

InterAction

DES PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE POUR ORIENTER L'ACTION

Le Québec compte depuis mars dernier sur des priorités nationales de santé publique, assorties de cibles bien identifiées à atteindre d'ici 2002. Le moment est important. L'initiative permettra vraisemblablement de faire des gains substantiels en matière de santé et de bien-être. Le document, PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE: 1997-2002, offre au personnel de santé publique, dans les régions et au Ministère, mais aussi à tous les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et à tous ceux et celles dont l'action influence la santé et le bien-être de la population, une plate-forme commune, un ensemble cohérent d'objectifs et de stratégies clairs, partagés et réalisables.

Le docteur Christine Colin, en sa qualité de sous-ministre adjointe à la santé publique au ministère de la Santé et des Services sociaux — poste qu'elle a occupé entre avril 1993 et janvier 1998 —, a présidé la démarche qui a conduit à la production des PRIORITÉS NATIONALES. Elle commente et précise ici, au passage, l'intérêt et la portée de la première stratégie québécoise de santé publique.

PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE

le but de limiter les conséquences préjudiciables des déterminants de la santé et du bien-être. Les *Priorités nationales* servent de pierre angulaire à cette orientation en faveur de la promotion de la santé et de la prévention.

Les actions de santé publique, au cours des prochaines années, s'articuleront donc — en lien avec la Politique de la santé et du bien-être — autour de sept priorités: le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, les maladies évitables par l'immunisation, le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement (MTS), le dépistage du cancer du sein, le tabagisme, les traumatismes non intentionnels et intentionnels (violence, suicide), l'alcoolisme et les toxicomanies. « Un choix qui ne s'est pas imposé de lui-même, dit Christine Colin. Nous avions au départ une vingtaine de cibles; bien trop pour espérer canaliser l'action. La réflexion s'est poursuivie, en région et au Ministère, en tenant compte de deux critères: d'un côté, la gravité des problèmes; de l'autre, l'espoir de réaliser les gains les plus importants en matière de santé et de bien-être. Parmi les sept priorités qui demeurent, plusieurs — le tabagisme, le sida, le cancer du sein... — sont retenues par tous les pays qui ont fait le même exercice; les autres tiennent compte de nos particularités. »

Les *Priorités nationales de santé publique* s'intègrent dans la transformation du système québécois des services de santé et des services sociaux engagée depuis 1995 en concrétisant l'un de ses trois axes: le virage promotion et prévention. Cette reconfiguration repose en effet sur une décentralisation plus marquée du système de services, sur une répartition nouvelle des ressources au profit des interventions ambulatoires, mais aussi sur un redéploiement des efforts dans

▲ AUSSI DANS CE NUMÉRO ▼

L'INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
page 14



Christine Colin

Un cadre de gestion et un instrument de mobilisation

L'adoption par le Québec des *Priorités nationales de santé publique* permettra probablement d'améliorer d'ici quelques années l'état de santé et de bien-être de la population. À plus court terme, les *Priorités* représentent beaucoup pour le personnel de la santé publique lui-même. Au lendemain d'une réorganisation qui a regroupé au sein des 18 régions régionales, en 1993, les 32 départements hospitaliers de santé communautaires (DSC), les nouveaux objectifs donnent aux actions de santé publique une impulsion nouvelle, une cohérence accrue, en même temps qu'une plus grande visibilité. La santé publique peut maintenant se mobiliser autour de priorités d'action communes à l'ensemble du Québec.

« Doter toutes les équipes — peu importe leur niveau d'intervention — d'un programme commun, se donner les mêmes orientations et compter sur une volonté commune d'atteindre les mêmes buts, c'était le premier objectif de la démarche, précise Christine Colin. La réorganisation de 1993, poursuit-

elle, avait conduit les équipes de santé publique à se recentrer sur elles-mêmes : une conséquence inévitable ; peut-être un élément essentiel à leur reconstruction. En convenant maintenant de priorités communes, en précisant la voie que tous doivent emprunter, le personnel de la santé publique peut aujourd'hui se regrouper autour d'enjeux communs et s'associer à des projets conjoints qui guideront désormais son action et la rendront plus efficace. »

