affections les plus courantes, comme les troubles anxieux et certaines dépressions.

On dispose de peu de données sur l'état de santé mentale de la population. Des données canadiennes permettent toutefois d'estimer que 20 % de la population présentera, au cours de sa vie, un problème de santé mentale, alors que le reste sera affecté par la maladie mentale d'un proche (membre de la famille, ami, collègue de travail). Les troubles anxieux et la dépression figurent parmi les plus fréquents troubles mentaux[10]. Afin d'apprécier l'état de santé mentale des individus, on recourt le plus souvent à des enquêtes pour mesurer soit la détresse psychologique qu'ils ressentent, soit la perception qu'ils ont de leur état de santé mentale.

Au Québec, en 1998, environ 8 % des personnes âgées de 15 ans et plus jugeaient leur santé mentale moyenne ou mauvaise[11]. Plus récemment, une enquête canadienne permettait d'estimer à 4,9 % la proportion de Québécois qui considéraient leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise, comparativement à 6,9 % pour l'ensemble des Canadiens, ce qui laisse voir une diminution, entre 1998 et 2002, de la proportion de personnes qui croient que leur état de santé mentale laisse à désirer. Selon la même enquête, un Québécois sur dix déclare avoir présenté au moins un trouble de santé mentale, incluant la dépendance à une substance. Cette proportion est la même pour l'ensemble des Canadiens[12].

La détresse psychologique est un indice qui permet de mesurer chez les personnes les symptômes de dépression et d'anxiété. L'indice de détresse psychologique ne permet pas de déterminer des psychopathologies précises. Il permet de situer les personnes sur un continuum allant de la santé mentale à la maladie mentale. La détresse psychologique sévère correspond au degré de détresse psychologique que présentait 20 % de la population âgée de 15 ans et plus qui affichait le score le plus élevé à cet indice lors de l'enquête de Santé Québec de 1987, ce qui permet de comparer les résultats obtenus depuis. En 1992-1993, la proportion d'individus présentant de la détresse psychologique sévère atteignait 26 %. En 1998, cette proportion a diminué à 20 %. Également, selon l'enquête de 1998, la proportion de personnes présentant de la détresse psychologique sévère était plus élevée chez les femmes (23 %), chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (28 %), chez les personnes sans emploi (30 %), chez les personnes peu scolarisées (23 %) et chez celles à faible revenu (24 %)[13].

Par ailleurs, on constate que l'incapacité au travail en lien avec des problèmes de santé mentale est en augmentation au Québec. En effet, selon les enquêtes de Santé Québec, le nombre moyen de journées d'incapacité de travail par personne pour des problèmes de santé mentale aurait plus que triplé entre 1992 et 1998[14].

Le suicide

Le suicide figure parmi les conséquences possibles des problèmes de santé mentale, mais il n'est pas exclusivement associé à ce type de troubles. Le Québec occupe le premier rang parmi les provinces canadiennes en ce qui concerne le taux de suicide pour l'ensemble de la population[15]. En fait, le Québec est l'un des endroits au monde où l'on se suicide le plus. Également, avec la Finlande et l'Autriche, le Québec fait partie des trois pays industrialisés où le taux de suicide de la population masculine est le plus élevé. Un aspect particulièrement inquiétant de la problématique du suicide est le jeune âge auquel peuvent survenir les idées suicidaires, les tentatives de suicide ou le suicide. On a observé des idées suicidaires chez des enfants québécois qui n'avaient pas encore dix ans[16]. Pour la période de 1975-1978 à 2000-2002, le taux de suicide au Québec est passé de 14,8 pour 100 000 habitants à 17,8. Durant la même période, le suicide a connu une hausse de 29 % chez les hommes, pour s'établir, tout récemment, à 28 décès pour 100 000 hommes[17].

Le suicide mène à de grandes pertes en termes d'années potentielles de vie perdues, avec un taux de 6,2 années pour 1 000 personnes pour la période 2000-2002[18] ; on entend par années potentielles de vie perdues le nombre d'années dont une personne n'a pas pu profiter parce qu'elle est morte avant l'âge auquel on peut espérer vivre actuellement (l'âge de référence est 75 ans)[19]. Par ailleurs, aucune mesure n'existe quant à la souffrance que ressentent les personnes suicidaires avant de passer à l'acte ni à celle de leurs proches.

Les déterminants de la violence, des troubles mentaux et du suicide

Les caractéristiques personnelles, l'environnement social, des événements stressants et les caractéristiques mêmes du système de services de santé et de services sociaux sont des facteurs qui exercent une influence sur l'apparition ou le maintien de ces problèmes.

Les rapports entre les femmes et les hommes ont un lien avec la violence conjugale et les agressions sexuelles. De plus, bien que les caractéristiques diffèrent d'une situation à une autre, les femmes victimes de violence conjugale proviennent souvent d'un milieu socioéconomique difficile et sont souvent isolées socialement[20]. Pour leur part, les femmes victimes d'agression sexuelle proviennent de tous les milieux socioéconomiques. Les personnes qui appartiennent à un univers marginalisé (prostitution, itinérance), qui présentent un handicap physique ou mental ou bien certaines caractéristiques culturelles risquent plus d'être agressées sexuellement[21]. En ce qui concerne la violence exercée par des proches à l'endroit des personnes âgées, elle est souvent l'aboutissement de relations déjà tendues dans la famille et exacerbées par la perte d'autonomie. Quant à elle, la violence exercée en milieu de soins est associée aux lacunes dans les soins, au manque de formation du personnel et à la surcharge de travail[22].

Plusieurs troubles mentaux parmi les plus incapacitants, par exemple la schizophrénie, ne sont pas considérés comme évitables par la prévention. Cependant, la santé mentale, vue de façon globale, est liée à la perception positive de son état de santé mentale et à la satisfaction qu'éprouvent les personnes face à leur vie sociale, notamment dans le travail et la vie matrimoniale. Dans le même ordre d'idées, les personnes qui ont une vie sociale satisfaisante et qui jouissent d'un soutien social suffisant sont moins enclines à présenter de la détresse psychologique. Par ailleurs, un degré élevé de détresse psychologique va de pair avec la survenue d'événements traumatisants pendant l'enfance ou l'adolescence, une satisfaction mitigée quant à sa vie sociale et un manque de soutien social[23]. La détresse psychologique est enfin associée à une faible estime de soi[24]. De plus, certains problèmes de santé mentale sont en lien avec l'organisation du travail. Le nombre de personnes indemnisées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail pour atteinte à la santé mentale est en augmentation[25]. La surcharge quantitative de travail, la faible reconnaissance de l'entourage, une relation insatisfaisante avec le supérieur, l'absence de participation aux décisions, la circulation insuffisante de l'information et la présence de harcèlement figurent parmi les caractéristiques de l'organisation du travail qui sont en lien avec des problèmes de santé mentale attribuables au milieu de travail[26].

Pour ce qui est du suicide, les facteurs en cause sont multiples. Selon une étude, une proportion élevée de personnes décédées par suicide présentaient un trouble mental, le plus souvent un trouble dépressif. De plus, la majorité des personnes qui avaient un trouble mental avaient consulté un médecin pour ce problème au cours de l'année précédant le suicide soit à un cabinet soit à l'urgence psychiatrique ou générale. C'est dire le rôle central qu'a à jouer le système de services de santé et de services sociaux dans la détection précoce des comportements

suicidaires et le soutien à apporter à ces personnes[27]. En outre, des facteurs relatifs à l'environnement familial et social et certains événements stressants, comme une rupture amoureuse, une perte d'emploi ou l'annonce d'une maladie fatale, peuvent être associés au suicide[28-29]. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer les taux plus élevés de suicide chez les hommes, comparativement aux femmes, et ce, dans la majorité des pays du monde[30]. Plus grande tendance chez les hommes à recourir à des comportements à très haut risque et à la violence extrême ? Suicide mieux accepté socialement lorsqu'il est commis par les hommes ? Difficulté pour les hommes à accepter leur vulnérabilité et à rechercher du soutien en situation de détresse ? Difficulté pour les hommes à accepter les changements de rôles attribués aux hommes et aux femmes dans des cultures comme la nôtre ? Voilà autant d'explications plausibles qui nécessitent toutefois d'être approfondies.

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé. Résumé,* Genève, p. 5.
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé. Résumé,* Genève, 44 p.
3. RIOU, D.A., M. RINFRET-RAYNOR et S. CANTIN (2003). *La violence envers les conjointes dans les couples québécois, 1998*, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 156 p.
4. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2003). *Statistiques 2001. Violence conjugale*, Québec, gouvernement du Québec, 63 p.
5. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 90 p.
6. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2003). *Op. cit.*
7. CONSEIL DES AÎNÉS (2001). *La réalité des aînés québécois*, Québec, Les Publications du Québec, 199 p.
8. *Ibid.*
9. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003). DSM-IV-TR. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé*, 4e édition, Paris, 1120 p.
10. SANTÉ CANADA (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, gouvernement du Canada, 111 p.
11. LÉGARÉ, G. et autres (2000). « Santé mentale », dans Institut de la statistique du Québec (sous la dir. de), *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, gouvernement du Québec, p. 333-352, (Collection La santé et le bien-être).
12. SANTÉ CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être*, 2002, cycle 1.2, www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/pdf/51100126_f.pdf, consulté le 17 février 2005.
13. LÉGARÉ, G. et autres (2000). *Op. cit.*
14. VÉZINA, M. ET R. BOURBONNAIS (2001). « Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale », dans Institut de la statistique du Québec, *Portrait social du Québec : Données et analyse, édition 2001*, Québec, gouvernement du Québec, p. 279-287, (Collection les conditions de vie).
15. SAINT-LAURENT, D., C. BOUCHARD et L. MAILLOUX (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : Que savons-nous de la situation récente ?*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 34 p.
16. BRETON, J.J. et autres (2002). « Santé mentale », dans Institut de la statistique du Québec (sous la dir. de), *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, gouvernement du Québec, p. 433-450, (Collection La santé et le bien-être).
17. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2005.
18. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2005.
19. STATISTIQUE CANADA. *Indicateurs de la santé*, www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/free_f.htm, consulté le 18 janvier 2005.
20. RIOU, D.A., M. RINFRET-RAYNOR et S. CANTIN (2003). *Op. cit.*
21. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2001). *Op. cit.*
22. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *Op. cit.*
23. LÉGARÉ, G. et autres (2000). *Op. cit.*
24. BRETON, J.J. et autres (2002). *Op. cit.*
25. VÉZINA, M. ET R. BOURBONNAIS (2001). *Op. cit.*
26. CHAIRE EN GESTION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DANS LES ORGANISATIONS (2003). *La santé psychologique au travail… de la définition du problème aux solutions : Les causes du problème, les sources de stress au travail*, Québec, Université Laval, 23 p.

27. SAINT-LAURENT, D. et S. TENNINA (2000). *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 59 p.

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

29. JULIEN, M. (2004). *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 50 p.

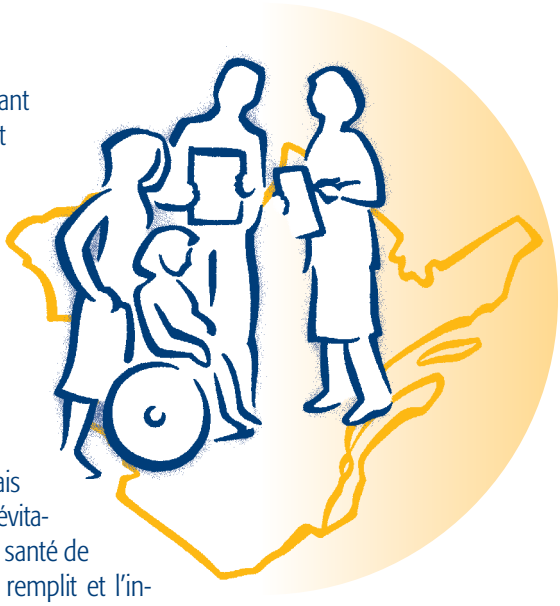
30. MISHARA, B.L. et M. TOUSIGNANT (2004). *Comprendre le suicide*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 172 p.

Section II

Le rôle des services de santé et des services sociaux

Section II

Le rôle des services de santé et des services sociaux



Le système de services de santé et de services sociaux est important pour la population, et ce, à plusieurs titres. On a tout naturellement tendance à se tourner vers ce système pour trouver les solutions aux grands problèmes de santé évitables. C'est qu'il est devenu très important au sein de la société et son rôle est fondamental. Aux individus, il offre le soulagement de la souffrance, la garantie de profiter des avancées scientifiques, le soutien nécessaire en cas d'incapacité temporaire ou permanente et, enfin, la protection contre les risques financiers liés à la maladie ou aux problèmes psychosociaux. Pour la collectivité, le système de services de santé et de services sociaux représente un instrument important pour l'équité sociale et un levier de développement. Mais quel peut être exactement son apport pour prévenir les problèmes évitables qui viennent d'être décrits et, plus largement, pour améliorer la santé de la population ? Pour le savoir, il faut examiner les fonctions qu'il remplit et l'influence qu'il est en mesure d'exercer.

Au préalable, une confusion qui perdure depuis la création des systèmes de services publics mérite d'être questionnée. Plusieurs personnes croient en effet que l'état de santé d'une société est directement proportionnel aux dépenses engagées dans les services de santé. Or, on sait que le taux d'utilisation des services de santé et le recours aux soins n'expliqueraient que 20 % des différences de mortalité et de morbidité entre les populations des pays industrialisés. Il suffit de mentionner que des pays comme la Suède, la Norvège et le Danemark dépensent moins dans les services que beaucoup d'autres sociétés tout en affichant des résultats de santé supérieurs. On peut également comparer la situation du Canada avec celle des États-Unis : les Américains dépensent une fois et demie plus que les Canadiens dans les services de santé, mais ces derniers présentent un bilan de santé global plus positif[1].

Au moins deux explications peuvent être avancées. Premièrement, on sait depuis longtemps maintenant que les services de santé constituent un des déterminants de la santé, les autres étant les conditions de vie, l'environnement physique, les habitudes de vie et la biologie. Selon

les circonstances, l'un ou l'autre déterminant ou leur combinaison aura davantage d'influence. De façon générale, on estime que sur les 30 années gagnées en espérance de vie au cours du dernier siècle en Occident, 8 seulement seraient attribuables à l'action des services de santé[2]. Deuxièmement, une fois qu'un certain montant a été investi dans les services de santé, l'investissement obéit à la loi des rendements décroissants. L'examen de la morbidité et de la mortalité évitables par le système de soins illustre bien ce fait. Ces deux notions réfèrent aux hospitalisations et aux décès consécutifs à certains problèmes de santé, qui peuvent être évités lorsque des soins de santé appropriés sont offerts en temps opportun[3]. La mise en place des systèmes de soins publics a permis de diminuer la morbidité et la mortalité évitables. Il faut toutefois noter que dans les pays riches où de nombreuses causes d'incapacité et de décès sont déjà maîtrisées, l'impact de l'organisation des soins et des services sur l'état de santé de la population devient moins visible[4]. En clair, cela signifie qu'on ne pourrait espérer obtenir des gains importants, sur le plan de l'amélioration de la santé, avec de nouveaux investissements massifs dans les services de santé. Certes, des investissements sont essentiels, mais les justifications sont ailleurs.

Comment donc le système de services de santé et de services sociaux peut-il le mieux contribuer à l'amélioration de la santé de la population ? En remplissant, de façon optimale, les fonctions qui lui sont assignées par la collectivité.

Les fonctions du système

La fonction de base du système public est celle d'assureur. Le régime d'assurance doit protéger tous les citoyens, sans distinction, contre les risques financiers liés à la maladie ou à un traumatisme. Cette fonction reste primordiale. Pour que le système puisse bien la remplir, l'accessibilité aux soins et services demeure essentielle. La couverture doit être la plus complète possible, le déploiement des ressources sur le territoire doit permettre un accès optimal, les soins et services doivent être adaptés aux besoins des divers groupes, tout particulièrement les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique, qui sont plus souvent frappés par la maladie ou les problèmes psychosociaux. On admet qu'une plus grande accessibilité aux services est susceptible de contribuer à améliorer l'état de santé des personnes les plus démunies et, ce faisant, à diminuer les inégalités de santé. En somme, si le système de services de santé et de services sociaux ne peut pas à lui seul améliorer la santé de la population, il y contribue, notamment en atténuant les effets de la pauvreté sur la santé.

De façon générale, le système de services de santé et de services sociaux constitue un important levier d'équité sociale. Il permet une double redistribution de la richesse : des personnes en bonne santé aux personnes malades, et tout particulièrement aux grands malades ; des contribuables plus riches aux contribuables les plus pauvres.

La population demande au système d'être davantage qu'un assureur. Elle souhaite qu'il continue de soulager la souffrance et la douleur, d'organiser l'aide pour les personnes qui ont un handicap, de voir à l'insertion sociale de personnes qui ont des troubles mentaux, de lever toutes sortes d'incapacités, bref de contribuer activement au développement social. Ce faisant, les fonctions du système se sont accrues au fil des ans. Aujourd'hui, elles sont les suivantes :

- **prévenir :** promotion de la santé, prévention proprement dite incluant le dépistage, protection, surveillance ;
- **traiter :** traitement proprement dit, réadaptation, réinsertion sociale ;
- **soutenir :** soins et aide aux personnes ayant une incapacité temporaire ou permanente et soins en fin de vie.

Traiter est une fonction quasi exclusive au système de services de santé et de services sociaux. La très grande majorité des ressources humaines, matérielles et financières sont consacrées à cette fonction. Par ailleurs, pour prévenir et soutenir, le système compte sur la contribution de plusieurs acteurs sociaux. L'action sur les déterminants de la santé en particulier exige la contribution de tous parce qu'elle repose sur des choix sociaux, comme le partage de la richesse ou le développement durable. Le système de soins, en tant que mandataire de la collectivité pour les questions de santé, a toutefois un rôle central à jouer dans la mobilisation des acteurs sociaux et dans la réalisation des actions multisectorielles en faveur de la santé, sous l'angle de la prévention et du soutien.

Les moyens pour prévenir les problèmes évitables et améliorer la santé de la population

Pour remplir son rôle, le système de soins dispose de deux grands moyens : des soins et services ; un pouvoir d'influence et des moyens d'action pour mobiliser les acteurs de tous les secteurs d'activité en faveur de la santé.

Une organisation de services offerts sur tout le territoire

Quels sont les éléments de l'organisation de services les plus susceptibles, dans l'état actuel des choses, de contribuer à prévenir les problèmes évitables ? La documentation scientifique est explicite. La consolidation des soins de santé primaires, appelés services de première ligne, une place accrue à la prévention et l'excellence des pratiques sont les dimensions de l'organisation des soins et services qui offrent le plus de potentiel.

La consolidation des services de première ligne

Les services de première ligne sont définis comme des services de premier niveau, dont l'accessibilité est universelle, qui reposent sur la pleine participation de la collectivité et qui sont offerts à un coût raisonnable[5]. Ces services incluent l'accès à un professionnel travaillant au sein d'une équipe interdisciplinaire qui coordonne le cheminement des patients à travers des fonctions d'accueil, d'évaluation, de diagnostic, d'orientation et de suivi[6]. Les services de première ligne sont la porte d'entrée du système. Ils donnent accès, d'une manière intégrée et coordonnée, à un ensemble de traitements préventifs ou curatifs et de services de réadaptation et de soutien, offerts sur une base ambulatoire ou à domicile, ainsi qu'à des services spécialisés et surspécialisés. De plus, les services de première ligne sont organisés pour répondre aux besoins d'une population locale, en fonction de ses caractéristiques sociosanitaires.

Les systèmes comportant une solide infrastructure de services de première ligne sont associés à des taux de morbidité et de mortalité prématurée plus faibles de même qu'à des coûts de santé moindres[7-8]. On peut même considérer qu'une organisation adéquate des services de première ligne, caractérisée notamment par l'ancrage des services dans les communautés locales, peut contribuer à réduire l'impact des inégalités socioéconomiques[9].

Au Québec, depuis la création du système public, les services de première ligne sont offerts suivant deux modèles d'organisation distincts. Le premier repose sur des cliniques médicales privées, où la majorité des médecins québécois qui participent au régime d'assurance maladie exercent leur profession. Le deuxième modèle, communautaire, est issu des centres locaux de services communautaires (CLSC), aujourd'hui intégrés aux centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les services des CSSS incluent l'accès à un professionnel travaillant au sein d'une équipe interdisciplinaire qui coordonne le cheminement des patients à travers des fonctions d'accueil, d'évaluation, de diagnostic, d'orientation et de suivi[10].

Au fil des ans, commissions d'enquête, comités et groupes de travail divers ont souligné certaines lacunes des services de première ligne au Québec. C'est là une des principales causes des problèmes d'accessibilité, de continuité et de coordination des services, problèmes maintes fois relevés.

La réforme amorcée l'an dernier vise justement à corriger ces problèmes. Désormais, l'organisation des services de santé et des services sociaux est fondée sur deux principes : la responsabilité de population et la hiérarchisation des services. La responsabilité de population signifie que les intervenants locaux sont conjointement responsables d'offrir à la population du territoire les services qu'elle requiert ou de s'assurer que les services lui sont offerts. Ils sont aussi responsables du cheminement de la personne à travers les services, autant pour son passage des services de première ligne aux services spécialisés ou surspécialisés que pour son retour aux services de première ligne dans son milieu de vie. Le principe de hiérarchisation renvoie à la complémentarité entre les services de première ligne, les services spécialisés et les services surspécialisés, complémentarité qui, justement, vise à faciliter le cheminement des personnes à travers les services[11].

Tous les intervenants d'un territoire local doivent fonctionner en réseau. Le pivot du réseau est le CSSS. Les CSSS sont nés de la fusion d'un centre hospitalier, d'un ou plusieurs CLSC et d'un ou plusieurs centres d'hébergement et de soins de longue durée. On compte 95 CSSS, qui couvrent tout le territoire du Québec. À partir d'un portrait de l'état de santé de sa population, chaque CSSS doit se doter d'un projet clinique qui permet de fixer des objectifs sociosanitaires, de définir une gamme adaptée de services et de déterminer les modes d'organisation et les contributions convenues avec ses partenaires[12]. À la base, le Ministère a déterminé la gamme de services généraux qui doivent être offerts dans chaque territoire local[13]. Une attention particulière doit être portée aux services sociaux de première ligne destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, aux services généraux de santé mentale et aux services préventifs, des lacunes ayant été observées ces dernières années concernant ces services[14-15].

Les CSSS évolueront en partenariat avec les groupes de médecine de famille (GMF), nouvellement créés. Le GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille auprès de personnes inscrites. Les médecins des GMF sont également en relation avec d'autres professionnels des services de santé et des services sociaux[16]. Plus de 85 GMF sont actuellement en place, et leur nombre devrait augmenter graduellement d'ici quelques années. Avec les GMF, la population peut plus facilement consulter un médecin de famille. La formation des GMF favorise également la continuité des services, notamment grâce au renforcement des liens entre les médecins des GMF et les autres professionnels, en particulier ceux des CSSS[17].

La réforme est actuellement en cours. À moyen et à long terme, d'autres mesures devront permettre de consolider les services de première ligne, en particulier l'implantation d'un nouveau mode d'allocation budgétaire davantage orientée sur les caractéristiques des populations concernées, l'adaptation des modes de rémunération des médecins en vue de favoriser les pratiques préventives et la collaboration interprofessionnelle, la révision des champs de pratique avec l'objectif de lever les barrières interprofessionnelles et, sur un autre plan, la mise en place de systèmes d'information performants.

Des mesures de suivi sont prévues afin d'évaluer l'impact de la réforme en cours quant au renforcement réel des services de première ligne, quant à la justesse de la réponse aux besoins, notamment pour les groupes qui présentent des caractéristiques particulières, et quant à l'accessibilité aux services et à la continuité des interventions (par exemple, le passage des services de première ligne aux services spécialisés ainsi que le retour aux services de première ligne).

Au-delà des mécanismes prévus, des moyens novateurs devront aussi être utilisés pour susciter et soutenir la participation des citoyens à la planification et à la mise en œuvre des services qui leur sont destinés. L'adaptation des services sera d'autant plus réussie que l'on associera la population aux décisions.