En même temps qu'un puissant instrument de mobilisation et de motivation des intervenants, les *Priorités nationales de santé publique* devraient se révéler un outil précieux de planification et de gestion en permettant d'ordonner les actions à entreprendre et d'opérer en conséquence les choix budgétaires. Les *Priorités* viennent aider à la prise de décisions ; mieux, elles fournissent un cadre de gestion. L'arbitrage des demandes et la planification seront facilités ; les efforts seront dirigés là où les besoins auront été reconnus plus importants. « Bien sûr, les nouveaux crédits se font rares, mais on peut procéder par réallocations, se plaît à penser l'ancienne sous-ministre adjointe. En sanctionnant les *Priorités* et en s'engageant à les réaliser, poursuit-elle, les autorités du Ministère et les directeurs généraux des régions régionales ont accepté qu'elles orientent désormais la politique nationale aussi bien que l'action régionale. Je suis confiante. Le programme de dépistage du cancer du sein et la reconduction de nos engagements financiers en faveur de la lutte contre le sida sont des exemples qui témoignent de la volonté d'allouer les ressources en fonction des objectifs prioritaires. Ailleurs, des régions régionales ont procédé à d'importantes réallocations budgétaires dans les champs de la prévention et de la promotion afin de contribuer à l'atteinte des cibles des *Priorités nationales*. Il est essentiel de rester vigilant et de poursuivre ces efforts ; il faut

investir davantage en prévention et en promotion de la santé, c'est urgent. »

Quatre principes directeurs pour une pratique renouvelée

La poursuite des *Priorités nationales* se fera en fonction de quatre principes qui déterminent toute la stratégie : l'intensification de l'action, la lutte aux inégalités de santé et de bien-être, l'engagement auprès des communautés et, enfin, la nécessité d'intervenir de façon concertée et coordonnée.

Intensifier l'action. Les *Priorités* prévoient d'abord que l'intervention de santé publique doit plus que jamais s'inscrire sous le signe de l'action. Agir — en lien avec les connaissances et en continuant de les développer —, cela veut notamment dire mettre de l'avant des stratégies de promotion et de protection intégrant la participation de la population, implanter et consolider les interventions dont l'efficacité est prouvée, expérimenter des stratégies pour modifier les pratiques professionnelles, les évaluer et les diffuser, et mieux intégrer le savoir des intervenants du terrain à celui des chercheurs universitaires.

« Intensifier l'action », est-ce aussi une invitation adressée aux intervenants de santé publique à délaisser le *refuge tranquille des recherches sur les déterminants de la santé* pour affronter plutôt les aléas du terrain ? « Oui, largement, affirme tout de go Christine Colin. Nous tenions à nous orienter résolument vers l'action. Surtout, ne pas laisser l'impression que nous allions nous occuper, des années encore, à chercher à comprendre. Même si nous sommes loin de tout savoir et de tout comprendre, nous en savons assez à beaucoup d'égards pour agir. Et agir davantage. C'est pour cela que le document sur les *Priorités* traduit en termes de résultats précis pour les populations et les sous-populations le degré d'atteinte des objectifs que nous nous fixons. Intensifier l'action, c'est mettre en relief la nécessité d'agir et souhaiter une meilleure articulation des deux éléments clés de l'intervention, agir et comprendre. Ce qui ne veut pas dire — comme on a pu parfois le laisser entendre — que les gens de santé publique aient été jusqu'ici des *pelleteurs de nuages*, des *rêveurs en couleurs* ou des *révolutionnaires de papier*. Les quinze ans de ma vie passés en santé publique, et les nombreux exemples d'intervention qui illustrent les *Priorités nationales 1997-2002*, dira encore Christine Colin, prouvent plutôt le contraire. »

Lutter contre les inégalités, c'est reconnaître la nécessité de travailler en amont des problèmes et prendre en compte l'impact des relations qui s'établissent entre les individus et leur environnement. Par exemple, en agissant contre la pauvreté et ses effets sur la santé et le bien-être, en identifiant les interventions les plus efficaces et les mieux adaptées aux groupes en situation de pauvreté et en arrimant l'action de santé publique à celles d'autres acteurs sociaux, communautaires et institutionnels qui s'adressent aux populations les plus démunies. Les *Priorités nationales* proposent de tenir compte de l'ensemble des déterminants de la santé et du bien-être, y compris ceux sur lesquels les inter-

venants professionnels n'ont qu'une faible prise. Une *ambition ambitieuse* susceptible de piéger le réseau en le chargeant d'une mission beaucoup trop vaste? Christine Colin s'en défend en précisant la contribution spécifique de la santé publique à la *lutte aux inégalités*.

« La santé publique a comme mission d'intervenir avant l'émergence des maladies et même des facteurs de risque qui y conduisent; d'où son inclination à *agir en amont*, c'est-à-dire à soutenir les milieux de vie et à promouvoir des environnements sains et sécuritaires, mais aussi à réduire les inégalités socio-économiques. En effet, de tous les facteurs susceptibles d'expliquer les écarts de santé chez les individus, la pauvreté est de loin le plus important. Le niveau socio-économique — bien avant l'âge, le sexe ou la localisation géographique — demeure le premier prédictiveur de l'état de santé des individus. Voilà pourquoi l'action de santé publique doit nécessairement tenir compte des conditions de vie des individus et chercher à réduire l'impact de la pauvreté sur la santé et le bien-être.

« Maintenant, comment s'y prendre pour restreindre les effets de la pauvreté sur la santé des individus? D'abord, en concevant des programmes de prévention adaptés aux milieux défavorisés, c'est-à-dire qui tiendront compte de leurs particularités culturelles; par exemple des différences de langage, d'approches et d'habitudes, de la relation différente au corps et à la santé, de la moins grande réceptivité de ces milieux aux formes traditionnelles de prévention ou de leur plus faible propension à recourir spontanément aux services de santé et aux services sociaux. Pour les intervenants, limiter les effets de la pauvreté sur la santé — au moins, ne pas la renforcer — passe aussi par un travail sur leurs propres valeurs afin, d'abord, de cesser de véhiculer les préjugés qu'il est facile d'entretenir à l'endroit des personnes qui vivent dans des environnements différents du nôtre et, surtout, de reconnaître la dignité et les forces de ces personnes. On ne fait pas disparaître la pauvreté en faisant cela, mais on comprend mieux et on agit mieux; on peut alors dévoiler et renforcer leurs compétences, généralement présentes et gages de succès, mais si souvent masquées par les dures contraintes de leur vie.

« Cela dit, doit-on se contenter d'atténuer les effets des déterminants socio-économiques sur la santé des individus? Je ne le crois pas. Les intervenants du réseau, ceux de la santé publique en tout premier lieu, doivent, d'une façon qui leur est propre, chercher à réduire les inégalités et la pauvreté elles-mêmes, ajoute Christine Colin. Les économistes et les politiciens peuvent y travailler à leur manière; nous y contribuons pour notre part principalement en exerçant notre devoir d'informer. Nous savons depuis longtemps qu'il y a un écart de neuf ans entre l'espérance de vie de certains quartiers riches de l'île de Montréal par rapport à d'autres quartiers plus pauvres; la différence est de quatorze lorsque l'on compare l'espérance de vie en bonne santé. Les taux de prématurité ou de naissance de bébés de poids insuffisant observés dans certains quartiers de CLSC de milieux défavorisés de Montréal sont les mêmes que ceux de pays beaucoup moins favorisés que le nôtre; sur d'autres territoires de CLSC, les mêmes taux sont les meilleurs au monde. Il n'est ni sans intérêt, ni sans conséquence, de rappeler des vérités comme celles-là. Après cela, bien

oui, on touche les limites de notre responsabilité professionnelle. Encore qu'on puisse toujours travailler avec d'autres, être solidaire de ceux dont les décisions influencent la santé et le bien-être de la population. Par exemple, plusieurs actions intégrées de lutte à la pauvreté sont conduites actuellement dans le cadre de programmes tels *Villes et villages en santé*. Ensuite, nous pouvons encore agir à titre de citoyens et de citoyennes, là où l'action civique et politique, au sens propre, peut compléter l'intervention professionnelle... »

S'engager auprès des communautés. Le document *Priorités nationales* précise encore qu'il faut intervenir là où se vivent les problèmes de santé et de bien-être, là où peuvent être conduites les initiatives pour améliorer les milieux et les conditions de vie. C'est-à-dire — plus explicitement — ne plus concevoir de projets en vase clos pour les imposer aux communautés, mais plutôt donner à ces dernières les moyens de mieux gérer leur santé, les encourager et les soutenir dans les initiatives qu'elles engagent elles-mêmes.