Une place accrue à la prévention

L'importance de la prévention n'est plus à démontrer. Il existe des guides de bonnes pratiques qui déterminent les pratiques cliniques préventives les plus efficaces, par exemple les recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins préventifs, et nombre d'interventions préventives ont fait leurs preuves. Les activités préventives font partie intégrante des soins et services. La prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes psychosociaux est en effet l'affaire de tous les acteurs du système. Toutefois, ce sont certainement les acteurs qui offrent les services de première ligne qui sont les mieux placés pour effectuer des interventions préventives.

Différents types d'interventions préventives doivent être mises en place. Certaines visent à réduire chez des gens en bonne santé le risque de développer des problèmes de santé. Ces interventions peuvent être offertes à la population en général ou à des groupes qui présentent des facteurs de risque particuliers. D'autres interventions préventives visent à réduire les conséquences d'un problème qui est déjà présent et dont les symptômes ne sont pas encore apparus. Le dépistage du cancer du col utérin de même que celui de l'hypertension artérielle et de l'hypothyroïdie congénitale en sont des exemples.

En 2003, le Ministère a rendu public le *Programme national de santé publique 2003-2012*. Ce programme définit les interventions préventives à mettre en place sur l'ensemble du territoire du Québec[18]. De plus, il prévoit des interventions préventives que les cliniciens sont incités à inclure dans leur pratique quotidienne. Les cliniciens visés sont non seulement les médecins, les sages-femmes, les dentistes, les pharmaciens et les infirmières, mais également les professionnels qui travaillent dans le domaine psychosocial, comme les travailleurs sociaux et les psychologues.

Parmi les principales interventions préventives définies dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*, on trouve la vaccination, le counseling, la détection précoce des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux ainsi que les programmes systématiques de dépistage des maladies.

Des outils devront être produits pour accentuer les efforts de prévention au sein du système de soins, pour amener les cliniciens à augmenter le temps qu'ils consacrent à la prévention et pour soutenir ces derniers. À cette fin, des mesures incitatives, financières ou autres, et des actions de renforcement, comme la formation continue, devront aussi être mises en place. Parallèlement, il faudra mener des actions pour améliorer l'acceptabilité et la faisabilité des interventions préventives. Enfin, leur formation de base devra inclure un volet préventif plus appuyé afin que les professionnels de la santé et du domaine psychosocial intègrent la dimension préventive à leur pratique et qu'ils se sentent mieux outillés pour le faire.

Le soutien à l'adoption de bonnes pratiques

L'organisation du travail et les pratiques professionnelles ont une influence sur les résultats de santé. Les approches qui misent sur le travail interdisciplinaire, les pratiques fondées sur les données probantes, une organisation du travail qui repose sur la qualité et la continuité des soins ainsi que la participation du patient dans les décisions qui le concernent sont un gage de succès. Par exemple, dans le cas de maladies chroniques, les services de réadaptation pour les personnes ayant fait un infarctus ou les soins coordonnés destinés aux individus atteints

de diabète peuvent contribuer à diminuer la mortalité ou les complications associées à ces maladies[19]. De la même manière, des soins palliatifs continus, coordonnés et globaux contribuent à l'amélioration de la qualité des derniers moments de vie.

Si le système de soins et services peut contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population, en contrepartie, on sait aussi qu'il peut occasionner des problèmes de santé. On estime qu'entre 3 % et 16 % des patients qui sont admis à l'hôpital sont victimes d'un événement indésirable qui résulte des processus de soins et dont les conséquences vont de l'incapacité temporaire au décès[20]. Plus du tiers de ces événements, qui résultent souvent d'une combinaison d'erreurs, peuvent être évités[21]. Les infections nosocomiales et les accidents liés à la médication comptent parmi ces événements.

Compte tenu des événements indésirables liés aux soins, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* a été modifiée concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux[22]. Un plan d'action ministériel a également été produit[23]. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipule que toute personne exerçant des fonctions dans un établissement est tenue de déclarer tout incident ou accident qu'elle a constaté et que l'usager a le droit d'en être informé. De plus, les établissements doivent mettre en place un comité de gestion des risques et de la qualité, notamment pour effectuer un suivi des accidents, et solliciter l'agrément de leurs services auprès d'organismes d'accréditation reconnus.

Afin d'éviter la transmission des infections en milieu de soins, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec a formulé une série de recommandations[24]. À la suite de l'augmentation récente des cas d'infection à *Clostridium difficile*, un système de surveillance a été mis en place. La plupart des hôpitaux de soins généraux et spécialisés y participent. Le système de surveillance du *Clostridium difficile* constitue la base d'un système provincial de surveillance des infections nosocomiales. Du nouveau personnel a été affecté à la prévention de ces infections, et les mesures de contrôle (lavage des mains, désinfection des lieux, etc.) ont été renforcées.

Une autre voie prometteuse pour l'adoption de bonnes pratiques réside dans l'évaluation continue des pratiques professionnelles[25]. Les deux principales composantes de la qualité sont les soins ou services comme tels, qui doivent être fondés sur les connaissances scientifiques les plus récentes, et l'organisation des services ou les processus de soins. La définition d'indicateurs sur ces deux aspects et leur suivi systématique pourraient s'avérer d'autant plus opportuns que le système québécois est actuellement en transition. La gestion des risques liés aux événements indésirables en milieu de soins pourrait faire partie intégrante de ce processus global d'appréciation de la qualité, particulièrement en ce qui a trait aux activités cliniques.

L'amélioration continue de la qualité passe par une série d'autres mesures : l'appréciation par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le conseil des infirmières, le conseil des sages-femmes ou le conseil multidisciplinaire d'un établissement de soins de la qualité de l'acte professionnel dans l'établissement ; l'utilisation de guides de pratique, la formation continue et les discussions de cas, tous des éléments de plus en plus intégrés à la pratique ; l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé ; l'audit ou le suivi d'indicateurs portant sur les structures, les processus et les résultats, activités encore peu courantes au Québec.

Un pouvoir d'influence et des moyens d'action pour mobiliser les acteurs en faveur de la santé

L'amélioration de la santé de la population exige toutefois que soient considérés des facteurs extérieurs aux services de santé. Par conséquent, le secteur de la santé et des services sociaux doit, au-delà des moyens énoncés plus haut, sensibiliser les autres secteurs d'activité de la société à l'importance de leur contribution à l'amélioration de la santé de la population.

Afin de mobiliser les acteurs intersectoriels autour d'objectifs axés sur l'amélioration de la santé de la population, le secteur de la santé et des services sociaux peut compter, de façon particulière, sur sa composante de santé publique et sur les récents instruments dont elle s'est dotée : la *Loi sur la santé publique* et le *Programme national de santé publique 2003-2012*.

La Loi confère au ministre de la Santé et des Services sociaux le rôle de conseiller le gouvernement en matière de promotion de la santé et d'adoption de politiques favorables à la santé. En effet, en vertu de la *Loi sur la santé publique*, le ministre de la Santé et des Services sociaux « [...] 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 »[26]. La Loi légitime de plus les autorités de santé publique de mettre en garde des acteurs des différents secteurs d'activité lorsque qu'une situation représente un risque élevé de mortalité. La Loi stipule que « lorsqu'un directeur de santé publique constate l'existence ou craint l'apparition dans sa région d'une situation présentant des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables pour la population ou pour un groupe d'individus et, qu'à son avis, il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques, il peut demander formellement aux autorités dont l'intervention lui paraît utile de participer avec lui à la recherche d'une solution adéquate dans les circonstances. Les autorités ainsi invitées sont tenues de participer à cette recherche de solution »[27].

Le programme constitue un plan d'action pour mieux agir sur les déterminants de la santé qui peuvent être modifiés par une action concertée et planifiée. Il fixe des objectifs précis dans ce sens pour les dix prochaines années et comprend un ensemble d'activités qui traduisent concrètement les fonctions essentielles de santé publique (promotion, prévention, protection et surveillance) définies dans la Loi, afin d'agir en amont des problèmes et d'améliorer la santé de la population[28]. Les acteurs des différents secteurs d'activité devront être soutenus dans la détermination et dans la réalisation d'actions axées sur l'amélioration de la santé.

L'action multisectorielle doit être organisée à tous les niveaux du système de services de santé et de services sociaux. Au niveau provincial, le Ministère signe des ententes avec ses partenaires pour coordonner ses services avec ceux offerts par d'autres organismes, par exemple, l'entente de complémentarité avec le secteur de l'éducation, l'entente avec le ministère de la Justice et le ministère de la Sécurité publique pour le traitement des cas d'agressions sexuelles. Au niveau régional, l'agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux applique ces ententes sur son territoire et voit elle aussi à établir des partenariats particuliers, adaptés à sa réalité. Enfin, au niveau local, les nouveaux CSSS ont reçu explicitement le mandat de travailler en réseau intégré de services avec les divers partenaires sectoriels et intersectoriels de leur territoire et en lien avec les niveaux régional et provincial. Ils peuvent même

Les fonctions essentielles de santé publique

La surveillance continue de l'état de santé de la population

Elle permet de suivre, dans l'espace et dans le temps, l'évolution de l'état de santé de la population et de ses déterminants et d'en informer la population et les décideurs appartenant aux secteurs d'activité susceptibles d'avoir un impact sur la santé.

La promotion de la santé et du bien-être

Cette fonction comprend les activités qui permettent d'influencer l'évolution des déterminants de la santé, dans le but de donner aux individus et aux communautés plus d'emprise sur leurs conditions de vie et des moyens d'améliorer leur santé. Elle consiste à accroître les connaissances sur les déterminants, à déployer les interventions les plus efficaces, à recourir à la concertation intersectorielle et à la mobilisation des individus et des collectivités et, enfin, à contribuer à l'adoption de politiques favorisant le maintien et l'amélioration de la santé.

La prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes

La prévention poursuit un double objectif : réduire les facteurs de risque des maladies, des problèmes psychosociaux ainsi que des traumatismes et détecter au plus tôt ces problèmes avant qu'ils n'aient pris trop d'ampleur. Les activités de prévention s'adressent à l'ensemble de la population ou à certains groupes vulnérables. Elles consistent à mieux connaître les facteurs de risque associés aux principaux problèmes de santé et les moyens de prévention efficaces pour renforcer les individus et les communautés, à diffuser ces connaissances auprès de la population et des acteurs visés ainsi qu'à favoriser le recours aux interventions préventives efficaces par les intervenants des services de première ligne.

La protection de la santé

En cas de menace à la santé, réelle ou appréhendée, les autorités sanitaires interviennent, soit à l'échelle de la population soit à celle de groupes ou d'individus. Ces interventions permettent d'obtenir les informations nécessaires à l'enquête épidémiologique en vue de documenter la menace et de mettre en œuvre les mesures pour contrer ou corriger la situation. D'où le besoin d'un processus de veille, ou vigie sanitaire, qui permet de connaître en temps réel les menaces pour la santé de la population. La fonction de protection de la santé inclut également la préparation aux situations d'urgence, en collaboration avec les partenaires concernés, la planification d'activités pour prévenir les risques et organiser les secours ainsi que la mise en place de mesures d'urgence.

signer des ententes à cet effet. Ce cadre d'action exige l'engagement de tous les partenaires concernés, bref, un effort collectif important en faveur de la santé. C'est là la première condition de succès.

Enfin, l'intervention du système de services de santé et de services sociaux est essentielle, autant pour les individus que pour la collectivité. Mais elle demeure nécessairement partielle et limitée. On ne peut demander au système seul d'améliorer la santé de la population, parce qu'il est souvent amené à agir problème par problème, et parce que les grands déterminants, ceux qui influencent le plus la santé, échappent à son action. Pour une action de grande portée en faveur de la santé, tous les acteurs sociaux doivent conjuguer leurs efforts en vue d'améliorer les conditions de vie, de préserver la qualité de l'environnement physique et social, d'appuyer l'adoption de saines habitudes de vie et de soutenir le développement des enfants et des jeunes.

1. McPHERSON, K. (1990). « Les variations des pratiques médicales », dans Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE), *Les systèmes de santé à la recherche d'efficacité*, Paris, p. 17-29.
2. RODHAM-CLINTON, H. (2004). « Now are we ready to talk about health care », *New York Times*, 18 avril, section 6, p. 30.
3. CHOINIÈRE, R. et P. TOUSIGNANT (2003). « L'état de santé de la population québécoise, les principaux facteurs de risque et les services de santé », dans V. Lemieux et autres (sous la dir. de), *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 93-117.
4. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2000). *Rapport sur la santé dans le monde - 2000 : Pour un système de santé plus performant*, Genève, 248 p.
5. LAMARCHE, P. et autres (2003). *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 36 p.
6. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000). *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*, Québec, gouvernement du Québec, 410 p.
7. MACINKO, J., B. STARFIELD et L. SHI (2003). « The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998 », *Health Services Research*, vol. 38, nº 3, p. 831-865.
8. STARFIELD, B. et L. SHI (2002). « Policy relevant determinants of health: An international perspective », *Health Policy*, vol. 60, p. 210-218.
9. POLITZER, R.M. et autres (2001). « Inequality in America: The contribution of health centers in reducing and eliminating disparities in access to care », *Medical Care Research and Review*, vol. 58, nº 2, p. 234-248.
10. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000). *Op. cit.*
11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004a). *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*, Québec, gouvernement du Québec, 75 p.
12. *Ibid.*
13. *Ibid.*
14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, Québec, gouvernement du Québec, 48 p.
15. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *État de la situation et recommandations au regard des services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CLSC*, Québec, gouvernement du Québec, 69 p.
16. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003a). *Devenir un GMF - Guide d'accompagnement*, Québec, gouvernement du Québec, 70 p. et annexes.
17. *Ibid.*
18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003b). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, gouvernement du Québec, 133 p.
19. RACHLIS, M. (2004). « Health care and health », dans D. Raphael (sous la dir. de), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, Toronto, Canadian Scholars' Press, p. 297-310.
20. BAKER, G.R. et autres (2004). « The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada », *Journal of Canadian Medical Association*, vol. 170 , nº 11, p. 1678-1686.
21. *Ibid.*
22. QUÉBEC. *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux : projet de loi n° 113, chapitre 71, 2002*, Éditeur officiel du Québec, 7 p.
23. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *La gestion des risques, une priorité pour le réseau. Rapport du comité ministériel*, Québec, gouvernement du Québec, 130 p.

24. COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (2004b). *Prévention et contrôle de la diarrhée nosocomiale associée au* Clostridium difficile *au Québec*, 2e édition, Québec, Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec et Institut national de santé publique du Québec, 83 p.

25. BOROWITZ, M., R. MASSOUD et M. McKEE (2004). « Improving the quality of health systems », dans J. Figueras et autres (sous la dir. de), *Health Systems in Transition: Learning from Experience*, Copenhague, European Observatory of Health Systems and Policies, p. 103-121.

26. QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : LRQ, chapitre S-2.2, à jour au 31 octobre 2004*, Éditeur officiel du Québec, article 54.

27. QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : LRQ, chapitre S-2.2, à jour au 31 octobre 2004*, Éditeur officiel du Québec, article 55.

28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003b). *Op. cit.*

Section III

Les grands moyens

Section III

Les grands moyens

Les grands moyens qui permettront d'améliorer la santé de la population, c'est-à-dire de prévenir les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux évitables, sont en fait des actions qui permettent d'agir sur les déterminants de ces problèmes. Quels sont ces déterminants ?

Parmi les facteurs qui influencent la santé, on note les caractéristiques personnelles de chaque individu : les caractéristiques biologiques, notamment les facteurs génétiques, et les facteurs psychosociaux, comme le tempérament. Les comportements individuels et les habitudes de vie influent aussi sur la santé. On a pu constater, à titre d'exemple, que certains comportements sexuels influençaient la propagation des ITSS et que les habitudes de vie jouaient un rôle dans l'apparition des principales maladies chroniques. Également, l'impact de l'environnement économique sur la santé n'est plus à démontrer. Les personnes pauvres vivent moins longtemps que celles qui sont plus favorisées sur le plan économique. Les personnes pauvres présentent aussi plus de problèmes de santé. On a déjà mentionné que la pauvreté et la surpopulation augmentaient les risques de maladies infectieuses, que les principales maladies chroniques étaient associées à la pauvreté, que les conditions de vie des familles, dont la pauvreté et la faible scolarité des parents, exerçaient une influence prépondérante sur le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents et, enfin, que la pauvreté créait un climat propice à la violence. Relativement à l'environnement physique, on a pu observer que les MCV, les maladies respiratoires et le cancer du poumon étaient souvent associés à la pollution atmosphérique. La sécurité des routes et celle des résidences, notamment, peuvent aussi être associées aux traumatismes non intentionnels. L'environnement social influence aussi la santé. À preuve, on a démontré que les personnes qui pouvaient compter sur un réseau social satisfaisant étaient moins malades que celles qui avaient un réseau social pauvre et que les collectivités où régnait une certaine cohésion sociale prenaient davantage en main leur destinée et étaient en meilleure santé, autant physique que psychologique.

S'il est difficile de modifier les caractéristiques individuelles des personnes, il est possible d'agir sur les autres déterminants. Alors que la section précédente faisait état des moyens possibles d'améliorer la contribution du système de services de santé et de services sociaux à la santé de la population, celle-ci présente les moyens d'agir sur les autres déterminants communs des problèmes de santé évitables, c'est-à-dire la pauvreté, la qualité et la sécurité de l'environnement physique ainsi que l'environnement social, en particulier les communautés. Enfin, si tous les déterminants mentionnés peuvent être modifiés à n'importe quel moment de la vie, ils doivent l'être surtout pendant l'enfance et l'adolescence. Les enfants et les adolescents sont particulièrement sensibles aux caractéristiques de leur milieu. C'est pourquoi il importe d'agir au cours de ces périodes pour favoriser la santé à l'âge adulte.

Une société plus juste, une population en meilleure santé

« Parce qu'elles relèvent en bonne partie de circonstances sociales et économiques plutôt que de la fatalité, les inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être ne sauraient être tolérées. Aujourd'hui, il existe un large consensus sur la nécessité de réduire ce type d'inégalités. Outre notre volonté d'agir, nous avons au surplus, en tant que collectivité, les moyens d'y arriver, et ce, dans la continuité des actions et des efforts accomplis jusqu'ici[1]. »

Les liens entre les conditions socioéconomiques et la santé

Parler des liens entre les conditions socioéconomiques et l'état de santé de différents groupes de la population, c'est parler d'une distribution inégale de la santé parmi les groupes sociaux, c'est parler d'inégalités de santé. Parler d'inégalités de santé, c'est parler avant tout de l'impact de la pauvreté.

Pauvres et malades en plus

Les conditions socioéconomiques ont assurément un impact sur la santé. Il en va ainsi de caractéristiques comme le niveau de scolarité, l'emploi et le revenu. Les exemples abondent pour illustrer l'association entre les caractéristiques socioéconomiques et divers problèmes de santé comme l'infection par le VIH et le sida, les principales maladies chroniques, certains types de traumatismes, les problèmes de développement chez les jeunes enfants et les problèmes de santé mentale, pour ne nommer que ceux-là.

Au Québec, pour la période 2000-2002, les hommes les plus défavorisés au plan socioéconomique pouvaient s'attendre à vivre en moyenne 8 ans de moins que les plus favorisés ; l'écart était de 3 ans pour les femmes. Alors que l'écart est resté stable chez les hommes, comparativement à la période 1996-1998, il s'est légèrement accentué chez les femmes (de 2,5 à 3 années)[6-7-8].

Dans tous les pays, on observe des différences entre l'état de santé des groupes défavorisés sur le plan socioéconomique et celui des groupes favorisés. Ainsi, les individus appartenant aux groupes les plus défavorisés risquent plus de présenter différents types de maladies, d'être atteints par la maladie à un plus jeune âge ou de mourir plus tôt que ceux des groupes plus avantagés. Par ailleurs, plus la privation socioéconomique est longue, plus les dommages sur la santé sont importants[2-3-4-5].

On peut considérer la pauvreté de façon absolue, c'est-à-dire comme l'état de posséder peu en fonction d'un ensemble minimal défini objectivement. En ce sens, la pauvreté influence la santé en raison des privations matérielles qu'elle entraîne : il est en effet aisé de concevoir que lorsque, par exemple, les personnes ne peuvent se loger convenablement, manger à leur faim tous les jours du

mois ou se déplacer à leur guise, elles sont à plus haut risque de développer un problème de santé physique ou un problème psychosocial.

La pauvreté ne se limite toutefois pas à une question de privation matérielle ; on peut l'envisager de façon relative, c'est-à-dire en rapport avec ce que la majorité des personnes possèdent dans une société donnée. On met alors l'accent sur le fait de posséder peu par rapport à une majorité de personnes. Dans cette perspective, on observe un effet graduel des conditions socioéconomiques sur la santé. Même à l'intérieur des groupes bien nantis, les personnes occupant une position supérieure ont une meilleure santé que celles occupant une position inférieure. On observe également des écarts de santé entre la classe moyenne et la classe supérieure, écarts qu'il est impossible d'attribuer à la privation matérielle. D'autres facteurs sont en cause. Ils ont un lien avec le sentiment subjectif de ne pas disposer des ressources suffisantes pour se débrouiller seul et de ne pas exercer un contrôle satisfaisant sur sa vie, l'impression de ressentir un relatif inconfort social et de faire face à un ensemble de conditions environnementales et psychosociales plus ou moins favorables, dont les préjugés des autres, qui peuvent susciter des sentiments de honte ou de rejet. De plus, on observe parmi les pays ou les régions prospères que les populations qui présentent une meilleure équité dans la distribution du revenu ont un état de santé global plus favorable et vivent plus longtemps que celles de pays aussi riches et même plus riches, mais où subsistent des inégalités socioéconomiques importantes[9-10].

Les multiples visages de la pauvreté et des inégalités ou comment la pauvreté agit sur la santé

Bien qu'il existe différentes définitions de la pauvreté, on s'entend sur le fait qu'elle revêt de multiples dimensions, chacune étant susceptible d'exercer un effet délétère sur la santé[12-13].

« La vie est courte quand elle est de piètre qualité. En provoquant souffrances et amertume, la pauvreté, l'exclusion sociale et la discrimination entraînent des décès prématurés[11]. »

Comme on l'a dit plus haut, la pauvreté revêt d'abord une dimension matérielle, c'est-à-dire que les personnes pauvres ont un revenu qui limite ou compromet leur accès aux biens et services comme le logement, l'habillement, la nourriture, le transport ou encore un environnement de qualité. C'est le cas, bien souvent, des personnes qui n'ont pas de revenu de travail et des travailleurs à faible revenu.

La pauvreté a en plus une dimension culturelle qui se traduit par un accès limité pour les personnes pauvres à l'éducation et à la culture. Une faible scolarité est liée à la précarité de l'emploi, au chômage et au faible revenu. En n'ayant pas accès à l'éducation, à l'information et à la culture, les personnes pauvres sont ainsi privées du savoir qui leur permet de faire des choix, notamment au regard des habitudes de vie. En effet, le tabagisme, une alimentation inadéquate et la sédentarité sont des comportements que l'on observe plus fréquemment chez les personnes de groupes défavorisés sur le plan socioéconomique que chez les autres groupes.

La pauvreté présente aussi une composante sociale importante. La pauvreté ouvre la voie à la dévalorisation, au manque de soutien social, voire à l'exclusion sociale. Être pauvre, c'est en effet souvent être exclu du mode de vie qui domine dans une société axée sur la consommation, c'est voir sa participation civique réduite et c'est, possiblement, se sentir rejeté et inutile socialement[14]. Le fait d'occuper une position inconfortable dans la hiérarchie sociale contribue à ce sentiment d'inutilité et au sentiment de ne pas exercer une maîtrise suffisante sur sa propre vie.

La pauvreté revêt de plus une dimension environnementale. Les personnes défavorisées risquent en effet davantage d'être exposées à des risques environnementaux. Les personnes pauvres ont une probabilité plus élevée que les personnes issues de milieux favorisés de vivre dans des environnements où elles sont exposées à des risques physiques, biologiques ou

chimiques. Compte tenu de leur manque de ressources financières, elles ne peuvent généralement pas choisir leur lieu de résidence et sont confinées à vivre dans des quartiers délabrés, moins sécuritaires, où la pollution de l'air est plus importante, par exemple. Enfin, les personnes pauvres, quand elles ne sont pas exposées au stress du chômage ou d'un emploi précaire, travaillent souvent dans des environnements qui menacent leur santé.

C'est le cumul de tous ces facteurs de risque matériels, culturels, sociaux et environnementaux qui fait que la pauvreté exerce des effets négatifs sur la santé.

La pauvreté et les inégalités socioéconomiques au Québec

Selon un indice pour mesurer la pauvreté, défini dans le cadre du Programme des Nations Unies pour le développement, le Canada affiche de piètres résultats et se situe au 12e rang parmi 17 pays faisant partie de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). La Suède et la Norvège viennent au premier rang, tandis que les États-Unis occupent le dernier[15]. D'après une étude qui constitue une référence pour plusieurs pays, pour l'an 2000, le taux de pauvreté au Canada s'établit à 11,4 %, tandis que ceux de la Suède et des États-Unis sont respectivement de 6,5 % et 17,0 %[16].

Les conclusions des études ne sont pas unanimes quant à l'évolution de la pauvreté au Québec. Les écarts dans les résultats proviennent, pour une bonne part, des différentes méthodes utilisées pour mesurer la pauvreté. Selon les compilations effectuées par l'Institut de la statistique du Québec à partir des données provenant de l'Enquête sur les finances des consommateurs de Statistique Canada, la proportion de familles québécoises pauvres (c'est-à-dire sous le seuil de faible revenu, après impôt) a diminué entre 1986 et 2000[17-18]. Cette diminution ne se reflète cependant pas dans tous les groupes d'âge, la pauvreté s'étant accentuée chez les personnes de moins de 25 ans et ayant régressé chez les personnes âgées.

Les inégalités de revenu des familles québécoises, mesurées à partir du coefficient d'iniquité globale (Gini), se sont accrues pour la même période, tandis que celles des personnes seules diminuaient légèrement. En ce qui concerne la comparaison avec les autres provinces canadiennes, le Québec affiche un des taux de faible revenu les plus élevés, tandis que sa répartition figure parmi les plus équitables[19]. La comparaison du coefficient Gini montre que, pour l'an 2000, la répartition du revenu au Québec (0,36)[20] est moins équitable qu'en Suède (0,25), mais plus équitable qu'aux États-Unis (0,41)[21]. À tout le moins, on constate qu'au Québec des inégalités de revenu existent et qu'il est possible de faire mieux.

Enfin, au chapitre des inégalités de santé, il faut souligner quelques particularités concernant les communautés autochtones. Bien qu'il existe peu de données sur l'ensemble de la population autochtone, plusieurs renseignements sont disponibles sur l'état de santé des Inuits, qui représentent environ 90 % de la population du Nunavik, et des Cris, qui constituent 95 % de la population des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Il faut toutefois interpréter les indicateurs socioéconomiques de ces groupes avec prudence et à la lumière des particularités des territoires qu'ils habitent ainsi que de leurs caractéristiques culturelles, notamment en ce qui concerne les activités traditionnelles de subsistance auxquelles ils s'adonnent.

Les conditions socioéconomiques et leurs conséquences sur la santé des peuples autochtones du Québec

Un des indicateurs de la situation socioéconomique des Autochtones est leur niveau de scolarité. Dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nunavik, en 2001, un peu plus de 50 % des personnes âgées de 20 à 34 ans n'ont pas de diplôme d'études secondaires, comparativement à 16 % pour l'ensemble de la population québécoise[22-23]. En ce qui concerne leur état de santé, plusieurs caractéristiques distinguent les Autochtones du reste de la population québécoise :

- en 2001, environ 50 % de la population âgée de 15 ans et plus des communautés cries au Québec et des Autochtones au Nunavik se dit en excellente santé, comparativement à environ 61 % de l'ensemble de la population du Québec[24-25-26] ;
- depuis plus de 20 ans, une personne née au Nunavik vit environ 10 années de moins que celle née n'importe où au Québec[27] ;
- pour la période 1998-2002, le taux de mortalité infantile des Terres-Cries-de-la-Baie-James (13,3 pour 1 000 naissances vivantes) est de 2 à 3 fois plus élevé que celui enregistré pour l'ensemble du Québec (4,9 pour 1 000 naissances vivantes), tandis que le Nunavik (16,8 pour 1 000 naissances vivantes) présente un taux de 3 à 4 fois plus élevé que celui de l'ensemble du Québec[28] ;
- en 2003, de trois à quatre fois plus de personnes sur les Terres-Cries-de-la-Baie-James que dans l'ensemble du Québec ont eu un diagnostic de diabète[29] ;
- pour la période 1998-2002, 21 % des décès au Nunavik étaient attribuables au suicide, comparativement à environ 3 % pour l'ensemble du Québec[30].

Les données suffisent pour conclure que le Québec peut encore réduire la pauvreté et les inégalités socioéconomiques. Les différences dans l'état de santé des divers groupes sociaux (en fonction du revenu, du sexe, de l'âge, du statut matrimonial ou de l'origine ethnique) sont en effet inacceptables parce qu'elles sont injustes et, par surcroît, évitables. De plus, sur le plan économique, les inégalités de santé représentent une immense perte de productivité qui, dans d'autres conditions, aurait pu être mise à profit pour l'ensemble de la société[31].

La lutte aux inégalités : où en sommes-nous ?

En 2002, le gouvernement du Québec s'est doté d'une stratégie de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale dont l'objectif général est d'améliorer la situation économique et sociale des personnes vivant en situation de pauvreté. Les objectifs particuliers de cette stratégie sont : la création d'emplois et le maintien à l'emploi des personnes aptes à travailler ; l'accès aux services essentiels (santé, garde des enfants, logement, etc.) ; l'accès à un revenu permettant de mener une vie digne et de participer à la vie sociale ; le soutien adéquat aux personnes privées, de façon momentanée ou à plus long terme, des revenus pour satisfaire à leurs besoins essentiels[32].

Plus récemment, le Québec a adopté la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Essentiellement, cette Loi « [...] vise à guider le gouvernement et l'ensemble de la société québécoise vers la planification et la réalisation d'actions pour combattre la pauvreté, en prévenir les causes, en atténuer les effets sur les individus et les familles, contrer l'exclusion sociale et tendre vers un Québec sans pauvreté »[33].

Par cette Loi, on veut que le Québec figure, d'ici 2012, parmi les populations comptant le moins de personnes pauvres. Pour ce faire, la Loi rend officielle la stratégie nationale pour contrer la pauvreté et l'exclusion sociale. Elle institue également un comité consultatif, notamment pour conseiller le ministre dans la mise en œuvre et le suivi de la stratégie, ainsi qu'un observatoire de la pauvreté, dont la mission est de mener des études et des recherches afin de suivre l'évolution de la pauvreté et de l'exclusion sociale. La Loi prévoit aussi la création du Fonds québécois d'initiatives sociales, qui s'occupera du financement de projets visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. La Loi prévoit enfin l'adoption d'un plan d'action qui précise les activités que le gouvernement compte réaliser pour atteindre son objectif[34-35].

Déjà adopté, le plan d'action vise l'amélioration de la situation des personnes pauvres en indexant et en consolidant les prestations d'aide sociale (indexation au coût de la vie pour les personnes avec contraintes sévères à l'emploi et indexation partielle pour les personnes aptes au travail), en haussant les allocations pour la participation à des mesures de formation ou d'insertion au travail et en améliorant les occasions de participation à de telles mesures. Le plan instaure de plus une prime au travail pour les travailleurs à faible revenu et propose une refonte et une bonification des programmes de soutien financier aux familles. S'ajoutent à ces mesures des hausses du salaire minimum pour les années 2004 et 2005. Enfin, le plan d'action comporte des mesures non prescrites par la Loi pour soutenir les enfants, sous forme d'une aide financière aux familles, et pour faciliter l'accès au logement social. De plus, il convient de l'adaptation des actions à la réalité des peuples autochtones[36]. Enfin, le plan d'action énonce d'autres actions destinées à diminuer les effets de la pauvreté, notamment en ce qui concerne la sécurité alimentaire et, de façon plus globale, le renforcement du potentiel des personnes et des communautés.

Les mesures relatives à la sécurité alimentaire et au renforcement du potentiel des personnes et des communautés ainsi que la mise en place du Fonds québécois d'initiatives sociales

seront abordées plus loin dans ce rapport. Les mesures qui ont trait à la mise en place du Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et de l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale ne sont pas encore en vigueur.

Dans l'ensemble, on reconnaît que la *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* ainsi que la Loi ouvrent la voie à une véritable redistribution de la richesse collective. Les actions planifiées devront, si elles visent à diminuer résolument la pauvreté et les inégalités, s'inscrire dans l'esprit de la stratégie et de la Loi.

Et pour l'avenir... réduire la pauvreté et diminuer ses effets

Compte tenu des impacts de la pauvreté sur la santé, il faut d'une part s'attaquer aux causes structurelles de la pauvreté. D'autre part, comme les résultats d'une telle entreprise ne se manifestent qu'à long terme, la mise en place de mesures visant à atténuer les conséquences de la pauvreté s'impose d'ici là.

Réduire la pauvreté

Certes, l'adoption de la stratégie et de la Loi en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale constitue un pas important vers la réduction des inégalités sociales et des inégalités de santé. La stratégie et la Loi ne constituent toutefois que des outils, si importants soient-ils, et des mesures concrètes restent à mettre en place pour améliorer le sort des Québécois les moins nantis et pour réduire les écarts sur le plan socioéconomique et sur celui de la santé entre les différents groupes de la population. Ces mesures concernent l'État et devront aussi mettre à contribution l'entreprise privée, notamment pour tout ce qui concerne l'emploi et les conditions de travail, dont les salaires.

Il faut ainsi s'assurer que l'objectif de réduction de la pauvreté sera poursuivi à long terme et que, au-delà des mesures ponctuelles prévues par le plan d'action, des engagements seront pris pour assurer la poursuite des efforts en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale pour les prochaines années. Il faudra préciser des objectifs nationaux à long terme et mettre en place des mécanismes de concertation et de suivi, comme le prévoit la Loi par la mise en place du Comité consultatif et de l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale[37].

Réduire les écarts de revenu brut

Pour lutter contre la pauvreté et les inégalités, diverses mesures devront assurer une meilleure distribution de la richesse. La réduction des écarts de revenu, les augmentations salariales chez les travailleurs à faible revenu et l'ajustement du salaire minimum en font partie.

Mettre en place des mesures d'équité fiscale et de redistribution des ressources

Il faut poursuivre les efforts en ce qui concerne les mesures d'équité fiscale et de redistribution des ressources (indexation et consolidation des prestations d'aide sociale, allocations pour la participation à des activités de formation et d'insertion au travail, bonification des programmes de soutien financier aux travailleurs à bas revenu, aux familles et aux enfants), notamment celles qui visent les personnes qui n'ont pas d'enfant, qui sont aptes au travail et qui sont sans revenu de travail : il s'agit là d'un groupe souvent critiqué et jugé.

Faciliter l'accès à l'emploi et aux études

Pour lutter contre la pauvreté et les inégalités, on doit de plus faciliter l'accès aux études ainsi que l'intégration et la participation au marché du travail. Les programmes de prêts et bourses, le maintien et la création d'emplois stables et bien rémunérés et l'amélioration des conditions de travail, du moins dans certains secteurs d'activité, sont autant de moyens susceptibles d'accroître la proportion de la population qui jouit d'un revenu suffisant provenant d'un emploi. Il faut aussi s'assurer que des mesures concrètes viennent soutenir la formation et l'insertion au marché du travail, mesures qui font défaut à l'heure actuelle[38]. L'accès à des mesures d'aide à l'emploi, comme l'accompagnement de personnes ayant des limitations sévères à l'emploi ou les cours de français pour les personnes immigrantes, devra être amélioré.

Accroître l'accessibilité aux biens et services pour les plus démunis

De plus, des avancées en ce qui concerne l'offre de services publics sur une base universelle sont souhaitables pour contrer les désavantages sociaux transmis d'une génération à l'autre[39]. Les services universels sont généralement plus généreux et ont plus de chances de demeurer dans les périodes de récession[40-41]. Il faudra cependant s'assurer que les coûts des services essentiels ne viendront pas affaiblir ou annuler la bonification et la stabilité des revenus garantis par la Loi. Ainsi, les coûts associés à la nourriture, au logement, au transport, aux garderies et aux médicaments devront faire l'objet d'un suivi particulier parce que leur hausse ne peut que menacer le fragile équilibre financier des personnes et des familles défavorisées sur le plan socioéconomique. L'examen de l'évolution de ces coûts devra faire partie du suivi du plan d'action gouvernemental.

Diminuer les effets de la pauvreté

Il semble évident que les mesures économiques ne réussiront pas, à elles seules et d'un seul coup, à éliminer les inégalités socioéconomiques et les inégalités de santé. Des mesures d'un autre ordre sont à mettre en place. Il en va ainsi de mesures visant à assurer la qualité des services de santé et des services sociaux destinés aux groupes les plus défavorisés sur le plan socioéconomique, notamment l'accessibilité à ces services. Fait également partie des mesures visant à réduire l'impact négatif de la pauvreté l'amélioration de la qualité de l'environnement physique dans lequel vivent ces groupes. Il en est de même des actions menées dans une perspective de développement des communautés et misant sur le développement de solidarités locales et sur les initiatives des communautés de façon à permettre aux personnes et aux groupes d'exercer une plus grande maîtrise sur leur vie en général et sur leurs conditions de vie. On devra aussi prévoir divers moyens facilitant l'adoption de saines habitudes de vie par les personnes vivant dans des conditions socioéconomiques défavorables. Enfin, le soutien au développement des enfants et des adolescents figure parmi les voies à privilégier pour diminuer les inégalités sociales et les inégalités de santé. Toutes ces mesures seront abordées plus loin.

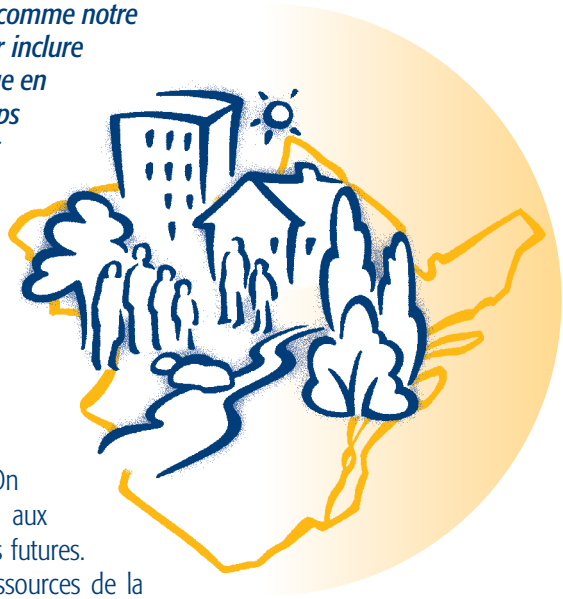
1. COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE LIÉES À LA PAUVRETÉ (2002). *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 9.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *The Concepts and Principles of Equity and Health*, Copenhague, 18 p.
3. INSTITUTE OF MEDICINE (2000). *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*, Washington (DC), National Academy Press, 493 p.
4. PHIPPS, S. (2003). *Répercussions de la pauvreté sur la santé : Aperçu de la recherche*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 32 p.

5. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004). *Les déterminants sociaux de la santé : Les faits saillants*, 2e édition, Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 40 p.
6. PAMPALON, R. (2002). *Espérance de vie et défavorisation au Québec, 1996-1998*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 11 p.
7. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), compilation effectuée par l'Institut national de santé publique du Québec, févier 2005.
8. Statistique Canada. *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, année 2001, indice d'état de santé* (Health Utility Index), compilation effectuée par l'Institut national de santé publique du Québec, janvier 2005.
9. RAPHAEL, D. (2004). « Introduction to the social determinants of health », dans D. Raphael (sous la dir. de), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, Toronto, Canadian Scholars' Press, p. 1-18.
10. LYNCH, J. W. et autres (2003). « Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions », *British Medical Journal*, vol. 320, p. 1220-1224.
11. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004). *Op. cit.*, p. 18.
12. AUGER, N. et autres (2004). « Income and health in Canada », dans D. Raphael (sous la dir. de), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, Toronto, Canadian Scholars' Press, p. 39-52.
13. PHIPPS, S. (2003). *Op. cit.*
14. FRÉCHET, G. et P. LANCTÔT (2003). « Pauvreté, inégalités et exclusion sociale au Québec », *Santé, Société et Solidarité*, no 1, p. 21-34.
15. PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (2004). *Rapport mondial sur le développement humain : La liberté culturelle dans un monde diversifié*, Paris, Économica, 285 p.
16. LUXEMBOURG INCOME STUDY. *Relative Poverty Rates for the Total Population, Children and Elderly*, www.lisproject.org/keyfigures/povertytable.htm, consulté le 21 septembre 2004.
17. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Proportion de familles et de personnes seules à faible revenu après impôt selon certaines caractéristiques, Québec, 1986 à 2000*, www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/revenus_depense/mfrserieai.htm, consulté le 21 décembre 2004.
18. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Coefficients de Gini calculés selon des concepts de revenu différents, Québec, 1986 à 2000*, www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie_revenus_depense/ginitab86_2000.htm, consulté le 21 décembre 2004.
19. JEAN, S. (2001). « Inégalité et pauvreté », dans Institut de la statistique du Québec (sous la dir. de), *Portrait social du Québec : Données et analyses (édition 2001)*, Québec, gouvernement du Québec, p. 317-337.
20. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Coefficients de Gini calculés selon des concepts de revenu différents, Québec, 1986 à 2000*, www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie_revenus_depense/ginitab86_2000.htm, consulté le 21 décembre 2004.
21. PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (2004). *Op. cit.*
22. STATISTIQUE CANADA. *Profils des communautés de 2001. Statistiques sur la scolarité pour la région du Nunavik (région sociosanitaire)*, www12.statcan.ca/English/Profil01ab/Details/details1edu.cfm?SEARCH=BEGINS&PSGC=24&SGC=732417&A=&LANG=F&Province=24&PlaceName=Kuujjuaq&CSDNAME=R%E9gion%20du%20Nunavik&CMA=&SEARCH=BEGINS&DataType=1&TypeNameF=R%E9gion%20sociosanitaire&ID=18081, consulté le 18 février 2005.
23. STATISTIQUE CANADA. *Profil des communautés de 2001. Statistiques sur la scolarité pour la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James (région sociosanitaire)*, www12.statcan.ca/English/Profil01ab/Details/details1edu.cfm?SEARCH=BEGINS&PSGC=24&SGC=732418&A=&LANG=F&Province=24&PlaceName=Mistissini&CSDNAME=R%E9gion%20des%20Terres%2DCries%2Dde%2Dla%2DBaie%2DJames&CMA=&SEARCH=BEGINS&DataType=1&TypeNameF=R%E9gion%20sociosanitaire&ID=18105, consulté le 18 février 2005.
24. STATISTIQUE CANADA. *Enquête auprès des peuples autochtones : Profil des communautés. Faits saillants et thèmes pour les adultes de Grand conseil des Cris,* www12.statcan.ca/english/profil01aps/statistics.cfm?component=1&community=RES_008&theme=4&lang=, consulté le 18 février 2005.
25. STATISTIQUE CANADA. *Enquête auprès des peuples autochtones : Profil des communautés. Faits saillants et thèmes pour les adultes de Kuujjuaq*, www12.statcan.ca/english/profil01aps/statistics.cfm?component=1&community=NNK_008&theme=4&lang=F, consulté, le 18 février 2005.
26. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Cycle 1.1 (2000-2001)*, fichier de microdonnées à grande diffusion, compilation effectuée par la Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, 2003.
27. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2005.
28. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2005.
29. DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH, CREE TERRITORY BAY (2004). *The Evolution of Health Determinants in Eeyou Istchee (final draft)*, Chisasibi, Cree Board of Health and Social services of James Bay.
30. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des naissances vivantes), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2005.

31. DAHLGREN. G. et M. WHITEHEAD (1992). *Policies and Strategies to Promote Equity in Health*, Copenhague, World Health Organization, 50 p.
32. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2002). *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, 57 p.
33. QUÉBEC. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale : LRQ, chapitre L-7, à jour au 1er septembre 2004*, Éditeur officiel du Québec, p. 1.
34. QUÉBEC. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale : LRQ, chapitre L-7, à jour au 1er septembre 2004*, Éditeur officiel du Québec, 20 p.
35. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2004). *Concilier liberté et justice sociale : un défi pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 79 p.
36. *Ibid.*
37. NOËL, A. (2004). *Priorité au soutien du revenu : La mise en œuvre de la Loi québécoise visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 16 p.
38. *Ibid.*
39. ESPING-ANDERSEN, G. (1999). *Les trois mondes de l'État-providence : Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, Presses universitaires de France, 310 p.
40. ROSS, P. (2003). *Approches politiques à l'égard des répercussions de la pauvreté sur la santé : Aperçu de la recherche*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 28 p.
41. RAYNAULT, M.F. (2002). *Les expériences nationales de lutte contre la pauvreté : L'exemple de la Suède*, Montréal, Observatoire de la Direction de santé publique de Montréal-Centre, 19 p. et annexes.

L'habitat : aménager un environnement sain

[Traduction] « En regardant vers le futur, je constate que, tout comme notre compréhension des aspects sociaux de la santé a évolué pour inclure le bien-être culturel et spirituel, le concept du bien-être physique en viendra aussi à signifier bien davantage que la biologie du corps humain : ce concept inclura aussi les notions d'un environnement physique sain ainsi que notre responsabilité face à cet environnement[1]. »



L'environnement et l'état de santé de la population

L'empreinte de l'homme sur l'environnement se fait de plus en plus présente, et cela se répercute sur la santé des populations. On réalise maintenant que la dégradation de l'écosystème se fait aux dépens de la santé, mais également aux dépens des générations futures. L'espèce humaine consomme à elle seule environ 50 % des ressources de la planète, une proportion qui croît et qui a déjà triplé au cours du siècle dernier. De nombreuses catastrophes qui surviennent dans le monde depuis une cinquantaine d'années ont éveillé une conscience environnementale jusque-là timide. Depuis, les catastrophes écologiques ponctuelles, telles que le déversement de pétrole de l'Exxon Valdez ou encore l'incendie de la centrale nucléaire de Tchernobyl, défraient régulièrement les manchettes des journaux. Il existe aussi une détérioration de l'environnement plus diffuse, moins spectaculaire peut-être, mais probablement beaucoup plus dommageable à long terme : la détérioration des sols et des cours d'eau par la pollution industrielle et agricole, la pollution atmosphérique liée au transport et aux industries, la multiplication des déchets et la façon dont on s'en défait, la destruction des habitats naturels liés à l'exploitation du territoire, la surpêche dans tous les océans, etc. Toutes ces détériorations augmentent les risques pour la santé des populations en diminuant les services essentiels à la vie rendus gratuitement à la société par la nature.

L'impact de l'environnement sur la santé de la population est de mieux en mieux documenté. Bien que certains liens restent à confirmer en raison du nombre et de la complexité des paramètres à considérer, certaines problématiques sont particulièrement préoccupantes du point de vue de la santé de la population.

La pollution de l'air

Au cours des dernières années, on a pu observer qu'une augmentation des niveaux de polluants atmosphériques est associée à une augmentation de la mortalité précoce, de l'incidence de certaines maladies, du nombre de visites à l'urgence et des hospitalisations[2-3]. Les maladies respiratoires, telles que l'asthme et les bronchites, ainsi que les MCV peuvent être aggravées

de façon importante par la présence de polluants dans l'air intérieur et extérieur[4]. Ainsi, les études environnementales des dernières décennies montrent que les sources les plus importantes de substances toxiques proviennent de l'intérieur, où nous passons la majeure partie de notre temps. La fumée de tabac, le radon, l'amiante et d'autres composés organiques volatiles comme les particules fines constituent les polluants de l'air intérieur les plus importants[5]. Même si le tabac demeure la cause principale du cancer du poumon, la pollution de l'air intérieur et extérieur joue un rôle non négligeable dans l'incidence de cette maladie, rôle qui risque de s'accroître dans un avenir proche[6-7].

Le smog, formé par la combinaison de différentes sortes de polluants provenant en grande partie du transport[8] et des centrales électriques américaines alimentées au charbon le long de la frontière canadienne[9], est également une source de pollution atmosphérique dommageable pour la santé. La production animale intensive en milieu rural pourrait également représenter des risques respiratoires pour la santé, notamment pour les travailleurs agricoles, leur famille et leurs voisins immédiats[10].

Au cours des Jeux olympiques de 1996 à Atlanta aux États-Unis, la circulation automobile dans la ville a été réduite de 22 %. Au cours de la même période, une diminution entre 11 % et 44 % du taux d'hospitalisations pour l'asthme a été observée selon les différentes salles d'urgence de la ville[11].

Au Québec, ce sont généralement les activités industrielles et commerciales ainsi que la consommation de combustibles fossiles, particulièrement dans le transport, qui causent les problèmes de pollution atmosphérique. Cependant, grâce à l'hydroélectricité, la performance environnementale du Québec se compare avantageusement à celle des autres provinces canadiennes en ce qui a trait aux gaz à effet de serre. Bien que, dans l'ensemble, la qualité de l'air au Québec se soit améliorée au cours des dernières années, elle reste préoccupante pour la santé à cause de l'augmentation de la pollution attribuable au transport[12] et à la pollution transfrontalière continentale qui demeure majeure[13]. L'amincissement de la couche d'ozone, autre conséquence de la pollution atmosphérique, et les impératifs de la mode du bronzage, depuis les années 1970, ont largement contribué à la progression du cancer de la peau. En fait, plus de 90 % des cancers de la peau sont attribuables à une exposition prolongée aux rayons ultraviolets, d'origine naturelle ou artificielle[14].

La pollution de l'eau de consommation et de baignade

L'ingestion d'eau contaminée et le contact avec une eau contaminée peuvent entraîner des problèmes de santé comme des gastro-entérites, des otites, des dermatites et des intoxications aiguës[15]. Autant les eaux souterraines que les eaux de surface peuvent être contaminées. Les sources de polluants sont diverses : agriculture et élevage intensif, industries, égouts municipaux ou fosses septiques, etc. Les petites communautés sont plus particulièrement vulnérables au risque de contamination étant donné les caractéristiques de leurs systèmes d'approvisionnement en eau potable souvent plus fragiles et moins surveillés (petits réseaux d'aqueduc et puits artésiens)[16]. Les plus grandes municipalités ne sont pas à l'abri d'une contamination, en dépit du traitement plus intensif de l'eau. Selon Santé Canada, malgré les grands bénéfices de désinfection et de prévention des maladies qu'il apporte, il est possible que le traitement par le chlore provoque la création de sous-produits qui pourraient avoir des effets délétères, allant de la complication de la grossesse à un risque plus élevé de cancer, en particulier de cancer de la vessie[17].

Par ailleurs, pour les enfants en bas âge, les risques qu'ils se baignent dans des eaux contaminées sont plus importants, car ce sont eux qui passent le plus de temps dans l'eau, en particulier dans des endroits peu profonds où l'eau a tendance à stagner, ce qui augmente les risques d'infections comme des dermatites ou des gastro-entérites épidémiques[18].

Bien que la qualité de l'eau se soit améliorée au cours des 15 dernières années au Québec, il reste encore de nombreux efforts à faire pour augmenter et maintenir la qualité du fleuve

Saint-Laurent, des rivières et des lacs[19] qui se détériorent, notamment à cause de la présence de cyanobactéries et de phosphore[20]. De plus, les experts s'entendent sur le fait que le piètre état de certaines canalisations et usines de traitement tout comme le manque de formation des opérateurs peuvent compromettre la qualité de l'eau[21].

La pollution des sols

La pollution des sols constitue une problématique importante de santé, même s'il est difficile d'établir clairement des liens toxicologiques précis entre les différents produits chimiques et organiques qui contaminent le sol et menacent la santé[22]. L'exposition humaine à la pollution des sols se fait principalement par voies orale, cutanée et respiratoire. Des cancers ainsi que des problèmes rénaux et artériels sont associés à certains polluants chimiques et organiques comme le benzène, le benzopyrène et le nitrate[23]. Les enfants sont plus vulnérables à la contamination des sols en raison de l'immaturité et de la sensibilité d'organes cibles, comme les systèmes nerveux, endocrinien et immunologique, et de certains de leurs comportements[24]. En effet, leurs besoins en air, en eau et en aliments sont plus importants que ceux des adultes compte tenu de leur poids corporel, ils passent plus de temps à l'extérieur, ils ont un contact plus étroit avec le sol et ils portent plus fréquemment leurs mains à la bouche[25].

La contamination des sols est principalement le résultat des rejets industriels, mais aussi d'une gestion inadéquate des déchets et des activités agricoles. Si la pollution des sols a avant tout des conséquences sur la qualité de l'environnement, la pollution des eaux par ruissellement d'éléments du sol, tels que l'azote et le phosphore, ou de composés toxiques, comme les pesticides, peut contaminer les sources d'eau potable pour la consommation humaine. De plus, si l'on tient compte du fait que la pollution des sols résulte en une diminution des terres propices à l'agriculture et une diminution du rendement agricole, c'est la sécurité alimentaire elle-même qui est en jeu[26].

L'utilisation des pesticides, surtout en milieu urbain, fait également partie des problématiques de santé environnementale émergentes. En effet, on ne connaît pas encore précisément l'impact des pesticides sur la santé des populations. Si les risques d'intoxications aiguës reliés à certains de ces produits ne sont plus à démontrer, les effets à long terme de ces derniers soulèvent de nombreuses inquiétudes[27].

Les changements climatiques

Plusieurs problèmes de santé liés à l'environnement risquent d'être amplifiés par les effets des changements climatiques qui affectent déjà la planète. Le réchauffement de la planète est causé par l'augmentation des gaz à effet de serre d'origine humaine combinée aux événements naturels, par exemple les incendies de forêt, les explosions volcaniques ou les cycles solaires[28]. Les effets du réchauffement du climat sur la santé sont multiples. Il est probable que la morbidité (surtout cardiaque et respiratoire) attribuable au froid diminue grâce aux hivers moins froids. Par contre, les chercheurs prévoient une augmentation de la mortalité liée aux MCV et aux maladies respiratoires en raison des étés plus longs et plus chauds et de l'augmentation des épisodes de vagues de chaleur accompagnées de smog. La recrudescence des MCV et des maladies respiratoires, telles que l'asthme et la fièvre des foins, est l'impact sur la santé le plus probable. Puisque l'élévation des températures crée des milieux plus propices au développement des micro-organismes pathogènes, les maladies infectieuses transmises par les moustiques et les animaux risquent d'augmenter[29]. On prédit aussi que le niveau des sources d'eau douce de surface (le fleuve Saint-Laurent et les rivières) sera en baisse, créant un problème d'approvisionnement en eau potable[30-31]. La chaleur et la baisse du niveau de l'eau pourraient également entraîner une augmentation des maladies d'origine hydrique et des intoxications alimentaires[32].

Les nuisances de tous les jours

Le bruit et les mauvaises odeurs sont autant de facteurs qui affectent l'état de santé de la population. De fait, on a observé que les personnes soumises aux odeurs qui se dégagent des porcheries en milieu rural souffrent davantage d'anxiété et de dépression, ressentent plus de colère et de fatigue et présentent des troubles de l'humeur plus manifestes que l'ensemble de la population[33]. Des études européennes ont également démontré que le bruit provenant de routes achalandées peut nuire à la concentration, au sommeil et à la capacité d'apprentissage des enfants[34]. Dans les municipalités, les plaintes les plus fréquentes sont celles relatives au bruit.

Les atteintes aux écosystèmes essentiels à la vie

Le Québec est particulièrement choyé en ce qui concerne l'abondance des ressources naturelles sur son territoire. En effet, le Québec possède un large couvert forestier, des ressources en eau potable abondantes (3 % de toute la réserve mondiale pour seulement 0,1 % de la population mondiale totale), un territoire agricole fertile, un sous-sol riche en minéraux ainsi qu'un fort potentiel énergétique, en particulier, hydroélectrique[35]. Toutefois, une exploitation inadéquate de ces richesses naturelles peut contribuer à une perte de la biodiversité. La biodiversité englobe tout ce qui est organique, qu'il s'agisse des micro-organismes, des bactéries, des insectes, de la faune ou de la flore. Chaque organisme, aussi minuscule soit-il, joue un rôle essentiel dans la régulation des éléments qui rendent la vie possible sur terre : l'eau, l'air, le sol. L'être humain est un élément indissociable de l'environnement physique et subit les contrecoups des interventions sur l'environnement. Il convient de rappeler que l'être humain dépend des espèces végétales et animales pour s'alimenter, produire des médicaments et s'approvisionner en matières premières[36]. À la base de l'économie se trouvent toujours des ressources naturelles et des individus qui doivent respirer, boire et manger. À l'échelle mondiale, des espèces disparaissent ou sont en voie de disparition, en partie à cause de la pression d'origine humaine sur leurs habitats, par exemple par la surpêche ou le développement urbain[37].

L'aménagement urbain

Le lien entre la santé et la façon de concevoir l'environnement est du même ordre : c'est dans l'utilisation des ressources naturelles, leur destruction et leur pollution que la façon d'aménager le territoire influence la durabilité de l'environnement physique. Le visage urbain s'est considérablement modifié au cours des 60 dernières années. Le changement le plus visible est l'étalement urbain et la croissance urbaine, qui se manifestent, notamment, par des édifices plus hauts et plus gros et par des autoroutes plus larges. Le tissu urbain s'est modifié : les gens vivent plus loin de leurs voisins ; les maisons, les commerces et les lieux de travail qui auparavant étaient côte à côte sont maintenant souvent épars ; les déplacements qui autrefois se faisaient à pied, par autobus ou par tramway se font maintenant en automobile[38]. Avec l'augmentation du transport routier, le coût des infrastructures ainsi que la pollution atmosphérique et hydrique augmentent, la consommation des ressources est accrue et des habitats sont détruits. Des études récentes ont conclu que l'étalement urbain est lié à une diminution des activités physiques telles que la marche et la pratique du vélo. Au-delà des effets directs sur la santé tels que l'augmentation des principales maladies chroniques, la diminution de l'activité physique est fortement liée au problème de l'obésité qui sévit en Amérique du Nord[39-40]. On remarque aussi une relation entre la façon dont les infrastructures des communautés sont bâties et le sentiment de cohésion sociale qui a un impact sur la santé[41].

Le développement durable de l'environnement physique : où en sommes-nous ?

Plusieurs actions ont été réalisées au cours des dernières décennies au Québec, et des gains appréciables ont été obtenus. Au-delà des politiques sectorielles, le gouvernement du Québec a adopté le *Plan de développement durable du Québec*[45], qui concerne non seulement la dimension physique de l'environnement, mais aussi les dimensions sociale et économique. Il s'agit d'un plan qui guidera les actions du Québec en matière de développement durable pour les prochaines années.

À l'échelle mondiale, la consommation en eau et en énergie du Québec est particulièrement élevée, en grande partie en raison de sa structure économique qui repose sur des secteurs industriels qui sont des grands consommateurs d'eau et d'énergie, notamment l'hydroélectricité, le secteur des pâtes et papiers et celui de la métallurgie[42]. Ainsi, en ce qui concerne la consommation énergétique par habitant, le Québec n'est dépassé que par le reste du Canada et les États-Unis[43]. De plus, le Québec se classe parmi les plus grands producteurs de matières résiduelles. En 2002, il en générait 11,2 millions de tonnes, ce qui correspond à 1,5 tonne par Québécois[44].

Le *Plan de développement durable du Québec* s'articule autour de six grands axes :

- une consultation de la population ;
- une législation sur le développement durable ;
- une stratégie de développement durable ;
- des actions des ministères et organismes ;
- des mécanismes d'évaluation et de reddition de comptes, dont un commissaire au développement durable ;
- une participation de tous les acteurs de la société[46].

En parallèle à ce plan, le Québec s'est donné, au fil des années, des instruments tels qu'une politique de l'eau[47], la *Stratégie québécoise sur la diversité biologique 2004-2007*[48], des orientations sur l'aménagement du territoire[49] et la *Politique québécoise de gestion des matières résiduelles 1998-2008*[50]. Voilà des mesures qui peuvent favoriser une meilleure gestion des ressources.

La *Politique nationale de l'eau*, adoptée en 2002, constitue un engagement de toute la collectivité à préserver cette richesse naturelle. Par cette politique, le Québec réaffirme sa volonté de reconnaître la ressource qu'est l'eau comme patrimoine collectif à protéger et à gérer dans une perspective de développement durable[51].

Au printemps 2001, le gouvernement du Québec a modifié son *Règlement sur la qualité de l'eau potable*, le rendant un des meilleurs en Amérique du Nord en matière d'eau de consommation. Les normes de qualité de l'eau potable ont été resserrées, et des mécanismes pour assurer la distribution d'une eau propre à la consommation ont été mis en place. Cette modification du règlement a permis au Québec de se protéger de façon encore plus efficace contre des épisodes de contamination, comme celui de Walkerton en Ontario[52].

Pour sa part, la *Stratégie québécoise sur la diversité biologique 2004-2007*, adoptée pour la première fois en 1996 et révisée dernièrement sous une forme améliorée, constitue également un pas important vers la préservation de la faune et la flore du Québec. Il s'agit de mettre en œuvre au Québec la Convention sur la diversité biologique des Nations Unies adoptée à Rio en 1992. Des efforts ont été entrepris pour améliorer la situation de la biodiversité au Québec. En juillet 2002, la superficie de territoire protégé est passée de 2,9 % à 4,8 %, puis à 5,27 % en février 2003. Le gouvernement du Québec vise à protéger 8 % de la superficie de la province d'ici 2005. La moyenne internationale d'aires protégées est de plus de 10 %[53].

Les orientations sur l'aménagement du territoire font place à une réflexion utile sur la conception du territoire au Québec ainsi que sur les moyens de parvenir à un aménagement urbain durable à l'aide de schémas d'aménagement. Ces schémas reposent principalement sur deux objectifs. Le premier consiste à consolider les zones urbaines existantes et revitaliser les centres-villes et les anciens secteurs, alors que le deuxième vise à gérer l'extension urbaine, notamment en ce qui a trait aux conséquences sur les terres agricoles, les nouvelles infrastructures et l'environnement en général[54].

Le droit environnemental de 3 $ par pneu vendu au Québec a eu des effets positifs dans la gestion de ces produits. En 2003, 6,3 millions de pneus usagés ont été récupérés, soit 88 % des pneus usagés générés pendant l'année. Le reste est allé à l'exportation. On a donc atteint l'objectif de récupération qui était de 85 %. Plus de 76 % des pneus usagés sont recyclés en produits de toutes sortes, comme des pneus pour bacs, des garde-boue, des tapis antidérapants, des sous-tapis, des panneaux d'insonorisation, etc. De plus, on a réussi à se défaire de 5 millions de pneus entreposés, tandis que 4 des 12 sites majeurs d'entreposage ont été vidés. Il s'agit d'autant de risques d'incendie et de sites de reproduction des moustiques (potentiellement porteurs du VNO) qui ont été ainsi éliminés[57].

Avec la *Politique québécoise de gestion des matières résiduelles 1998-2008*, on vise à mettre en valeur, d'ici 2008, 65 % des matières résiduelles récupérables en misant sur une collaboration entre les individus, les producteurs et les municipalités[55].

Il demeure que la plupart des observateurs impartiaux signalent une mise en œuvre mitigée jusqu'ici de ces instruments législatifs et de ces politiques gouvernementales. Ainsi, Recyc-Québec signalait que les municipalités devront fournir des efforts encore plus importants pour que l'on atteigne les objectifs de réduction des déchets d'ici 2008[56]. D'autres secteurs, comme celui des pneus usagés ou des matériaux de construction, ont déjà atteint leurs objectifs, quelques années à l'avance.

L'utilisation de produits chimiques et de pesticides est de plus en plus réglementée. Une étude de Statistique Canada révèle que les agriculteurs québécois sont beaucoup plus nombreux que les agriculteurs des autres provinces canadiennes à avoir adopté un plan de gestion des pesticides[58]. Le *Code de gestion des pesticides du Québec*, entré en vigueur en 2003, met de l'avant des normes pour encadrer l'entreposage, la vente et l'utilisation des pesticides sur le territoire québécois[59].

Et pour l'avenir... des mesures pour diminuer les impacts de l'environnement sur la santé

Un effort collectif doit être fourni pour modifier les modes de production et de consommation, adopter une fiscalité favorable à la santé et à l'environnement, économiser l'énergie et utiliser des énergies renouvelables, protéger l'eau et la biodiversité, intégrer la gestion du territoire et procéder à des analyses d'impacts environnementaux si l'on veut parvenir à une gestion durable de l'environnement, diminuer les impacts de la pollution sur la santé et préserver les milieux de vie. Pour y arriver, le gouvernement du Québec, ses partenaires provinciaux, le gouvernement fédéral ainsi que les autres pays devront nécessairement travailler ensemble, puisque la pollution et la dégradation de l'environnement ne connaissent pas de frontières.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, tout comme les autres, devra participer à la mise en œuvre du *Plan de développement durable du Québec*, notamment en ce qui concerne l'élimination des déchets biomédicaux, la consommation de l'énergie et de l'eau et la gestion de l'équipement.

Modifier les modes de production et de consommation

Si la consommation inutile est diminuée, la population sera moins exposée aux produits toxiques et aux polluants atmosphériques industriels, les nuisances et les risques reliés aux déchets seront diminués et l'on conservera des milieux de vie sains. Diminuer la consommation inutile exige de la part des producteurs de mettre en place une production plus éco-efficiente, notamment en réduisant la dépense énergétique pour la production de biens et services, en réduisant la quantité d'emballages utilisés, en recyclant davantage les matériaux et en créant de nouvelles façons d'utiliser les ressources renouvelables. Les consommateurs doivent également revoir leur façon de consommer et, par le fait même, exprimer clairement leur choix aux producteurs.

Il est important de mettre en œuvre les différentes actions en matière de gestion des déchets comme la planification de la gestion des matières résiduelles, la participation des citoyens au processus de décision, l'éducation, l'information, la recherche et développement pour des solutions durables et l'introduction généralisée de l'enlèvement tripartite des déchets (déchets-recyclage-compostage)[60].

Adopter une fiscalité favorable à la santé et à l'environnement

Actuellement, dans le calcul de la richesse du pays, on ne tient pas compte des dommages causés à l'environnement et à la santé de la population. Pire, on les comptabilise comme des gains économiques[61]. On gagnerait à déterminer une façon de calculer le produit intérieur brut avec laquelle on tiendrait compte des facteurs environnementaux et sanitaires, comme le propose la Table ronde nationale sur l'environnement et l'économie[62]. De plus, des outils économiques sont maintenant offerts pour corriger certaines imperfections du marché[63].

L'éco-fiscalité est de plus en plus utilisée dans les pays industrialisés pour corriger les imperfections des marchés qui provoquent trop souvent une allocation des ressources qui n'est pas durable du point de vue de l'environnement. Les taxes et les redevances (sur le pétrole et l'essence, sur les fertilisants, sur les solvants, sur les déchets, sur le carbone, etc.) sont les plus fréquemment utilisées. L'éco-fiscalité permet notamment de taxer les pollueurs qui doivent alors ajuster leurs prix afin qu'ils reflètent mieux les vrais coûts pour la société. Cette façon de faire entraîne une modification des comportements des consommateurs et des producteurs, l'augmentation des prix faisant en sorte que les consommateurs recherchent des produits semblables mais moins dommageables pour l'environnement et que, par ricochet, les producteurs tentent de rendre leur production plus écologique. Finalement, l'augmentation des taxes sur les biens et services dommageables pour l'environnement peut amener le gouvernement à abaisser d'autres taxes et impôts comme l'impôt sur le revenu, à alléger le fardeau fiscal des entreprises plus écologiques ou alors à mettre en place des programmes pour encourager la production et la consommation de biens et services durables du point de vue de l'environnement[64].

Économiser l'énergie et utiliser des énergies renouvelables

Pour que la population soit moins exposée aux polluants atmosphériques, il faut mettre en œuvre les objectifs énoncés en 1996 dans un document d'orientation gouvernemental où l'on prône l'efficacité énergétique et l'utilisation accrue des énergies renouvelables[65]. Parmi les mesures destinées à diminuer et à orienter la consommation d'énergie, certaines concernent plus particulièrement le secteur du transport et peuvent être actualisées en misant sur une accessibilité accrue aux transports en commun, sur la réduction de l'étalement urbain et sur l'augmentation du recours à des véhicules qui limitent la pollution. D'autres mesures doivent privilégier l'hydroélectricité comme source de production d'énergie ainsi que le recours à de l'énergie renouvelable et durable, comme l'énergie éolienne ou solaire.

Protéger l'eau et la biodiversité

S'il est nécessaire de trouver des façons de réduire le gaspillage, il est également impératif de s'interroger sur certaines pratiques industrielles et agricoles qui polluent de façon diffuse ou ponctuelle les eaux potables de surface ou celles souterraines. La mise en œuvre de la *Politique nationale de l'eau* permettra une gestion durable de la ressource : il s'agit de réformer la gouvernance de l'eau, d'implanter la gestion intégrée du Saint-Laurent, d'adopter la gestion intégrée par bassin versant, de protéger la qualité de l'eau et les écosystèmes aquatiques, de poursuivre l'assainissement de l'eau et d'améliorer la gestion des services d'eau. La gestion par bassin versant constitue la pierre angulaire de la *Politique nationale de l'eau*, puisqu'elle permet de mieux comprendre les problèmes liés à la qualité et la quantité de l'eau[66].

« Appliqué aux eaux de surface, le bassin versant désigne un territoire délimité par les lignes de partage des eaux sur lequel toutes les eaux s'écoulent vers un même point appelé exutoire [67]. »

La Commission d'étude sur la gestion de la forêt publique québécoise (rapport Coulombe) a mis en lumière la nécessité d'agir rapidement pour sauvegarder l'intégrité de la forêt québécoise, essentielle à la biodiversité et à la vie. Le virage proposé est basé sur la gestion écosystémique, et non pas seulement sur l'exploitation de la matière ligneuse. La Commission propose également que l'Assemblée nationale nomme un forestier en chef[68].

Intégrer la gestion du territoire pour un environnement plus sain

Sur le plan de l'aménagement du territoire, la mise en œuvre de plans d'aménagement urbain intégrés, basés sur des modèles européens, où les services ainsi que les lieux de loisirs et de travail sont à proximité, permettra de réaliser des gains potentiels intéressants pour la santé. Ces approches permettent de diminuer l'utilisation de l'automobile, d'augmenter la pratique de la marche et l'utilisation de la bicyclette et de rentabiliser les coûts des infrastructures urbaines. Des transports en commun plus fréquents et mieux adaptés aux besoins de la population sont essentiels pour un développement urbain et périphérique harmonieux. Dans les programmes de renouvellement de l'infrastructure, on devrait aussi tenir compte des risques climatiques futurs en diminuant les sites de reproduction potentiels des moustiques, ces derniers étant des vecteurs de maladies infectieuses (puisards et gestion des étangs de rétention adaptés)[69]. La prévention de la détérioration des nappes phréatiques comme sources futures d'eau potable semble aussi une option sage dans le contexte des changements climatiques.

Effectuer des analyses d'impacts environnementaux

Il faut effectuer des analyses d'impacts sur l'environnement pour évaluer les différents choix à faire en matière de politiques environnementales, pour définir des mesures d'atténuation des actions qui découlent des choix faits et pour considérer un plus large éventail d'impacts, tels que les impacts cumulatifs, indirects et secondaires. Les principes qui doivent guider la prise de décision sur le plan de la qualité de l'environnement sont la protection de la santé humaine, la prudence, la précaution, l'équité et l'acceptabilité sociale.

Travailler de concert avec les partenaires

La collaboration de tous est nécessaire pour arriver à atteindre un équilibre entre les activités humaines et un environnement physique sain et durable. Ainsi, il est impératif que le Québec s'entende avec les autres provinces canadiennes pour le respect d'ententes internationales,

comme le protocole de Kyoto, qui permettent de diminuer la pollution et la destruction des richesses naturelles. La collaboration des partenaires internationaux, en particulier des pays en voie de développement, passe par une aide financière accrue, un soutien technique et un transfert des technologies les moins polluantes pour leur permettre d'éviter les erreurs commises par les pays occidentaux lors des phases successives d'industrialisation[70]. On ne peut envisager de demander aux pays en voie de développement de ralentir leur développement économique, mais on peut certainement les soutenir dans la perspective d'une approche écologique.

1. MAHLER, H. (1988). *Keynote Address to the Second International Conference on Health Promotion - Healthy Public Policy,* Adelaide.
2. BURNETT, R.T., S. CAKMAK et J. BROOK (1998). « The effect of the urban ambient air pollution mix on daily mortality rates in 11 Canadian cities », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 89, nº 3, p. 152-156.
3. BURNETT, R.T. et autres (1994). « Effects of low ambient levels of ozone and sulfates on the frequency of respiratory admissions to Ontario hospitals », *Environmental Research*, vol. 65, nº 2, p. 172-194.
4. CONFÉRENCE DES GOUVERNEURS DE LA NOUVELLE-ANGLETERRE ET DES PREMIERS MINISTRES DES PROVINCES DE L'EST DU CANADA. *Actes du Symposium sur la pollution atmosphérique et la santé publique*, www.menv.gouv.qc.ca/air/symposium/sympo-actes-detail.pdf, consulté le 31 janvier 2005.
5. *Ibid.*
6. CLAPP, R. (2000). « Environment and Health: 4. Cancer », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 163, nº 8, p. 1009-1012.
7. COHEN, A.J. (2003). « US cohort studies of air pollution and lung cancer », *Eurocancer*, p. 349-350.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *Transport, Environment and Health*, Copenhague, 81 p. (Collection European Series, nº 89).
9. COMMISSION DE COOPÉRATION ENVIRONNEMENTALE DE L'AMÉRIQUE DU NORD (2004). *Les émissions atmosphériques des centrales électriques nord-américaines*, Montréal, 93 p.
10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Les risques à la santé associés aux activités de production animale*, Québec, gouvernement du Québec, 38 p.
11. FRIEDMAN, M.S. et autres (2001). « Impact of changes in transportation and commuting behaviors during the 1996 Summer olympic Games in Atlanta on air quality and childhood asthma », *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, p. 897-905.
12. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2002a). *Rapport du Québec sur le développement durable*, Québec, 65 p.
13. COMMISSION DE COOPÉRATION ENVIRONNEMENTALE DE L'AMÉRIQUE DU NORD (2004). *Op. cit.*
14. GROUPE D'ÉTUDE SUR L'ONCOGÈNE ENVIRONNEMENTALE. *Cancer et environnement*, www.inspq.qc.ca/bulletin/bise/1996/bise_7_1.asp?Annee=1996#menu, consulté le 20 janvier 2005.
15. BOLDUC, D.G. et M. CHAGNON (1996). *Circonstances et causes des épidémies d'origine hydrique survenues au Québec de 1989 à 1993*, Comité de santé environnementale du Québec, Conseil des directeurs de santé publique, Beauport (Québec), 15 p.
16. LEVALLOIS, P. (1995). « Eau potable et santé : État de situation », dans P. Lajoie et P. Levallois (sous la dir. de), *Environnement et santé : Air intérieur et eau potable*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 152-162.
17. SANTÉ CANADA. *Eau chlorée et effets sur la santé*, www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/eau/eau_chloree.htm, consulté le 27 janvier 2005.
18. CONSEIL DES DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE (1999). *Colocataires d'un coin de la planète bleue : pour une gestion saine, durable et responsable de l'eau au Québec*, Québec, Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux, 37 p.
19. MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT (1999). *La gestion de l'eau au Québec : Document de consultation publique*, Québec, gouvernement du Québec, 76 p.
20. MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT. *Fleurs d'eau de cyanobactéries*, www.menv.gouv.qc.ca/eau/eco_aqua/cyanobacteries/index.htm, consulté le 10 janvier 2005.
21. CONSEIL DES DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE (1999). *Op. cit.*
22. ZMIROU, D. et autres (2003). « Déchets et sols pollués », dans M. Guérin et autres, *Environnement et santé publique : Fondements et pratiques*, Acton Vale, Éditions Edisem, p. 398-440.
23. *Ibid.*
24. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001). *Réflexions sur l'utilisation de pesticides en milieu urbain*, Québec, 22 p.
25. ZMIROU, D. et autres (2003). *Op. cit.*
26. *Ibid.*
27. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2001). *Op. cit.*

28. OURANOS (2004). *S'adapter aux changements climatiques*, Montréal, 83 p.
29. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2004). *Le Suroît, les changements climatiques et la santé : Réflexions sur l'acceptabilité du Suroît dans une optique de santé publique*, Québec, 7 p.
30. *Ibid.*
31. MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT (2004a). *Stratégie québécoise sur la diversité biologique 2004-2007 : Pour la mise en œuvre au Québec de la Convention sur la diversité biologique des Nations Unies*, Québec, gouvernement du Québec, 112 p.
32. OURANOS (2004). *Op. cit.*
33. GINGRAS, B. et autres (2000). « Les risques à la santé publique associés aux activités de production animale », *Bulletin d'information en santé environnementale*, vol. 11, nº 5, p. 1-5.
34. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *From London to Budapest: Progress Made on Transport, Environment and Health*, www.euro.who.int#document#eehc#ebakdoc03.pdf, consulté le 4 février 2005.
35. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2002a). *Op. cit.*
36. CHIVIAN, E. (sous la dir. de). *Biodiversity: Its Importance to Human Health*, www.med.harvard.edu/chge/Biodiversity_v2_screen.pdf, consulté le 4 février 2005.
37. *Ibid.*
38. GURIN, D. (2003). *Understanding Sprawl: A Citizen's Guide*, Vancouver, The David Suzuki Foundation, 25 p.
39. FRUMKIN, H. (2002). « Urban sprawl and public health », *Public Health Reports*, vol. 117, p. 201-216.
40. EWING, R. et autres (2003). « Relationship between urban sprawl and physical activity, obesity and morbidity », *American Journal of Health Promotion*, vol. 18, nº 1, p. 47-57.
41. KAWACHI, I. et autres (1997). « Social capital, income inequality and mortality », *American Journal of Public Health,* vol. 87, nº 9, p. 1491-1498.
42. MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT (1999). *Op. cit.*
43. MINISTÈRE DES RESSOURCES NATURELLES, DE LA FAUNE ET DES PARCS. *L'énergie au Québec*, www.mrnfp.gouv.qc.ca/publications/energie/energie/energie-au-quebec-2003.pdf, consulté le 31 janvier 2005.
44. RECYC-QUÉBEC (2003). *Bilan de la gestion des matières résiduelles au Québec : Pour un développement durable, cap sur 2008*, Québec, gouvernement du Québec, 56 p.
45. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2004). *Plan de développement durable du Québec : Document de consultation*, Québec, 43 p.
46. *Ibid.*
47. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2002b). *L'eau. La vie. L'avenir : La Politique nationale de l'eau*, Québec, ministère de l'Environnement, 103 p.
48. MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT (2004a). *Op. cit.*
49. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1994). *Les Orientations du gouvernement en matière d'aménagement du territoire*, Québec, ministère des Affaires municipales, 70 p.
50. MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT. *Politique québécoise de gestion des matières résiduelles 1998-2008*, www.menv.gouv.qc.ca/matieres/mat_res/index.htm, consulté le 4 février 2005.
51. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2002b). *Op. cit.*
52. MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT (2004b). *Mémoire au Conseil des ministres sur un projet de règlement modifiant le Règlement sur la qualité de l'eau potable*, Québec, gouvernement du Québec, 5 p.
53. MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT. (2004a). *Op. cit.*
54. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1994). *Op. cit.*
55. MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT. *Politique québécoise de gestion des matières résiduelles 1998-2008*, www.menv.gouv.qc.ca/matieres/mat_res/index.htm, consulté le 4 février 2005.
56. RECYC-QUÉBEC (2004). *Des ressources toujours en mouvement : Rapport annuel 2003-2004*, Québec, 32 p.
57. *Ibid.*
58. STATISTIQUE CANADA. *La gestion des engrais et des pesticides au Canada*, www.statcan.ca/francais/research/21-021-MIF/2004002/article_f.htm, consulté le 4 février 2005.
59. QUÉBEC. *Code de gestion des pesticides : c. P-9.3, r.0.01, à jour au 1er février 2005*, www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/P_9_3/P9_3R0_01.HTM, consulté le 4 février 2005.
60. MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT. *Op. cit.*
61. PEMBINA INSTITUTE (2001). *Alberta Sustainability Trends 2000: The Genuine Progress Indicators Report 1961 to 1999*, Drayton Valley (Alberta), 63 p.
62. TABLE RONDE NATIONALE SUR L'ENVIRONNEMENT ET L'ÉCONOMIE (2002). *Vers un programme canadien d'écologisation de la fiscalité : Les premiers pas*, Ottawa, 58 p.
63. ORGANISATION POUR LA COOPÉRATION ET LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. *Mise en œuvre du développement durable : Principaux résultats 2001-2004*, www.oecd.org/dataoecd/25/36/31683782.pdf, consulté le 4 février 2005.

64. EUROPEAN ENVIRONMENT AGENCY (2000). *Environmental Taxes: Recent Developments in Tools for Integration*, Copenhague, 92 p. (Collection Environmental Issues Series, nº 18).

65. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1996). *L'énergie au service du Québec : Une perspective de développement durable*, ministère des Ressources naturelles, 108 p.

66. MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT. *La gestion intégrée de l'eau par bassin versant*, www.menv.gouv.qc.ca/eau/bassinversant/index.htm, consulté le 17 janvier 2005.

67. *Ibid.*

68. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LA GESTION DE LA FORÊT PUBLIQUE QUÉBÉCOISE (2004). *Rapport de la Commission d'étude sur la gestion de la forêt publique québécoise*, Québec, 305 p.

69. FLORIDA COORDINATING COUNCIL ON MOSQUITO CONTROL. *Florida Mosquito Control: The State of the Mission as Defined by Mosquito Controllers, Regulators, and Environmental Managers*, fmel.ifas.ufl.edu/whitep/whitep.htm, consulté le 4 février 2005.

70. BOYD, D. R. (2004). *La durabilité en une génération : Une nouvelle vision pour le Canada*, Vancouver, Fondation David Suzuki, 47 p.

Des communautés solidaires : bien vivre ensemble

« Le droit des individus et des communautés de participer aux décisions qui les concernent fait partie des ingrédients reconnus parmi les plus prometteurs pour améliorer leur santé et leur bien-être. Ce droit implique que les membres d'une collectivité se réunissent pour agir et apporter des solutions à des problèmes communs[1]. »

Des communautés solidaires et en santé

La santé des personnes est influencée par les relations sociales qu'elles entretiennent sur le plan individuel et par les liens sociaux qui se tissent à l'intérieur d'une nation tout entière ou à l'échelle des collectivités immédiates auxquelles elles appartiennent, appelées communautés. On peut comprendre cette influence en s'appuyant sur deux concepts : le soutien social, qui est le produit des relations qu'un individu entretient avec ses proches, et la cohésion sociale, qui fait référence à la volonté des membres d'une collectivité de coopérer au mieux-être de tous.

Le soutien social

On entend par soutien social le résultat de l'interaction entre deux personnes dans le but que l'une apporte à l'autre diverses formes d'appréciation ou de reconnaissance, de l'aide concrète, de l'information ou encore de l'accompagnement[2-3]. On a observé que les taux de mortalité de plusieurs maladies sont plus élevés chez les personnes qui ont un réseau social pauvre, que le soutien social exerce un rôle de régulation de la tension artérielle, qu'il influence le taux de certaines hormones et la qualité de la réponse immunitaire[4] et qu'il existe une corrélation entre le manque de soutien social et différents aspects de la santé mentale, notamment la dépression[5]. Bien qu'il reste encore beaucoup de choses à découvrir sur les liens entre le soutien social et la santé, particulièrement en ce qui concerne le processus selon lequel le soutien social affecte la santé, on reconnaît qu'il s'agit là d'un facteur qui influence la santé[6]. On reconnaît, notamment, que la réciprocité peut jouer un rôle dans les effets du soutien social : les effets du soutien social sont d'autant plus positifs que le receveur est persuadé qu'il pourra un jour apporter du soutien à celui qui lui en offre[7]. Il existe ainsi un certain réconfort associé au fait non seulement de recevoir du soutien social, mais également d'en offrir.

La cohésion sociale

Les individus vivent aussi à l'intérieur d'une collectivité plus large, collectivité elle aussi caractérisée par la qualité des liens qui unissent les membres qui en font partie. La cohésion sociale fait partie des attributs qui peuvent caractériser ces liens sociaux. Par cohésion sociale, on

entend la volonté des membres d'une société ou d'une communauté de coopérer dans le but de survivre et de prospérer. La notion de communauté est ici essentielle parce qu'elle fait référence à la collectivité qui constitue l'environnement immédiat quotidien des personnes. Cette volonté de coopérer des personnes suppose qu'elles choisissent librement de s'associer et qu'elles ont de bonnes chances d'atteindre leurs objectifs, les autres groupes de la collectivité étant également disposés à coopérer et à partager équitablement le résultat de leurs efforts[8]. La cohésion sociale fait référence à l'existence de valeurs communes, d'intérêts et de défis partagés ainsi qu'à des sentiments de confiance et de réciprocité entre citoyens et membres d'une communauté[9]. Outre la volonté de coopérer, la cohésion sociale suppose de la part des personnes la capacité de le faire et l'adhésion à des valeurs sociales comme la justice, la liberté, l'égalité, la tolérance et, de façon générale, le respect des droits de la personne.

Le terme *communauté* renvoie à « […] un système social structuré qui regroupe des personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis (ville, village, quartier…), qui ont une interaction sociale et partagent certaines valeurs communes ainsi que des liens psychologiques entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité en tant que communauté »[10].

La cohésion sociale favorise l'efficacité collective, vue comme la capacité d'une communauté à atteindre des buts communs[11]. L'efficacité collective et le sentiment de cette efficacité correspondent à ce que l'on appelle l'*empowerment* collectif, c'est-à-dire la capacité pour une collectivité de prendre les décisions et d'entreprendre les actions qui la mèneront à son mieux-être ainsi que la croyance en cette capacité. La poursuite de buts communs repose sur des attentes partagées à l'intérieur d'une communauté et sur un engagement mutuel face à l'atteinte de ces buts au profit de toute la communauté. Ces buts seront atteints si des liens sont établis avec les organisations qui sont à l'extérieur de la communauté, notamment avec les institutions et l'environnement politique élargi. Ces liens avec l'extérieur sont essentiels pour que la collectivité puisse avoir accès à des ressources externes ainsi qu'à des services et qu'elle puisse également assurer une certaine régulation des relations entre les individus et entre les groupes qui la constituent.

Tout comme le soutien social exerce une influence positive sur la santé des individus, la cohésion sociale favorise la santé des membres d'une communauté. On observe ainsi un lien entre la confiance qui lie les membres d'une communauté et la santé, et ce, pour la mortalité générale, la mortalité infantile et la mortalité associée à certaines maladies comme les MCV et les cancers[12]. De plus, dans les communautés où un réseau de soutien social coopératif existe, les enfants risquent moins de naître avec un poids insuffisant[13]. Il existe également un lien entre la cohésion sociale et des aspects psychosociaux de la santé. Une étude a en effet mis en évidence que les taux de crimes violents variaient d'un quartier de Chicago à l'autre selon le niveau d'efficacité collective mesuré par le degré de contrôle social informel et de cohésion sociale[14]. La cohésion sociale est aussi associée à un certain nombre d'autres effets positifs, notamment sur le développement économique[15].

Comment la cohésion sociale permet-elle d'obtenir des gains pour la société, comme la santé, et une distribution équitable des gains sociaux? En premier lieu, plus la cohésion sociale est élevée, plus l'adhésion aux normes sociales ainsi que le soutien aux valeurs et institutions sociales sont également élevés. La coopération est en effet plus facile quand les valeurs sont partagées entre les membres et que les normes ont été établies par l'ensemble de la collectivité. En deuxième lieu, la cohésion sociale va de pair avec la participation qui favorise directement la production de résultats utiles à l'ensemble de la société ou à la communauté. En dernier lieu, plus la cohésion sociale est élevée, plus forte est la pression pour assurer un soutien politique à des mesures sociales, comme des soins de santé ou des services éducatifs, pour favoriser l'accessibilité universelle à de telles mesures ainsi que pour permettre une distribution équitable du revenu. Enfin, les mécanismes qui lient la cohésion sociale aux politiques publiques et aux résultats obtenus sont réciproques, les politiques publiques tout comme les gains et leur distribution équitable renforçant la cohésion sociale[16].

Si la cohésion sociale renforce les gains sociaux, et vice versa, des effets inverses sont aussi possibles. Des résultats sociaux négatifs (par exemple, des pertes d'emplois) ou une distribution inéquitable de ceux-ci érodent la cohésion sociale qui à son tour diminue la probabilité d'obtenir des résultats sociaux positifs : s'amorce alors le cercle vicieux de la détérioration sociale[17].

Dans l'ensemble, on constate que, tout comme l'environnement physique, l'environnement social joue un rôle déterminant pour la santé, particulièrement par le biais du soutien social et de la cohésion sociale. Deux leviers essentiels existent pour faire en sorte que l'environnement social soit plus soutenant : la participation des citoyens au mieux-être collectif et les politiques publiques favorables à ce mieux-être. Les citoyens doivent donc disposer de l'espace nécessaire pour participer à la vie de leur communauté. Cette participation peut prendre la forme du bénévolat ou de l'engagement dans un organisme communautaire ou dans toute entreprise visant la prise en main des communautés par elles-mêmes. Elle peut également se concrétiser par une contribution au fonctionnement des institutions, notamment dans les secteurs qui ont un impact direct sur la vie quotidienne des individus et leur famille. Quant aux politiques publiques, elles doivent avant tout être axées sur une distribution la plus équitable possible des ressources et sur l'accès pour tous aux services essentiels. Pour maximiser les effets positifs de l'environnement social sur la santé, il s'agit, ni plus ni moins, de s'inscrire dans une démarche de développement des communautés.

La participation civique et la cohésion sociale : où en sommes-nous ?

Le Québec adhère aux valeurs sur lesquelles se fonde la démocratie, notamment la liberté, la justice et l'égalité des chances. La solidarité, le partage et l'entraide font de plus partie des valeurs de la population québécoise. La solidarité des Québécois, exprimée par le bénévolat ou par des dons, lors des sinistres survenus au cours de la dernière décennie (tempête du verglas à Montréal et inondations au Saguenay) illustre bien leur esprit de coopération[18].

« Il existe au Québec une forte tradition de participation populaire, sans laquelle plusieurs de nos institutions n'auraient pas connu le développement qui fut le leur. On pense au Mouvement Desjardins, aux syndicats, au mouvement agricole, aux grands partis politiques provinciaux ou municipaux[19]. »

La participation civique

La participation civique s'exprime par différents types de participation à la vie collective : le bénévolat, l'action communautaire, l'action intersectorielle locale et la participation aux institutions sociales.

Le bénévolat et l'action communautaire

En 2002-2003, on dénombrait environ 8 000 organismes communautaires œuvrant dans différents secteurs d'activité. On estime à environ 1,1 million le nombre de personnes qui, au Québec, consacrent bénévolement du temps à une organisation, ce qui correspond à environ un cinquième de la population des personnes âgées de 15 ans et plus ; au-delà de 180 millions d'heures par année sont consacrées au bénévolat, ce qui représente l'équivalent de 100 000 emplois à temps plein[20]. Au total, 24 ministères et organismes gouvernementaux consacrent environ 530,5 millions de dollars au soutien des organismes communautaires ; plus de la moitié de ces sommes proviennent du secteur de la santé et des services sociaux, et le quart, du secteur de la solidarité sociale et de l'emploi[21]. On ne peut passer sous silence la contribution des CLSC (aujourd'hui intégrés aux CSSS) à la mise en place des organismes communautaires

et le soutien qu'ils offrent à ces organismes, principalement par l'entremise des organisateurs communautaires. Dans un récent plan d'action, le gouvernement du Québec confirmait sa reconnaissance de l'autonomie de ces organismes. Il consolidait du même coup le financement de leur mission, sans toutefois le rehausser, et annonçait son intention de rationaliser l'aide aux organismes, notamment en évitant ce qu'il considère comme des chevauchements de mission sur un même territoire. Il garantissait une meilleure stabilité aux organismes en privilégiant un financement pluriannuel d'au moins trois ans[22].

« Les organismes communautaires se définissent comme constituants d'un mouvement social autonome d'intérêt public, comme des agents de transformation sociale qui agissent en vue de l'amélioration de la qualité du tissu social, leur intervention allant au-delà de la simple satisfaction des besoins sociaux et des besoins de santé de la population[23]. »

La mission des organismes communautaires consiste à combattre la pauvreté et la discrimination en vue d'améliorer la qualité du tissu social par la création de groupes d'entraide, la défense des droits, l'action sociale et politique de même que la prestation de services adaptés aux besoins des différents groupes de la population[24]. Alors que certains organismes œuvrent dans un domaine précis, par exemple la violence conjugale ou la toxicomanie, d'autres mettent en place des projets à multiples composantes qui visent, par exemple, la réduction de la pauvreté et de ses conséquences.

On a également assisté au Québec, à la fin des années 1990, à la création d'entreprises d'économie sociale, entreprises qui illustrent bien la façon dont on a pu tirer profit de la mise en commun de préoccupations sociales et économiques. Ces entreprises sont axées sur la production de biens et services dont les coûts sont partagés entre l'État et les usagers. Ces entreprises, contrairement à l'entreprise privée, n'obéissent pas à un objectif premier de rentabilité. Les entreprises d'économie sociale souscrivent en effet à deux objectifs essentiels : créer des emplois pour des personnes qui seraient facilement exclues du marché du travail et procurer des biens et services qui, autrement, seraient difficiles d'accès pour certains groupes de la population[25].

L'action intersectorielle locale

On peut également souligner l'accent mis récemment au Québec sur l'action intersectorielle locale. Par cette action, on reconnaît que les membres d'une communauté sont les mieux placés pour trouver des solutions aux problèmes qui les concernent, notamment au regard de leur santé, car de nombreux moyens pour améliorer la santé sont la responsabilité d'autres secteurs que celui des services de santé et des services sociaux. Deux démarches d'envergure ont marqué une étape importante pour l'action intersectorielle locale en faveur de la santé.

Il s'agit, en premier lieu, du Réseau québécois de Villes et Villages en santé, qui, depuis le milieu des années 1980, a mobilisé bon nombre d'acteurs de différents secteurs d'activité, notamment du monde municipal en collaboration avec les directions de santé publique ainsi que les CLSC d'alors, et de plusieurs régions du Québec dans le but de promouvoir des politiques municipales saines, de faciliter la réalisation de projets entrepris par les membres des municipalités et d'encourager l'échange entre les différentes municipalités[26]. À l'heure actuelle, plus de 140 municipalités, qui comptent pour plus de la moitié de la population du Québec, font partie du Réseau québécois de Villes et Villages en santé[27].

La seconde démarche est la tenue de forums régionaux et locaux sur le développement social organisés par le Conseil de la santé et du bien-être. L'objectif de ces forums était de permettre aux acteurs locaux et régionaux provenant des différents secteurs d'activité de mener une réflexion collective sur le développement social comme tel ainsi que sur les outils et les conditions nécessaires pour le réaliser[28]. Ces forums et le forum national qui a suivi ont permis de mettre en évidence les difficultés liées à la pauvreté, à la faiblesse des liens sociaux et à l'exclusion sociale ainsi que la volonté des communautés locales et régionales de s'engager dans le soutien des personnes et la réduction des inégalités[29]. À la suite de ces forums, les régions ont

poursuivi leur propre démarche de développement, à partir de structures définies par chacune. Ces travaux ont emprunté différentes voies, soit structurantes parce qu'elles étaient orientées vers le développement de l'efficacité des communautés, soit ciblées sur des projets précis de développement pour venir en aide à différents groupes vulnérables ou encore améliorer les infrastructures pour encourager la participation civique[30]. Les retombées des forums se font encore sentir, par le maintien d'initiatives issues des communautés ainsi que par l'action des groupes de bénévoles, des organismes communautaires et des entreprises d'économie sociale.

La participation aux institutions sociales

Pour ce qui est de la participation des citoyens aux institutions, le Québec a eu recours à différents mécanismes pour permettre à la population de participer au fonctionnement des institutions. Cette participation peut emprunter différentes formes, allant de la simple consultation pour l'élaboration de politiques ou de programmes à la contribution directe au fonctionnement des organisations ou des établissements. Malgré une volonté clairement exprimée par plusieurs gouvernements de faire une véritable place aux citoyens dans la gouvernance, l'éventail des stratégies utilisées jusqu'à maintenant est relativement modeste lorsque l'on considère tous les moyens novateurs mis à la disposition des systèmes politiques ou administratifs[31].

Les politiques sociales

Relativement aux politiques publiques favorables à la cohésion sociale et à la participation civique, le gouvernement du Québec a adopté, comme cela a été mentionné précédemment, la *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Outre la réduction de la pauvreté, des inégalités et de l'exclusion sociale, cette stratégie vise à développer un sentiment de solidarité sociale. Par cette stratégie, l'État s'engage, notamment, à soutenir l'action citoyenne ainsi que les initiatives locales et régionales en matière de lutte à la pauvreté, à reconnaître et à encourager la responsabilité sociale des entreprises et à mettre à contribution les organismes communautaires dans la lutte contre la pauvreté et l'intervention auprès des groupes les plus touchés par la pauvreté[32]. De plus, le gouvernement a créé, en vertu de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* adoptée récemment, le Fonds québécois d'initiatives sociales pour soutenir des projets issus du milieu, l'ensemble des ministères et organismes étant invités à contribuer à la mise en place et au suivi de ces projets[33-34]. À cet égard, de nouveaux partenariats entre le public, le privé et le milieu communautaire sont favorisés, dont la mise en commun de ressources.

Comme cela a également été mentionné précédemment, outre la Loi et la stratégie, le gouvernement a adopté un plan d'action en matière d'action communautaire et il a mis en place, au cours des dernières années, différentes mesures concernant l'éducation, l'emploi, les services de garde, le logement social et la prévention de l'exclusion sociale chez les aînés.

Et pour l'avenir... intensifier le soutien au développement des communautés

« Une attention particulière doit être portée aux énergies en émergence dans la collectivité et à la prise de contact avec les milieux locaux. Les actrices et les acteurs concernés au sein des communautés ont à s'entendre sur ce qu'ils peuvent réaliser ensemble et trouver les clés du changement pour le développement de la santé de leur population. Il est dès lors important d'encourager les modes de pratiques qui donnent toute leur place à l'accompagnement et au soutien pour l'analyse du milieu ainsi que pour la gestion des processus de changement[35]. »

Si l'attention portée à l'environnement social dans une perspective d'amélioration de la santé de la population est relativement récente, celle accordée aux interventions susceptibles de l'améliorer l'est davantage. Depuis quelques années, le courant d'intervention en développement des communautés, axé sur l'*empowerment* collectif, la participation, la concertation et les politiques publiques favorables, s'impose en ce sens. On peut voir dans le développement des communautés une approche susceptible de favoriser la cohésion sociale en encourageant la participation civique et en favorisant l'adoption de politiques publiques favorables à cette cohésion.

Encourager la participation à la vie de la communauté

Compte tenu de l'importance de la participation à la vie de la communauté, il importe de préserver l'espace nécessaire sur le plan local pour prendre des décisions et passer à l'action. Il faut donc multiplier les occasions pour les citoyens de participer à la vie de leur communauté, notamment par le bénévolat et l'action communautaire ; à cet égard, le soutien de l'État est essentiel. L'engagement des membres de la communauté est également indispensable. La promotion de la participation civique auprès de la population générale et l'éducation des jeunes à la citoyenneté, notamment par les projets École en santé, qui sont issus d'un modèle élaboré par l'OMS et qui agissent sur un ensemble de facteurs concernant la santé et l'éducation des élèves en vue de soutenir le développement, l'adaptation sociale et la réussite scolaire des jeunes, sont susceptibles de favoriser cet engagement et cette participation. En ce qui concerne la participation civique des jeunes, l'idée de crédits scolaires accordés pour une contribution des élèves aux services communautaires, adoptée par quelques écoles, mérite d'être généralisée[36].

Pour ce qui est de la participation des citoyens aux institutions, des moyens novateurs devront être déployés pour rapprocher les administrateurs, les élus et le public, et ce, particulièrement dans un contexte de fusions (de municipalités, d'établissements) qui pourraient mener à un rétrécissement des espaces de participation publique. Différents degrés de participation peuvent être envisagés, selon que l'objectif est d'informer ou de sensibiliser la population, de recueillir des renseignements sur ses opinions, ses valeurs ou ses attentes, de concilier les positions des différents groupes d'intérêt, de prendre des décisions ou de mettre en œuvre des solutions. On s'entend sur la nécessité de combiner différents mécanismes de participation, selon le but poursuivi, et d'expérimenter des moyens novateurs mis à l'épreuve dans d'autres pays, notamment lorsqu'il s'agit de susciter l'engagement des citoyens : il en va ainsi du jury de citoyens, du panel de citoyens et du scrutin délibératif[37-38].

Tableau I

Exemples de moyens novateurs de participation aux institutions

Moyens	Description	Utilité
Jury de citoyens	Les autorités soumettent une question de politique publique pour obtenir un avis ou une décision qu'elles s'engagent à mettre en œuvre. Les membres du jury sont recrutés parmi la population et représentent cette dernière.	Lorsqu'il n'y a pas de solution évidente à un problème complexe.
Panel de citoyens	Les autorités soumettent une question de politique publique à un panel de non-spécialistes afin d'obtenir un consensus.	Pour obtenir des commentaires et des avis sur des questions controversées et accroître la compréhension qu'en a le grand public.
Scrutin délibératif	Il s'agit d'une série de rencontres qui se tiennent sur une période de deux à quatre jours au cours desquelles un grand nombre de participants (250 à 600) recrutés en fonction de critères démographiques et de leur attitude face au sujet traité échangent et reçoivent des informations sur un sujet (sondage avant et après les rencontres).	Pour dégager une opinion publique sur une question précise et accroître la compréhension du public sur cette question.

Donner des outils aux communautés les plus vulnérables

Certaines communautés auront besoin d'un soutien particulier pour se prendre en charge. Il ne s'agit pas ici de substituer des experts aux membres de la communauté afin d'atteindre des buts collectifs, mais bien de donner des outils aux membres de la communauté à partir de leur potentiel. Ce soutien peut prendre diverses formes[39-40] :

- participer avec la communauté à la détermination des connaissances et des habiletés de ses membres, renforcer les habiletés et les connaissances parmi les membres et encourager ceux-ci à les mettre à profit ;
- soutenir des membres de la communauté qui ont les habiletés pour exercer un leadership afin de les amener à mettre leurs préoccupations et leurs besoins en commun, à trouver des solutions et à passer à l'action ;
- renforcer le sentiment d'efficacité des communautés en faisant connaître et en valorisant les réalisations et les réussites de ces dernières ;
- encourager l'évaluation et le retour sur l'action. Il s'agit de renforcer l'ouverture aux nouvelles idées et aux connaissances, à l'écoute, aux idées des autres. La capacité des communautés sera d'autant plus grande que celles-ci sauront apprendre et tirer profit de leurs propres expériences et de celles des autres.

Afin de réaliser leurs projets, les communautés ont besoin de ressources financières, surtout s'il s'agit de communautés défavorisées sur le plan socioéconomique. À cet égard, il semble opportun de mettre en commun des ressources provenant de l'État, de l'entreprise privée et du milieu communautaire. Afin de consolider le Fonds québécois d'initiatives sociales pour l'année 2004-2005, les différents ministères et organismes sont invités à réserver des sommes

pour des projets issus des communautés, en particulier des communautés vulnérables. On peut souhaiter que le gouvernement opte pour une certaine continuité du financement des initiatives issues des communautés, comme il l'a fait pour les organismes communautaires, et ce, afin d'assurer la stabilité et la pérennité de ces projets.

Favoriser l'action en réseau

Compte tenu du poids des déterminants sociaux, il est impossible de faire porter aux seuls individus et communautés la responsabilité de la santé[41]. Tous les acteurs de la société doivent s'investir. Chacun doit assumer sa part de responsabilités en fonction de sa mission propre, en mettant au profit de buts collectifs ce qu'il est en mesure d'offrir. La collaboration entre l'État et l'entreprise privée en faveur de la santé, telle qu'elle est préconisée par l'OMS, est un exemple des possibilités qu'offrent de telles alliances en ce qui concerne non seulement le financement de certains services, mais aussi les échanges d'expertises auxquels il peut donner lieu et l'augmentation de la cohérence des actions qui poursuivent un but commun. De telles collaborations réunissent au moins deux acteurs, une entreprise et une organisation gouvernementale, qui visent à atteindre un objectif qui favorise la santé, sur la base d'une répartition de tâches précise et convenue par tous les acteurs[42-43].

La capacité d'action d'une communauté sera d'autant plus grande qu'il existera des liens de confiance et de collaboration avec d'autres communautés, avec les institutions, avec les différents acteurs intersectoriels et avec l'environnement politique plus large. Les infrastructures locales, régionales et nationales devraient favoriser ces échanges. À cet égard, on peut souligner l'importance d'un partage équitable des responsabilités entre l'État, l'entreprise privée, le monde communautaire et les citoyens ainsi que la nécessité pour l'État et l'entreprise privée, notamment, d'établir des partenariats et de travailler avec les acteurs intersectoriels visés.

Adopter des politiques favorables au maintien et au développement de la cohésion sociale

Il semble clair que les politiques publiques qui favorisent la cohésion sociale favorisent aussi la santé et contribuent à d'autres bénéfices pour la société ou la communauté. On peut même croire que des politiques qui, à première vue, favoriseraient la prospérité ou la croissance économique ne porteraient pas de fruits à long terme si elles avaient des effets potentiellement négatifs sur la cohésion sociale : l'exclusion, la désaffection et l'affaiblissement de la coopération que pourraient entraîner ces politiques risqueraient en effet de les rendre inopérantes.

Bien que l'éventail des politiques publiques susceptibles d'influencer la cohésion sociale soit très large, on peut souligner l'importance particulière que revêtent certains domaines. Outre les politiques qui concernent une distribution équitable de la richesse et la création d'emplois de qualité, les politiques qui visent à assurer l'accessibilité universelle aux services essentiels, comme les services de garde, les services éducatifs, le logement, la nourriture, le transport ainsi que les services de santé et les services sociaux, revêtent une importance particulière pour les communautés.

[Traduction] « De bonnes politiques publiques sont le seul levier sûr pour accroître la cohésion sociale, puisque le soutien politique ne peut être imposé, non plus que les valeurs ou l'adhésion à des normes sociales, et qu'on ne peut contraindre les personnes à la participation civique. Toutefois, toutes les politiques concernent la cohésion sociale, en ce sens qu'elles ont un effet direct sur l'accroissement ou l'affaiblissement de la volonté des personnes de coopérer ainsi que du sentiment d'inclusion et d'appartenance. […] en ce sens, de bonnes politiques publiques font partie d'un cercle vertueux qui maintient la cohésion sociale et renforce la confiance, qui servent de fondement aux sociétés durables[44]. »

1. COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE LIÉES À LA PAUVRETÉ (2002). *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 33.
2. HUPCEY, J.E. (1998a). « Social support: Assessing conceptual coherence », *Qualitative Health Research*, vol. 8, nº 3, p. 304-318.
3. TOUSIGNANT, M. et autres (1987). *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions : État de la question et proposition d'action*, Québec, Les Publications du Québec, 131 p.
4. UCHINO, B.N., J.T. CACIOPPO et J.K. KIECOLT-GLASER (1996). « The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health », *Psychological Bulletin*, vol. 119, nº 3, p. 488-531.
5. CALLAGHAN, P. et J. MORRISSEY (1993). « Social support and health: A review », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 18, nº 20, p. 203-210.
6. INTERNATIONAL CENTER FOR HEALTH AND SOCIETY (2004). *Les déterminants sociaux de la santé : Les faits saillants*, 2e édition, Copenhague, Bureau régional de l'Europe, Organisation mondiale de la santé, 40 p.
7. HUPCEY, J.E. (1998b). « Clarifying the social support theory-research linkage », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 27, nº 6, p. 1231-1241.
8. STANLEY, D. (2003). « What do we know about social cohesion: The research perspective of the Federal Government's Social Cohesion Research Network », *Canadian Journal of Sociology*, vol. 8, nº 1, p. 5-17.
9. JEANNOTTE, M.S. et autres (2002). *Buying In or Dropping Out: The Public Policy Implications of Social Cohesion Research*, Ottawa, Department of Canadian Heritage, 37 p.
10. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2002). *La santé des communautés : Perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, p. 17.
11. SAMSPSON, R.J. et J.D. MORENOFF (2000). « Public health and safety in context: Lessons from community-level theory on social capital », dans Institute of Medicine, *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*, Washington (DC), National Academy Press, p. 366-389.
12. KAWACHI, I. et autres (1997). « Social capital, income inequality and mortality », *American Journal of Public Health*, vol. 87, nº 9, p. 1491-1498.
13. ROBERTS, E. (1997). « Neighborhood social environments and the distribution of low birthweight in Chicago », *American Journal of Public Health*, vol. 8, p. 597-603.
14. SAMPSON, R.J., S.W. RAUDENBUSH et F. EARLS (1997). « Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy », *Science*, vol. 277, p. 918-924.
15. JEANNOTTE, M.S. et autres (2002). *Op. cit.*
16. STANLEY, D. (2003). *Op. cit.*
17. JEANNOTTE, M.S. et autres (2002). *Op. cit.*
18. BÉLANGER, J.P., R. SULLIVAN et B. SÉVIGNY (2000). *Capital social, développement communautaire et santé publique : Réflexion sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population*, Montréal, ASPQ Éditions, 224 p.
19. FOREST, P.G. et autres (2003). « Participation et publics dans le système de santé du Québec », dans V. Lemieux et autres (sous la dir. de), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs, enjeux*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 177.
20. SECRÉTARIAT À L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME DU QUÉBEC (2003). *Rapport annuel de gestion 2002-2003*, Québec, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 71 p.
21. *Ibid.*
22. SECRÉTARIAT À L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME DU QUÉBEC (2004). *Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire*, Québec, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 21 p.
23. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et AGENCES DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2004). *Programme de soutien aux organismes communautaires 2005-2006*, Québec, gouvernement du Québec, p. 6.
24. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et AGENCES DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2004). *Programme de soutien aux organismes communautaires 2005-2006*, Québec, gouvernement du Québec, 33 p.
25. BÉLANGER, J.P., R. SULLIVAN et B. SÉVIGNY (2000). *Op. cit.*
26. SAINT-PIERRE, M., M. O'NEILL et A. DUPRIEZ (1997). *Répertoire des Réseaux de communautés et de Villes en santé au Canada*, Québec, 21 p.
27. RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ. *Bienvenue au Réseau québécois de Villes et Villages en santé ! : Le réseau*, www.rqvvs.qc.ca/reseau/index.htm, consulté le 4 octobre 2004.
28. CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1997). *Forum sur le développement social : Présentation de la démarche*, Québec, gouvernement du Québec, 13 p.
29. CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1998). *Forum sur le développement social : Allocutions et échanges*, Québec, gouvernement du Québec, 122 p.
30. SAMSON, M. et M. MOREL (2004). « Le développement social dans les régions du Québec », *Bulletin d'information sur le développement social*, vol. 4, nº 3, p. 10-18.
31. FOREST, P.G. et autres (2003). *Op. cit.*

32. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2002). *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, 57 p.
33. QUÉBEC. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale : LRQ, chapitre L-7*, à jour au 1er septembre 2004, Éditeur officiel du Québec, 20 p.
34. MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE LA FAMILLE (2004). *Concilier liberté et justice sociale : Un défi pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec, gouvernement du Québec, 79 p.
35. AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (2004). *Plan d'action régional de santé publique en Abitibi-Témiscamingue 2004-2007*, Rouyn-Noranda, p. 54.
36. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Rapport du groupe de travail pour les jeunes : Un Québec fou de ses enfants*, Québec, gouvernement du Québec, 179 p.
37. FOREST, P.G. et autres (2003). *Op. cit.*
38. SANTÉ CANADA (2000). *Santé Canada - Politique et boîte à outils concernant la participation du public à la prise de décision*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 170 p.
39. COMITÉ DE TRAVAIL SUR LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS EN ESTRIE (2002). *Le développement des communautés c'est l'affaire de tous... : Guide pour l'élaboration d'un plan d'action local en CLSC pour le développement des communautés*, Sherbrooke, 12 p.
40. THE COLORADO TRUST (1998). *Promoting Health by Building Community Capacity: Evidence and Implications for Grantmakers*, Denver, 24 p.
41. BOURGEAULT, G. (1998). « Éthique et santé publique : À propos des conflits de valeurs », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 5, nº 2, p. 225-240.
42. BUSE, K. et A. WAXMAN (2002). « Partenariats public-privé pour la santé : Une stratégie pour l'OMS », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, nº 6, p. 1-7.
43. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La promotion de la santé au 21e siècle : Des partenariats en faveur de la santé pour tous*, www.who.int/inf-pr-1998/fr/cp98-47.html, consulté le 7 février 2005.
44. JEANNOTTE, M.S. et autres (2002). *Op. cit.*, p. 25 et 29.

L'individu : rendre les choix sains plus faciles

[Traduction] « De plus en plus, les experts en promotion de la santé reconnaissent qu'il existe une interaction dynamique entre les individus et leur environnement. Bien que les choix de vie soient ultimement le résultat de décisions personnelles, ils sont pris dans un contexte d'influences sociales et environnementales complexes qui affectent les comportements et qui peuvent rendre les options saines plus facilement accessibles, abordables, confortables et sécuritaires »[1].

L'alimentation, l'activité physique et le tabagisme : liens avec la santé

Plusieurs comportements et habitudes de vie influencent la santé. Par exemple, des comportements sécuritaires sur la route, à domicile et dans la pratique des sports peuvent prévenir les blessures et le fait de recourir à la vaccination peut prévenir de nombreuses maladies infectieuses. Bon nombre d'habitudes de vie permettent aussi d'éviter des problèmes de santé. Ainsi, une saine alimentation, la pratique régulière de l'activité physique et le non-usage du tabac jouent un rôle important dans la prévention des maladies chroniques. Une alimentation inadéquate, la sédentarité et le tabagisme, si on leur ajoute la consommation excessive d'alcool, sont en cause dans environ 40 % de l'ensemble des décès[2] et dans les décès liés aux maladies chroniques dans des proportions allant jusqu'à 80 %[3]. Ces maladies représentent une lourde charge pour la société québécoise, sur les plans de la mortalité et de la morbidité, une perte de qualité de vie pour les personnes atteintes et des coûts pour le système de santé. Bien que d'autres déterminants soient en cause, comme les facteurs génétiques, les conditions socio-économiques, l'environnement physique et social ainsi que la qualité des soins de santé, il n'en demeure pas moins que les habitudes de vie ont un impact considérable sur la santé.

L'alimentation

Les façons dont l'alimentation influence la santé sont multiples. Le fait de consommer des aliments sains[4-5] et de réduire la consommation de certains aliments, comme le sel[6], les gras saturés[7] et les gras trans[8], protège contre plusieurs maladies chroniques. De plus, l'équilibre entre l'apport et la dépense énergétiques permet d'atteindre et de conserver un poids qui favorise la santé.

Au Québec, la proportion de la population âgée de 12 ans et plus consommant au moins 5 portions de fruits et légumes par jour, un indicateur souvent utilisé pour apprécier la qualité de l'alimentation, s'établit à 42,5 % en 2003, ce qui fait du Québec la province où cette

proportion est la plus élevée au Canada. La proportion de femmes consommant au moins cinq portions de fruits et légumes par jour est plus élevée que celle des hommes[9]. La consommation quotidienne de fruits et de légumes varie sensiblement selon le revenu des individus : en 2001, 45 % des personnes faisant partie du groupe ayant le revenu le plus élevé consommaient au moins 5 fruits et légumes par jour, comparativement à 35 % de celles appartenant au groupe ayant le revenu le moins élevé[10].

L'activité physique

La pratique de l'activité physique améliore le métabolisme du glucose, réduit les graisses de l'organisme et abaisse la tension artérielle. Elle peut améliorer l'état de l'appareil musculosquelettique, contribuer à la régulation du poids du corps, assurer une meilleure distribution des graisses corporelles et réduire les symptômes dépressifs[11].

La proportion de Québécois âgés de 18 ans et plus considérés comme physiquement actifs durant leurs loisirs est passée de 26 % à 31 % entre 1994-1995 et 2000-2001, tandis que la proportion de ceux qui s'adonnaient à la marche comme moyen de déplacement (à raison de 6 heures ou plus par semaine) se situait à environ 11 % au cours de la dernière période[12]. Globalement, il est à noter que les hommes sont plus actifs que les femmes[13]. Le revenu influence également la pratique de l'activité physique : en 2001, 61 % des personnes faisant partie du groupe ayant le revenu le plus élevé étaient considérées comme actives durant leurs loisirs, comparativement à 50 % de celles appartenant au groupe ayant le plus faible revenu[14].

Le terme actif renvoie à une dépense énergétique d'environ 1 000 kilocalories par semaine et plus, répartie sur une pratique d'au moins 3 fois par semaine à une intensité modérée ou élevée : par exemple, 30 minutes de marche rapide, 7 jours par semaine, ou 30 minutes de jogging à vitesse moyenne, 3 fois par semaine[15].

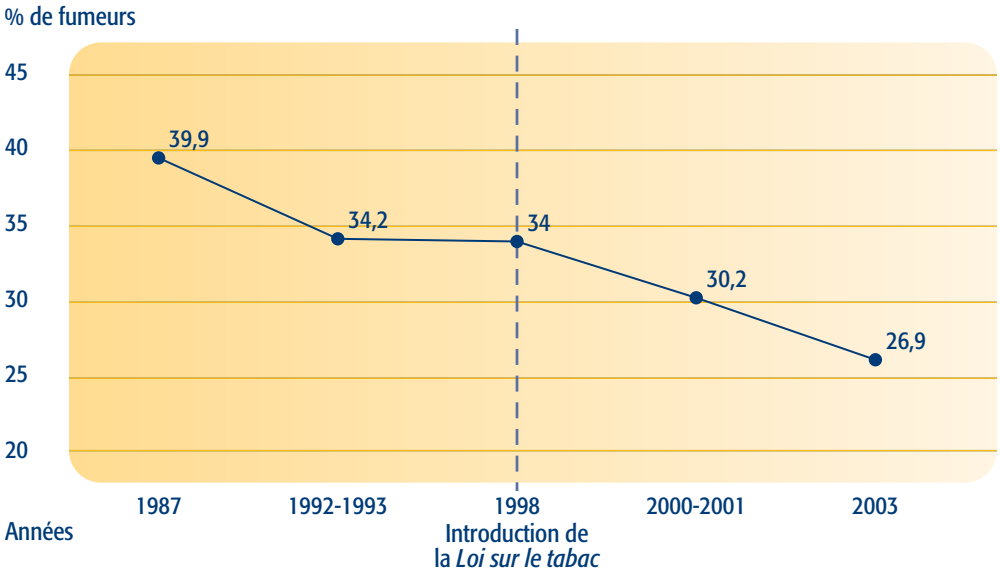
Le tabagisme

Les effets de la consommation de tabac sur la santé sont connus depuis de nombreuses années. Les experts s'accordent pour dire qu'une personne qui fume sur deux connaîtra une mort prématurée. En effet, selon une étude britannique, une personne ayant fumé toute sa vie d'adulte verra son espérance de vie réduite en moyenne de dix ans par rapport à celle des non-fumeurs. Cesser de fumer à l'âge de 50 ans réduirait les risques liés au tabagisme de moitié, alors que cesser de fumer à 30 ans pourrait permettre de les annuler[16].

Les enquêtes démontrent que la prévalence du tabagisme chez les personnes de 15 ans et plus est passée, entre 1987 et 2003, de 40 % à 27 %[17] (figure 1). La proportion de fumeurs âgés de 12 ans et plus est toujours plus élevée au Québec qu'ailleurs au Canada[18]. En 2003, la proportion de jeunes fumeurs âgés de 12 à 19 ans atteint 20 % au Québec, comparativement à une proportion variant de 10 % à 17 % dans les autres provinces canadiennes[19]. Pour la même année, 26 % des jeunes Québécois âgés de moins de 18 ans étaient exposés à la fumée secondaire à la maison, une baisse de 12 % en comparaison de l'année 2000[20]. Le revenu est associé au tabagisme : on note un écart de plus de 20 % entre la proportion des fumeurs ayant le revenu le plus élevé et la proportion des fumeurs dont le revenu est le plus bas (23 % comparativement à 47 %)[21].

Figure I

Évolution de la proportion de fumeurs, population de 15 ans et plus, Québec, de 1987 à 2003[22-23-24]



La promotion de saines habitudes de vie : où en sommes-nous ?

Le *Programme national de santé publique 2003-2012*

Au Québec, les actions en matière de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques existent depuis longtemps. Toutefois, la plupart de ces actions ont été réalisées de façon isolée et fragmentée. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* propose d'intervenir de façon globale pour promouvoir de saines habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques en combinant l'éducation à la santé, les pratiques cliniques préventives, la modification des environnements et l'application de politiques publiques favorables à la santé. Une insistance particulière est mise sur l'intervention dans les milieux de vie, notamment en milieu scolaire, en recourant à l'approche École en santé[25]. Cette approche permet d'intégrer des actions visant un ensemble d'habitudes de vie, en ciblant à la fois les individus et leur environnement, tout en ne perdant pas de vue le développement des compétences des jeunes et leur réussite scolaire.

Certaines des mesures qui font partie du programme concernent l'une ou l'autre des habitudes de vie[26]. Il en va ainsi de la révision de politiques et d'orientations en matière de nutrition, de la promotion d'environnements et de contextes sécuritaires et accessibles pour favoriser la pratique régulière d'activités physiques ainsi que de mesures relatives à l'application du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*[27], mesures qui seront expliquées plus loin.

Afin de faciliter la mise en œuvre d'une approche globale en matière de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques, un cadre de référence a été élaboré récemment par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce cadre de référence précise le rationnel qui sous-tend l'approche globale : il faut agir sur les trois principales habitudes de vie (intervention intégrée) en faisant appel à une combinaison de stratégies qui

visent les individus et leur environnement (intervention multidimensionnelle). Le cadre de référence détermine également les conditions de succès de l'implantation d'une telle approche[28].

Mis en place en 2004, des groupes de travail composés de différents acteurs de santé publique se sont penchés sur différents thèmes : les environnements alimentaires sains, l'activité physique et l'environnement bâti, les pratiques cliniques en matière de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques, l'examen d'un projet de démonstration en la matière, le programme 0-5-30 Combinaison prévention[29], et les aspects socioculturels et médiatiques en lien avec la promotion de saines habitudes de vie. Ces groupes de travail sont chargés de déterminer les actions les plus prometteuses à mettre en œuvre.

À la suite du Forum des générations qui a eu lieu à l'automne 2004, un groupe de réflexion intersectoriel a été formé afin de mobiliser la population sur la promotion de saines habitudes de vie et sur la prévention des maladies chroniques, en considérant les enfants, les jeunes et leurs milieux de vie (famille, milieu de garde, école, etc.), les municipalités et les communautés[30]. Ce groupe de travail est chargé de dégager des orientations générales auxquelles pourront se greffer, éventuellement, les différentes actions issues des groupes de travail en santé publique. Les secteurs qui participent à ce groupe intersectoriel sont les suivants : solidarité sociale, revenu, famille, éducation, agriculture, pêcheries, alimentation, affaires municipales, sport et loisir, jeunesse, santé et services sociaux.

Enfin, des campagnes médiatiques nationales ont été lancées sur les habitudes de vie saines. Une campagne gouvernementale concernant la saine alimentation, l'activité physique et le non-usage du tabac a été lancée récemment (campagne Vas-y)[31], et des acteurs du secteur privé se sont associés à l'État pour la campagne Défi Santé 5-30 concernant la consommation de fruits et légumes (5 portions par jour) et la pratique de l'activité physique (30 minutes par jour)[32].

La *Loi sur le tabac* et le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*

En 1998, l'Assemblée nationale du Québec a adopté la *Loi sur le tabac*[33]. Le Québec s'est de plus doté du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, mentionné antérieurement[34], dont les objectifs consistent à prévenir le tabagisme chez les jeunes, à promouvoir et à soutenir l'abandon du tabagisme, à protéger la population contre la fumée dans l'environnement ainsi qu'à soutenir la recherche et l'évaluation pour parfaire les connaissances en la matière. La lutte contre le tabagisme au Québec est un exemple de réussite pour ce qui est de l'application d'une stratégie multidimensionnelle[35]. En observant le graphique sur l'évolution du tabagisme depuis 1987, on observe que la diminution de fumeurs est particulièrement marquée depuis 1998, année qui coïncide avec l'adoption de la loi québécoise sur le tabac.

Une réussite : la lutte québécoise contre le tabagisme[37]

Le tabagisme est un phénomène encore bien présent au Québec, mais d'importants progrès ont été accomplis depuis la mise sur pied d'une stratégie globale d'action de lutte contre le tabac. La stratégie adoptée par le gouvernement québécois consiste en partie à dénormaliser les produits du tabac ainsi que la mise en marché et la consommation de ces produits, mais aussi à offrir de l'information à la population sur les méfaits du tabac ainsi que des services de cessation du tabagisme. Pour ce faire, une démarche faisant appel à un ensemble de moyens politiques, législatifs, éducatifs et cliniques a été mise sur pied ; cette démarche compte aussi sur la mobilisation des milieux de la recherche et de l'évaluation.

Ainsi, l'approche législative et réglementaire a permis au gouvernement du Québec d'appliquer plusieurs hausses de taxes sur le tabac et de se doter, en 1998, d'une loi sur le tabac, dans le but de prévenir le tabagisme chez les jeunes et de protéger la population contre la fumée de tabac dans l'environnement. La *Loi sur le tabac* comprend des mesures concernant la restriction de l'usage du tabac, de la vente du tabac et de la publicité sur le tabac.

En parallèle, un effort de communication, d'éducation et de soutien a été fait pour convaincre les individus soit de ne pas commencer à fumer, soit d'arrêter de le faire. L'aide aux personnes souhaitant arrêter de fumer est maintenant offerte par le biais de lignes téléphoniques gratuites, par le dépistage et le soutien des professionnels de la santé ainsi que par l'inclusion des produits pour cesser de fumer dans la liste des médicaments couverts par le régime public d'assurance et les régimes privés.

Les divers partenaires touchés par le sujet se sont également mobilisés pour réduire le tabagisme au Québec : CSSS, directions de santé publique, organismes communautaires, groupes et associations en contact avec les jeunes, ministères et organismes, médias et gouvernement fédéral.

La recherche, la surveillance et l'évaluation sont des composantes importantes de cet effort multidimensionnel. Les enquêtes sur la consommation des produits de tabac, les nouvelles recherches sur les attitudes relatives au tabagisme et l'évaluation de toutes les mesures mises en place sont des composantes essentielles pour permettre d'actualiser et de corriger ce type de stratégie s'il y a lieu.

Le plan d'action de Kino-Québec

Concernant l'activité physique, le plan d'action de Kino-Québec, élaboré par les secteurs des affaires municipales, du sport et du loisir ainsi que de la santé et des services sociaux, sera prochainement mis en œuvre. Par ce plan d'action, on vise principalement à augmenter la pratique de l'activité physique chez les jeunes d'âge scolaire (de 5 à 17 ans) et chez leurs parents en intervenant en milieu scolaire et dans les municipalités[37].

Et pour l'avenir... de nouveaux moyens de promouvoir de saines habitudes de vie

Plusieurs motifs plaident en faveur d'une approche globale de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques. Bien que les interventions éducatives qui visent les individus soient essentielles pour que ces derniers disposent de l'information nécessaire pour faire des choix éclairés, elles ne sont pas suffisantes. Des interventions doivent également viser l'environnement des individus de façon à ce que ceux-ci puissent faire plus facilement des choix sains et les maintenir[38]. Les sciences sociales et la psychologie du comportement ont apporté un éclairage nouveau sur la façon de concevoir la promotion de saines habitudes de vie. Elles ont contribué à intégrer dans un modèle écologique les différents facteurs (biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et politiques) qui influencent les comportements axés sur la santé et leurs interactions[39]. Avec ce modèle, on peut croire qu'il est possible d'influencer les attitudes individuelles face à la santé en modifiant les environnements et les normes sociales[40]. Pour mettre en œuvre ce modèle, des interventions multidimensionnelles doivent donc être menées.

Une bonne proportion de la population (entre 40 % et 60 % des adultes) présente plus d'un facteur modifiable des maladies chroniques : agir sur plus d'un facteur de risque pourrait contribuer à l'efficacité des interventions destinées à prévenir les maladies chroniques. On peut croire que l'adoption d'une habitude de vie saine aura un impact positif sur les autres habitudes de vie[41]. Toutefois, les résultats obtenus à ce jour ne sont pas concluants concernant cet effet d'entraînement, sans doute parce que les interventions menées étaient isolées au lieu d'être intégrées à l'intérieur d'une approche globale. Certaines combinaisons d'interventions pourraient s'avérer, à cet égard, plus efficaces que d'autres[42].

Dans l'ensemble, il existe un large consensus sur la nécessité d'une approche globale de promotion de saines habitudes de vie, celles-ci étant des déterminants puissants des maladies chroniques. Cette approche doit toutefois faire appel à des interventions jugées efficaces, et leur mise en œuvre repose sur de solides partenariats intersectoriels.

L'approche globale

Bien que plusieurs questions se posent encore quant à la façon de traduire concrètement l'approche globale, plusieurs voies ont été définies grâce aux expérimentations déjà réalisées en ce qui concerne les interventions individuelles, la modification des environnements et les politiques publiques favorables à la santé.

Sur le plan des interventions individuelles, il convient de renforcer les aptitudes individuelles en réalisant des campagnes axées sur les méfaits du tabac, sur la promotion de la consommation d'un minimum de cinq fruits et légumes par jour et sur l'intégration de l'activité physique

dans les loisirs ou lors des déplacements quotidiens. On peut également miser sur les services de santé en outillant les professionnels afin qu'ils offrent un counseling sur la saine alimentation, la pratique de l'activité physique, le non-usage du tabac et la cessation tabagique.

Plusieurs moyens existent pour créer des milieux favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie. Il est possible d'augmenter l'accessibilité aux produits sains, de diminuer l'accessibilité aux produits dommageables (contenu des machines distributrices, menu des cafétérias, etc.) et de faciliter l'accès aux locaux et à l'équipement pour la pratique de l'activité physique dans les écoles et dans les municipalités. Pour ce qui est du non-usage du tabac, on doit toujours fournir des efforts pour restreindre l'accessibilité aux produits du tabac. Il est également possible de créer des contextes favorables à une saine alimentation et à la pratique de l'activité physique en améliorant la qualité des lieux et des conditions dans lesquels les individus prennent leurs repas et en aménageant des trajets sécuritaires pour les déplacements quotidiens, notamment entre le domicile et l'école. Un autre moyen de soutenir la modification de l'environnement consiste à soutenir le milieu communautaire dans la réalisation d'activités diversifiées en matière d'alimentation et d'activité physique (par exemple, la mise en place de cuisines collectives, le prêt de matériel, etc.).

Il importe de souligner que les actions visant à modifier les environnements pour favoriser la pratique de l'activité physique vont de pair avec celles qui sont axées sur la sécurité. En effet, qu'il s'agisse d'encourager les déplacements actifs (à pied ou à vélo) vers l'école ou encore la pratique d'activités sportives ou de loisirs, la prise en compte de la dimension de la sécurité ne peut que contribuer à maximiser les effets positifs sur la santé. Ainsi, il est possible d'associer l'amélioration de la condition physique à la prévention des blessures, cette association incitant, la plupart du temps, les personnes à faire de l'activité physique. À titre d'exemple, le fait de déterminer des trajets sécuritaires peut rassurer les parents, qui encourageront leur enfant à se rendre à l'école à pied, un moyen facile pour les enfants et les adolescents de faire de l'activité physique de façon régulière.

Enfin, la modification des environnements ne peut être envisagée sans la mise en œuvre de réglementations, législations et politiques publiques favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie. En matière d'alimentation, on peut envisager l'adoption de politiques alimentaires en milieu de garde, en milieu scolaire et en milieu de travail, le financement de repas nutritifs pour diminuer la compétition des établissements de restauration rapide environnants, le renforcement de la réglementation sur la publicité faite aux enfants concernant l'alimentation et la réglementation des produits, services et moyens amaigrissants. En ce qui concerne l'activité physique, il est possible de recourir à des incitatifs financiers pour encourager les déplacements à pied ou à vélo et d'encourager le milieu scolaire à consacrer un nombre accru d'heures à l'activité physique. La révision de la *Loi sur le tabac* devrait permettre, notamment, d'élargir la catégorie des endroits publics où il sera interdit de fumer, par exemple les restaurants et les bars, ainsi que de restreindre la promotion et l'étalage des produits du tabac dans les points de vente.

Les conditions favorables : interventions efficaces et partenariats

En premier lieu, la mise en place d'une approche globale de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques nécessite le recours à des interventions jugées efficaces. Le Québec pourra s'inspirer de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles élaborée par l'OMS et s'appuyer sur les travaux réalisés au Canada[43] et ailleurs dans le monde[44-45-46-47].

L'approche globale exige aussi de la part des acteurs locaux, régionaux et provinciaux qu'ils travaillent en partenariat pour déterminer, mettre en œuvre et coordonner les interventions afin d'agir efficacement sur un ensemble de déterminants. Les ministères et organismes, les municipalités, le milieu scolaire, les milieux de travail, les organismes communautaires et les entreprises privées ont tous un rôle à jouer.

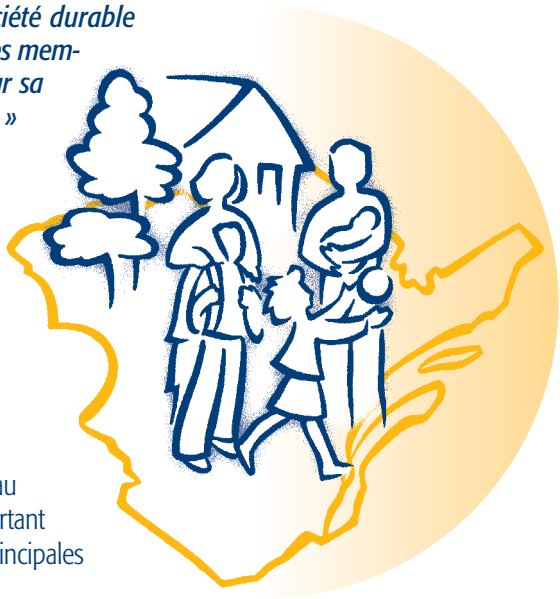
Diverses actions peuvent faciliter l'établissement de partenariats productifs. Il faut d'abord s'assurer, comme cela a été le cas dans la lutte contre tabagisme, que les différents partenaires partagent des valeurs et des objectifs communs et obtenir le soutien de la classe politique. Ensuite, il faut rechercher l'adhésion des partenaires clés dès les débuts d'une intervention et inclure tous les partenaires intéressés. Enfin, il faut chercher à obtenir des résultats concrets en fixant des objectifs précis et réalistes. Un partenariat solide demeure la clé du succès pour la mise en œuvre d'une approche globale de promotion de saines habitudes de vie.

1. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Resource Guide for Nutrition and Physical Activity Interventions to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases*, www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pdf/guidance_document_3_2003.pdf, consulté le 21 février 2005.
2. McKENNA, M.T. et autres (1998). « Current issues and chalenges in chronic disease control », dans R.C. Brownson (sous la dir. de), *Chronic Disease Epidemiology and Control*, 2nd Edition, Washington (DC), p. 1-26.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: Facts Related to Chronic Diseases*, www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/chronic/en/, consulté le 18 février 2005.
4. WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH (1997). *Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: A Global Perspective*, Washington (DC), 670 p.
5. HYSON, D. (2002). *The Health Benefits of Fruits and Vegetables: A Scientific Overview for Health Professionals*, Wilmington (Delaware), Better Health Foundation, 20 p.
6. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *Rapport sur la santé dans le monde - 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève, 262 p.
7. KAUSS, R.M. et autres (2000). « A statement for health care professionnals from the nutrition committee of the American Heart Association », *Circulation*, nº 102, p. 2293-2311.
8. MENSINK, R.P. et M.B. KATAN (1990). « Effects of dietary transfatty acids on high-density and low-density lipoprotein cholesterol levels in healthy subjects », *New England Journal of Medicine*, vol. 323, nº 7, p. 439-445.
9. STATISTIQUE CANADA. *Indicateurs de la santé - Juin 2004*, nº au catalogue 82-221, vol. 2004, nº 1, www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00604/tables/pdf/2188_03_f.pdf, consulté le 9 septembre 2004.
10. Statistique Canada (2004). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1, 1, 2000-2001*, Fichier de microdonnées à grande diffusion, compilation effectuée par la Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, décembre 2004.
11. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *Op. cit.*
12. Statistique Canada (2004). *Enquête nationale sur la santé de la population, cycle 1 (1994-1995), cycle 2 (1996-1997) et cycle 3 (1998-1999)* et *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1, 1, 2000-2001* (données non publiées), compilation effectuée par l'Institut national de santé publique du Québec, automne 2004.
13. Statistique Canada (2004). *Enquête nationale sur la santé de la population, cycle 1 (1994-1995), cycle 2 (1996-1997) et cycle 3 (1998-1999)* et *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1, 1, 2000-2001* (données non publiées), compilation effectuée par l'Institut national de santé publique du Québec, automne 2004.
14. Statistique Canada (2004). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1, 1, 2000-2001*, Fichier de microdonnées à grande diffusion, compilation effectuée par la Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, janvier 2005.
15. NOLIN, B. et autres (2002). *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, 137 p.
16. DOLL, R. et autres (2004). « Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male british doctors », *British Medical Journal*, vol. 328, p. 1519-1528.
17. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (sous la dir. de) (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, gouvernement du Québec, 642 p. (Collection La santé et le bien-être).
18. STATISTIQUE CANADA. *Indicateurs de la santé - Juin 2004*, nº au catalogue 82-221, vol. 2004, nº 1, www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00604/tables/pdf/2118_03_f.pdf, consulté le 27 septembre 2004.
19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004a). *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*, Québec, gouvernement du Québec, 102 p.

20. SANTÉ CANADA. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), Tableaux supplémentaires pour les années 2000 à 2003, www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/, consulté le 20 décembre 2004.
21. Statistique Canada (2004). *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, cycle 1, 1, 2000-2001*, Fichier de microdonnées à grande diffusion, compilations effectuée par la Direction de Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, janvier 2005.
22. Santé Québec. *Enquête Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*, compilation effectuée par la Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, janvier 2005.
23. Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé 1998*, compilation effectuée par la Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, janvier 2005.
24. Santé Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001* (fichier PUMF) *et cycle 2.1, 2003* (fichier PARTAGE), compilation effectuée par la Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, janvier 2005.
25. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, gouvernement du Québec, 133 p.
26. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Op. cit.*
27. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, Québec, gouvernement du Québec, 29 p.
28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004b). *Vers une stratégie québécoise de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques*, document de travail, Québec, 52 p.
29. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE QUÉBEC (2004). « Qu'est-ce que la combinaison 0.5.30 combinaison prévention ? », *Bulletin de santé publique*, vol. 16, nº 3, p. 1-3.
30. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Forum des générations*, www.briller.gouv.qc.ca/documentation/pdf/presentation_jcharest.pdf, consulté le 22 février 2005.
31. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Vas-y, fais-le pour toi*, www.vasy.gouv.qc.ca, consulté le 28 janvier 2005.
32. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Défi Santé 5/30*, defisante.canoe.com/quoi.html, consulté le 28 janvier 2005.
33. QUÉBEC. *Loi sur le tabac : LRQ, chapitre F-0.01, à jour au 1er février 2005*, www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/T_0_01/T0_01.htm, consulté le 28 janvier 2005.
34. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Op. cit.*
35. *Ibid.*
36. *Ibid.*
37. KINO-QUÉBEC (2004). *Plan d'action triennal 2005-2008 de Kino-Québec en matière de promotion d'un mode de vie physiquement actif pour l'ensemble de la population québécoise*, Québec, gouvernement du Québec, 33 p.
38. BOOTH, S. et autres (2001). « Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: Rationale, influences, and leverage point », *Nutrition Reviews*, vol. 59, nº 3, p. S21-S39.
39. EMMONS, K.M. (2001). « Behavioral and social science contributions to the health of adults in the United States », dans Institute of Medicine, *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioural Research*, Washington (DC), National Academy Press, p. 254-321.
40. COHEN, D.A., R. SCRIBNER et T.A. FARLEY (2000). « A structural model of health behaviour: A pragmatic approach to explain and influence health behaviours at the population level », *Preventive Medicine*, vol. 30, p. 146-154.
41. EMMONS, K.M. (2001). *Op. cit.*
42. *Ibid.*
43. SANTÉ CANADA. *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, www.hc.sc.gc.ca/francais/vie_saine/viesaine/pdf/symp_strategy_doc_May29.pdf, consulté le 28 janvier 2005.
44. OMS-EUROPE (2004). *A Strategy to Prevent Chronic Disease in Europe: a Focus on Public Health Action*, Copenhague, 46 p.
45. INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (2000). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Part Two*, Bruxelles, European Commission, 180 p.
46. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1999). *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*, Atlanta, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 95 p.
47. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2004). *Prevention Research Centers: Preventing Disease Through Community Partnerships 2004*, Atlanta, Department of Health and Human Services, 4 p.

Une base solide : soutenir le développement des enfants et des jeunes

[Traduction] « Les enfants sont la pierre angulaire d'une société durable et en santé. La façon dont […] une société traite ses plus jeunes membres exerce une influence prépondérante sur sa croissance, sur sa prospérité et sur la façon dont les autres peuples la perçoivent[1]. »



Le développement des enfants et des adolescents et la santé à l'âge adulte

Le développement est constitué d'une série d'étapes au cours desquelles les enfants et les adolescents font des découvertes et des acquisitions qui marquent leur quotidien. Le développement au cours des 20 premières années de la vie est particulièrement important parce qu'il détermine la santé à l'âge adulte. Trois raisons principales expliquent son importance.

Premièrement, le cerveau est extrêmement malléable au cours des premières années de la vie. Cette malléabilité fait en sorte qu'aux premières connexions entre les neurones, déterminées génétiquement, s'ajoutent de nouvelles connexions attribuables aux stimulations externes que l'enfant reçoit. Ces nouvelles connexions, qui rendent possible l'acquisition d'habiletés de plus en plus complexes, se développent particulièrement rapidement chez le tout jeune enfant. Parallèlement à la rapidité de son développement au cours des premières années de la vie, le cerveau est particulièrement vulnérable à différentes blessures qui peuvent affecter le système nerveux central. Si le cerveau du jeune enfant présente une capacité de récupération plus grande que celui de l'adulte, il faut toutefois souligner que même après les premiers stades de développement, de nouvelles connexions entre les neurones sont possibles. De plus, le développement de l'enfant n'est pas tributaire que des processus biologiques : les caractéristiques de son environnement, notamment les stimulations auxquelles il est exposé, exercent une influence qui est loin d'être négligeable[2].

Deuxièmement, dès les premiers jours, l'enfant établit une relation d'attachement à ses parents, et cette relation sera déterminante pour toutes les autres qu'il établira ultérieurement[3]. L'enfant éprouve un sentiment d'attachement empreint de sécurité à l'égard des adultes qui répondent de façon adéquate, stable et répétée à ses demandes. Ce sentiment de confiance et de sécurité que l'enfant acquiert devient comme un prisme à travers lequel il se représente les liens qui l'unissent non seulement à ses parents, mais aussi à un cercle de personnes qui s'élargit graduellement. Par la suite, la socialisation de l'enfant sera influencée par la relation que ses parents entretiennent avec lui tout au long de son enfance et de son adolescence[4]. Il en va de

même de leur style éducatif, notamment la façon dont ils exercent la discipline et la supervision[5], et du style éducatif d'autres adultes qui l'entourent, comme les enseignants.

Troisièmement, l'enfance et l'adolescence correspondent aux premières étapes de la scolarisation au cours de laquelle l'enfant acquiert ou non les compétences nécessaires pour intégrer le marché du travail et poursuivre des buts sociaux. On connaît l'influence du niveau de scolarité sur la santé : comme on l'a vu précédemment, les conditions sociales et économiques, largement déterminées par le niveau de scolarité et le revenu, influent sur la santé[6-7]. Pour l'enfant, l'acquisition de compétences au cours de son enfance et de son adolescence et, en particulier, la réussite scolaire auront un effet certain sur sa santé toute sa vie durant.

Pour soutenir le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents, il faut donc agir sur les différents systèmes à l'intérieur desquels vivent ces derniers, que ce soit la famille, les autres milieux de vie, en particulier la garderie, l'école et la communauté, sur les liens entre ces différents milieux de vie et, de façon plus large, sur l'ensemble des politiques publiques qui touchent les enfants et les adolescents.

Le soutien aux enfants et aux adolescents : où en sommes-nous ?

En 1991, le *Rapport du groupe de travail pour les jeunes : Un Québec fou de ses enfants* définissait les moyens à mettre en œuvre pour prévenir l'apparition des problèmes graves chez les jeunes[8]. Bien que ce rapport ait donné le coup d'envoi des mesures en faveur des enfants et des jeunes, beaucoup reste à faire, notamment pour réduire les inégalités de santé chez les enfants et les adolescents québécois.

Plusieurs des actions mises de l'avant au Québec pour soutenir le développement des enfants s'inscrivent aujourd'hui dans les objectifs de la politique familiale[9], à savoir maintenir un soutien universel aux familles et assurer une aide accrue aux familles à faible revenu, faciliter la conciliation travail-famille ainsi que favoriser le développement des enfants et l'égalité des chances. La *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* prévoit un ensemble d'interventions pour soutenir les familles, pour assurer la réussite des jeunes et leur insertion sociale de même que pour améliorer les services qui leur sont destinés[10]. Enfin, plusieurs autres secteurs, dont ceux de l'éducation et de la santé et des services sociaux, ainsi que de nombreux organismes communautaires voués à l'enfance et à la jeunesse mettent en place des mesures qui vont dans le même sens.

Des mesures pour améliorer les conditions de vie des familles

Le *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*[11] prévoit l'application des dispositions prévues dans la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* pour augmenter le revenu des familles et faciliter l'intégration des personnes au marché du travail. À ces dispositions, présentées précédemment dans ce rapport, s'ajoutent des mesures de soutien aux enfants. Ces mesures consistent, notamment, en une bonification de l'aide financière offerte à toutes les familles et en des mesures particulières destinées aux familles à faible revenu.

En ce qui concerne la conciliation travail-famille, le régime québécois d'assurance parentale sera éventuellement bonifié, pour inclure des congés parentaux plus généreux, plus accessibles et plus souples que ceux accordés jusqu'à maintenant. Parmi les principales modifications à ce régime, on peut noter l'augmentation des prestations pour les congés de maternité, les

congés parentaux ou les congés d'adoption et l'introduction d'un congé de paternité qui pourra atteindre cinq semaines[12].

Des services sociaux et des services de santé préventifs et cliniques

Un ensemble de services sociaux et de services de santé sont offerts aux futurs parents, aux parents ainsi qu'aux enfants et aux adolescents. Ce sont, essentiellement :

- des **services préventifs** inscrits au *Programme national de santé publique 2003-2012*[13] :

  des services universels :

  - des services du type clinique jeunesse pour la consultation en matière de sexualité, services d'interruption volontaire de grossesse et accès à la contraception orale d'urgence,
  - des services de soutien à l'allaitement maternel par le réseau Amis des bébés,
  - des services de vaccination selon le *Programme d'immunisation du Québec* ;

  des *services sélectifs*, destinés aux familles vulnérables :

  - des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité pour soutenir les parents dans leur rôle et de favoriser le développement sain des enfants[14],
  - des services dentaires préventifs ;

- des **services cliniques** destinés aux jeunes en difficulté et à leur famille. À cet effet, la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille* recommande, entre autres mesures, la consolidation des services de base offerts principalement par les CSSS ainsi que la définition et l'offre d'une gamme de services spécialisés par les centres jeunesse et les unités de pédopsychiatrie[15].

Des services de garde accessibles

Depuis 1997, le gouvernement a mis en place des services de garde éducatifs à contribution réduite pour les enfants de trois et quatre ans. Le coût de ces services, établi initialement à 5 $ par jour, a été majoré récemment à 7 $ par jour. Ces services à contribution réduite devraient s'étendre progressivement aux enfants de deux ans et aux poupons. Le gouvernement prévoit de plus augmenter le nombre de places au cours des prochaines années en tenant compte, de façon particulière, des parents qui ont des horaires de travail atypiques[16].

L'approche École en santé

Inspirée du modèle développé par l'OMS, l'approche québécoise École en santé réaffirme l'importance pour l'élève de grandir dans un environnement scolaire favorisant l'acquisition de compétences et de comportements axés sur la santé et le bien-être[17]. Cette approche propose de considérer à la fois des préoccupations relatives à l'éducation et à la santé, inscrivant ainsi les actions de prévention au cœur du projet éducatif de l'école et conviant les parents et les partenaires de la communauté à les conjuguer avec celles de l'école. L'approche École en santé consiste à agir sur six facteurs clés : l'estime de soi, la compétence sociale, les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires, l'environnement scolaire, familial et communautaire ainsi que les services préventifs. Les actions déployées en partenariat

« Une école en santé vise le développement optimal des jeunes. L'approche proposée pour atteindre ce but est l'intervention globale et concertée de promotion et de prévention à partir de l'école. Elle consiste en un ensemble de mesures déployées de façon cohérente par divers partenaires qui travaillent en concertation. Ces mesures sont mises en œuvre dans le cadre du projet éducatif et du plan de réussite de l'école »[18].

doivent cibler à la fois les jeunes, les familles, l'école et la communauté afin que celles-ci soient complémentaires et se renforcent mutuellement.

L'approche École en santé privilégie trois axes d'intervention : (1) la modification de l'environnement scolaire pour soutenir le développement des compétences et l'adoption d'un mode de vie sain ; (2) la promotion des compétences, des habitudes de vie et des comportements sains et sécuritaires ; (3) l'établissement de partenariats entre l'école, la famille et la communauté. Selon l'option choisie, l'école est le lieu où se réalise l'ensemble des activités (modèle scolaire) ou, encore, l'école est un partenaire parmi d'autres et les activités sont effectuées autant en dehors des murs de l'école qu'à l'intérieur de ceux-ci (modèle communautaire)[19].

Des mesures d'insertion sociale et professionnelle

Grâce aux travaux des secteurs de l'éducation, de l'emploi, de la solidarité sociale et de la famille, différentes mesures permettent aux jeunes décrocheurs ou aux jeunes qui sont faiblement scolarisés de se qualifier et d'intégrer le marché du travail. Ces mesures prennent la forme de services de formation et d'accompagnement offerts aux jeunes âgés de 16 à 24 ans[20].

La contribution des organismes communautaires jeunesse

De nombreux organismes communautaires œuvrent auprès des enfants, des adolescents ou de leur famille. Ces organismes offrent notamment des services en matière de soutien des parents, de prévention des retards de développement chez les jeunes enfants ou d'aide aux leçons et aux devoirs ainsi que des services d'insertion sociale et professionnelle à l'intention des jeunes décrocheurs ou des jeunes en difficulté, notamment par l'accompagnement et le mentorat. Enfin, plusieurs organismes interviennent dans la communauté et soutiennent les jeunes dans leur développement et leur adaptation sociale. Il en va ainsi des maisons des jeunes, qui existent dans toutes les régions du Québec.

Et pour l'avenir... renforcer les actions en faveur du développement des enfants et des jeunes

Le soutien au développement des enfants s'impose comme moyen sûr d'améliorer à long terme et de façon durable l'état de santé de la population. De façon concrète, les objectifs à poursuivre pour assurer le développement optimal des enfants et des adolescents ainsi que leur adaptation sociale sont les suivants :

- améliorer les conditions de vie des familles ;
- prévenir les grossesses non désirées à l'adolescence ;
- outiller les parents dans les soins et l'éducation ;
- assurer la qualité des services de garde et des services éducatifs en milieu scolaire et faciliter l'acquisition de compétences et l'adoption de saines habitudes de vie chez les enfants et les jeunes ;
- soutenir les parents, en particulier les mères, et surtout les mères vulnérables (très jeunes, pauvres, sous-scolarisées), au cours de la grossesse et durant les premières années de la vie de l'enfant ;
- faciliter l'intégration sociale des jeunes en difficulté.

« Les enfants sont élevés par des familles, mais ils grandissent dans des quartiers et des communautés. C'est pourquoi les stratégies pour le développement des jeunes enfants ne doivent pas se limiter à l'enfant et aux parents[21]. »

De façon globale, les actions à mettre en place doivent faire en sorte que les enfants et les adolescents soient en santé, sur les plans physique et émotionnel, qu'ils se sentent aimés et en sécurité, qu'ils apprennent, qu'ils acquièrent un éventail d'habiletés, qu'ils réussissent à l'école et qu'ils soient engagés socialement et responsables[22].

Alors que certaines mesures sont universelles et s'adressent à tous, d'autres sont sélectives et sont destinées aux enfants et aux adolescents vulnérables ainsi qu'à leur famille. Ces différentes mesures universelles et sélectives se complètent. Les mesures universelles présentent l'avantage de s'adresser à un grand nombre d'enfants et de permettre aux enfants d'éviter l'étiquetage et la stigmatisation. Par les mesures universelles, on offre à tous les enfants les conditions dont ils ont besoin pour se développer. De plus, comme la trajectoire des enfants n'est pas linéaire en ce qui concerne leur état de vulnérabilité (certains enfants présentant un développement normal à un âge donné peuvent devenir vulnérables l'année suivante), les interventions universelles ont plus de chances de s'adresser à tous les enfants vulnérables. Enfin, bien que les enfants de milieu défavorisé sur le plan socioéconomique soient proportionnellement plus nombreux à présenter des difficultés liées à leur développement, des enfants issus des classes moyenne et supérieure, auxquelles appartient un bon nombre d'enfants, présentent également de telles difficultés. Il n'existe pas, en effet, de seuil socioéconomique au-delà duquel les enfants et les adolescents seraient exempts de problèmes de développement, autre argument qui plaide en faveur des mesures universelles[23]. Toutefois, compte tenu de l'intensité de certaines interventions préventives, on ne peut mettre en doute la pertinence des mesures sélectives lorsque les facteurs de risque sont bien connus. Il semble évident que pour répondre aux besoins de tous les enfants, une gamme complète de services cliniques et de services préventifs, universels et sélectifs doivent être offerts.

Dans l'ensemble, les actions mises de l'avant au Québec pour soutenir le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes mettent à contribution de nombreux secteurs d'activité de la société. Au cours des prochaines années, une attention particulière devrait être accordée aux mesures suivantes :

« Donner à chaque enfant […] les conditions propres à assurer son développement à son plein potentiel, et ceci dès les tout premiers moments de sa vie, s'est imposé comme la façon la plus inspirante de prévenir les problèmes graves chez les jeunes[24]. »

- adopter des politiques publiques qui assurent l'amélioration des conditions de vie des familles, notamment quant au revenu et à la conciliation travail-famille, et qui font en sorte que tous les acteurs de la société contribuent à cette amélioration des conditions de vie, y compris l'entreprise privée. Faire le suivi de ces politiques publiques ;
- assurer un équilibre entre les services sélectifs destinés aux familles vulnérables et les services universels destinés à soutenir l'ensemble des enfants, des adolescents et leurs parents. À cet égard, deux défis sont à relever : répondre aux besoins des parents tout en fondant l'action sur des données probantes quant à l'efficacité des interventions déployées et s'assurer que les actions sélectives s'adressent à toutes les familles vulnérables ;
- poursuivre l'amélioration des services de garde, selon des modalités qui conviennent aux besoins diversifiés des parents et qui sont à des coûts raisonnables, afin que les services de garde soient accessibles à toutes les familles. Assurer la qualité des services éducatifs offerts en mettant en place les modalités d'évaluation et de suivi nécessaires ;
- poursuivre l'implantation de l'approche École en santé en relevant le défi d'établir les collaborations étroites nécessaires entre l'école, la famille et la communauté et en soutenant les enseignants et les directions d'école, qui sont des acteurs clés dans l'implantation de l'approche ;
- faire en sorte que les communautés puissent prendre soin de leurs enfants et de leurs adolescents en multipliant les possibilités de développement qui leur sont offertes, en créant des infrastructures à leur intention (bibliothèques, parcs, etc.), en rendant accessibles des activités récréatives, sportives et artistiques et en offrant des services de soutien aux familles, notamment par le biais des organismes communautaires ;

- soutenir la continuité et l'intégration des services offerts aux jeunes en difficulté par la recherche et l'évaluation.

1. MEISELS, S.J. et J.P. SHONKOFF (2000). « Early childhood intervention: A continuing evolution », dans J. P. Shonkoff et S.J. Meisels (sous la dir. de), *Handbook of Early Childhood Intervention*, 2nd Edition, Cambridge, Cambridge University Press, p. 3.
2. SHONKOFF, J.P. et P.C. MARSHALL (2000). « The biology of developmental vulnerability », dans J.P. Shonkoff et S.J. Meisels (sous la dir. de), *Handbook of Early Childhood Intervention*, 2nd Edition, Cambridge, Cambridge University Press, p. 35-53.
3. BOWLBY, J. (1978). *Attachement et perte - La séparation : Angoisse et colère*, vol. 2, Paris, Presses universitaires de France, 557 p.
4. GRENNBERG, M.T., M.L. SPELTZ et M. DEKLYEN (1993). « The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems », *Development and Psychopathology*, vol. 5, p. 191-213.
5. CHAMBERLAIN, P. et G.R. PATTERSON (1995). « Discipline and child compliance in parenting », dans M. H. Bornstein (sous la dir. de), *Handbook of Parenting*, vol. 4, Mahwah (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 205-225.
6. RAPHAEL, D. (2004). « Introduction to the social determinants of health », dans D. Raphael (sous la dir. de), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, Toronto, Canadian Scholars' Press, p. 1-18.
7. AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion*, www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/docs/charter/, consulté le 14 septembre 2004.
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Rapport du groupe de travail pour les jeunes : Un Québec fou de ses enfants*, Québec, gouvernement du Québec, 179 p.
9. MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE LA FAMILLE. *Politique familiale, lois, règlements et orientations*, www.messf.gouv.qc.ca/services-a-la-famille/politique-familiale/, consulté le 22 février 2005.
10. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2002). *La volonté d'agir, la force de réussir : Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et de l'exclusion sociale*, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 57 p.
11. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2004). *Concilier liberté et justice sociale : Un défi pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 79 p.
12. *Régime québécois d'assurance parentale Claude Béchard et Benoît Pelletier signent l'entente de principe pour le bénéfice des familles du Québec*, communiques.gouv.qc.ca/gouvqc/communiques/GPQF/Mai2004/21/c6567.html, consulté le 10 septembre 2004.
13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, gouvernement du Québec, 133 p.
14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Les services intégrés en périnatalité et petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Résumé du cadre de référence*, Québec, gouvernement du Québec, 28 p.
15. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, Québec, gouvernement du Québec, 48 p.
16. MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE LA FAMILLE. *Politique familiale, lois, règlements et orientations*, www.messf.gouv.qc.ca/services-a-la-famille/politique-familiale/, consulté le 22 février 2005.
17. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC et ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC (2003). *Une école en santé : Pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes. Guide à l'intention du milieu scolaire et des partenaires*, Québec, 36 p.
18. MARTIN, C., L. ARCAND, Y. RODRIGUE et collaborateurs (2003). *École en santé : Une intervention globale et concertée de promotion et de prévention. En bref*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, ministère de l'Éducation, ministère de la Santé et des Services sociaux et Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 6 p.
19. DESCHESNES, M., C. MARTIN et A. JOMPHE HILL (2003). « Comprehensive approaches to school health promotion: How to achieve broader implementation? », *Health Promotion International*, vol. 18, nº 4, p. 387-396.
20. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (2002). *Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue : Apprendre tout au long de la vie*, Québec, gouvernement du Québec, 43 p.
21. COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LA SÉCURITÉ DE LA SANTÉ (2003). *Bâtir un système de développement des jeunes enfants dans une perspective de santé de la population : Outil pour l'examen des approches actuelles*, Ottawa, gouvernement du Canada, p. 9.
22. COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LA SÉCURITÉ DE LA SANTÉ (2003). *Bâtir un système de développement des jeunes enfants dans une perspective de santé de la population : Outil pour l'examen des approches actuelles*, Ottawa, gouvernement du Canada, 30 p.
23. FEDERAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL ADVISORY COMMITTEE ON POPULATION HEALTH AND HEALTH SECURITY (2004). *Rediscovering Middle Childhood* (document de travail), prepared by the Child and Adolescent Development Task Group, for the Conference of Federal/Provincial/Territorial Deputy Ministers of Health, Ottawa, 25 p.
24. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Op. cit.*, p. 18.

Conclusion

Ce premier rapport du directeur national de santé publique avait pour objectifs de tracer, à grands traits, un portrait des problèmes de santé les plus criants, mais pourtant évitables, d'identifier leurs déterminants et d'inventorier les moyens disponibles pour agir sur ces facteurs et prévenir la maladie. On a pu constater que la santé de la population s'est améliorée au fil des ans, mais que des défis importants restent à relever, notamment en ce qui concerne l'action sur des facteurs communs associés à plusieurs problèmes de santé et problèmes psychosociaux. Les moyens de prévenir ces problèmes sont aussi nombreux que diversifiés, mais plusieurs questions se posent pour leur mise en œuvre.

L'état de santé de la population a ainsi évolué. Au cours des dernières décennies, on a observé une diminution des MCV, une baisse des traumatismes routiers et un recul, voire l'élimination de maladies infectieuses jadis non contrôlées. Toutefois, les infections par le VIH ont augmenté, de même que le nombre de personnes atteintes d'un cancer et les chutes chez les personnes âgées. On craint également une pandémie d'influenza. Enfin, plusieurs problèmes psychosociaux affectent les personnes de tout âge.

Une analyse attentive de l'évolution de l'état de santé de la population permet de comprendre les facteurs à l'origine des progrès. Parmi ces facteurs, soulignons l'amélioration des soins de santé, l'amélioration de l'environnement physique, comme le contrôle de la qualité de l'eau, ainsi que l'amélioration de l'environnement social, en particulier des conditions de vie et des comportements individuels comme l'adoption de mesures d'hygiène personnelle ou le port de la ceinture de sécurité en voiture, et les progrès enregistrés dans la façon de dispenser les soins de santé, notamment l'existence d'un programme systématique de vaccination, la précocité du dépistage et l'utilisation de technologies de pointe. Ces déterminants de la santé ont permis de rendre évitables des problèmes de santé qui étaient considérés comme inexorables. Une meilleure compréhension des mécanismes selon lesquels agissent ces déterminants ainsi que le cumul et l'interaction des différents facteurs de risque permet également de constater que la santé est un phénomène complexe que l'on ne peut prétendre maintenir ou améliorer avec des moyens simplistes ou unidimensionnels.

Des progrès sont-ils encore possibles en santé ? Oui. C'est ce que laisse croire l'examen des moyens qui permettent d'agir sur les déterminants des principaux problèmes de santé et problèmes psychosociaux. On peut espérer augmenter la contribution du système de services de santé et de services sociaux en renforçant les services de première ligne, en améliorant les pratiques professionnelles et en faisant une plus large place à la prévention. On peut assurément renforcer la santé de la population en réduisant les inégalités socioéconomiques. On peut progresser en améliorant la qualité de l'environnement par la modification des modes de production et de consommation, par exemple, par l'économie d'énergie et par la protection des ressources naturelles. On peut également augmenter la cohésion sociale et, de là, la capacité des individus et des communautés de se prendre en main et de maîtriser leur vie, en misant davantage sur la participation civique et sur des politiques publiques favorables au mieux-être collectif. On peut rendre l'environnement plus favorable à l'adoption d'habitudes

de vie et de comportements sains. On peut, encore et surtout, laisser aux enfants un précieux héritage en leur garantissant les conditions optimales de développement et de participation à la société.

Les problèmes sont évitables, et les solutions sont à notre portée. Comment poursuivre sur la voie de l'amélioration de la santé de la population ? La santé est complexe, dans un univers complexe : les solutions unidimensionnelles ne suffisent plus. Il faut arriver à partager des objectifs communs qui concernent à la fois la santé, l'environnement économique, l'environnement physique et l'environnement social. *Produire la santé*, c'est possible. Voulons-nous le faire ?

Première phase des travaux d'élaboration du *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*

Coordination de la démarche

Marc-André Maranda
Josée Bourdages
Pierre Patry
Richard Grignon

Membres du comité d'orientation

Alain Poirier
Richard Massé
Richard Côté
Lucie Lemieux
Marc-André Maranda

Réalisation des travaux préparatoires

Monique Godin
Pierre Patry

Secrétariat des groupes de discussion

Monique Godin
Marthe Hamel
Brigitte Lachance
Louise Therrien

Membres des groupes de discussion

Équité socioéconomique

Réal Boisvert
Josée Bourdages
Diane Godmaire
Isabelle Laporte
Marc-André Maranda
Michel Morel
Pierre Patry
Marie-France Raynault
Louis-Paul Thauvette

Développement durable

Pierre André
Josée Bourdages
Pierre Gosselin
Isabelle Laporte
Marc-André Maranda
Pierre Patry
Jean-Pierre Reveret
Claude Villeneuve

Éducation

Lyne Arcand
Josée Bourdages
Nicole Desjardins,
Roxane Guindon
Isabelle Laporte
Ghislaine Lehman
Pierre Patry

Développement des communautés

Josée Bourdages
Marie-Claude Drouin
Réal Lacombe
Isabelle Laporte
Bill Ninacs
Marc-André Maranda
Pierre Patry
Alain Poirier
Louis Poirier

Services préventifs

Suzanne Auger
Josée Bourdages
Irma Clapperton
Stéphane Groulx
Isabelle Laporte
Johanne Laverdure
Marc-André Maranda
Pierre Patry
Monik St-Pierre

Saines habitudes de vie

Josée Bourdages
Gaston Godin
Johanne Laguë
Bernard Laporte
Isabelle Laporte
Lyne Mongeau
Réal Morin
Josée Morisset
Marc-André Maranda
Pierre Patry
Michèle Tremblay

Deuxième phase des travaux d'élaboration du *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*

Membres du comité d'orientation

Alain Poirier
Marc-André Maranda
Lyne Jobin
Josée Bourgages
Marie Rochette

Personnes expertes consultées sur un ou plusieurs chapitres

Jean Rochon
Pierre Maurice
Irma Clapperton
Louise Potvin
Marie-France Raynault
Johanne Laverdure
Pierre Gosselin
Réal Lacombe
Bill Ninacs
Johanne Laguë
Pierre Bergeron
Richard Massé
Denis A. Roy

Personnes consultées au cours de la démarche de rédaction

Danièle Francoeur
Sylvie Kirouac
Louise St-Pierre
Odette Laplante

Personnes consultées pour la vérification des données

Lucie Ross
Johanne Labbé
Monique Godin
Dominique Fortin
Stéphane Prévost

Gestionnaires de la direction générale de santé publique et leur équipe

Horacio Arruda
Denis Drouin
Ann Fortin
Marc-André Maranda
Danielle Auger
Lilianne Bertrand
Lise Talbot
Marc Fiset
Lise Guérard

Personnel du Service des ressources documentaires particulièrement

Annie Lachance
Joël Bédard
Jacqueline Vallée

Organisations consultées pour leur expertise

Institut national de santé publique du Québec

Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec

Directions de santé publique

www.msss.gouv.qc.ca

Santé
et Services sociaux
Québec

04-228-01