« Les personnes et les groupes, quel que soit leur milieu d'appartenance, savent beaucoup de choses et possèdent des ressources avec lesquelles on doit compter, dira Christine Colin. En matière de protection de la santé publique, par rapport à la vaccination par exemple, nos connaissances sont mieux établies et on peut être plus affirmatif, voire directif. Mais dès lors qu'il est question des comportements des individus et des façons de faire, il faut renforcer ce qui est déjà là, soutenir, aider et compléter l'information. Notre action devient alors complémentaire à celle des milieux et, chaque fois où c'est possible, nous allons favoriser le développement des projets issus des milieux eux-mêmes plutôt que d'imposer les nôtres. »

Intervenir de façon concertée et coordonnée.

Les changements souhaités par les *Priorités nationales* ne pourront cependant s'implanter sans davantage de collaboration et de concertation, à plusieurs niveaux. Les stratégies et les actions retenues par la nouvelle politique de santé publique devront donc se réaliser de façon cohérente et coordonnée entre le Ministère et les régions, entre les régions elles-mêmes ainsi que dans chaque région entre les directions de la santé publique et les établissements — les CLSC en particulier — de même que les groupes communautaires.

Agir selon ces quatre principes directeurs va donc commander des modifications importantes dans les façons de faire en santé publique. Longtemps — en particulier dans les années 1970 et 1980 —, l'action de la santé publique s'est concentrée sur l'amélioration des habitudes de vie et la modification des comportements. Dans la foulée des travaux internationaux et de la nouvelle déclaration de Jakkarta en promotion de la santé, de l'Organisation mondiale de la santé, les *Priorités nationales* conviennent les professionnels de santé publique à bien autre chose.



D'éducateurs sanitaires qu'ils étaient, ils doivent continuer à se faire *promoteurs de la santé*; et, conséquemment, adopter de nouvelles pratiques et intervenir différemment.

Cette nouvelle perspective conduit les intervenants du domaine de la santé publique à un élargissement majeur de leur rôle. Il leur faut, sans cesser de favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie, soutenir la création de milieux favorables à la santé et au bien-être en y associant une participation élargie du public, renforcer l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés, et promouvoir les actions intersectorielles, car les *Priorités nationales* requièrent une forte mobilisation de tous ceux dont l'action et les décisions influencent la santé et le bien-être de la population.

Si les *Priorités nationales* de santé publique : 1997-2002 devaient conduire à autant de changements, cet excellent document sera devenu un formidable instrument!

InterAction

Enfance et jeunesse

■ **L'égalité, un rêve.** L'égalité : devant la loi, peut-être; quant aux probabilités, à la naissance, de vivre heureux et en santé; très peu. Les enfants et les jeunes issus de familles, généralement pauvres, où se superposent de profondes perturbations — insécurité et instabilité, ruptures répétées, abus physique ou sexuel, intolérance ou laisser-aller — sont beaucoup plus susceptibles d'être confrontés à des difficultés considérables risquant de compromettre leur équilibre présent et futur, sur les plans physique et mental. Ceux-là seront toujours plus vulnérables; leurs chances de bonheur et de réussite, plus limitées.

Or, le nombre d'enfants vivant dans des familles recevant de l'aide de dernier recours ne cesse de s'accroître. Ils représentaient 8,7% des jeunes de moins de 18 ans en 1975 — 176 000 —, contre 15% de l'ensemble des jeunes Québécois en 1996 — 255 000¹.

Pour cela, les enfants et les jeunes constituent en matière de prévention et de promotion de la santé et du bien-être un groupe auquel des efforts importants doivent être consacrés.

Partir en retard

■ **La prématurité.** Le cumul des risques économiques, sociaux, culturels et nutritionnels détermine l'évolution de la grossesse et conditionne l'enfant dès sa conception. Depuis quatorze ans, le pourcentage de nouveau-nés prématurés a augmenté (5,7% en 1980, 7,0% en 1994), tandis que celui de l'insuffisance de poids à la naissance stagne ou presque (6,5% en 1980, 5,9% en 1994). Les bébés de familles pauvres risquent davantage d'avoir un poids insuffisant, d'être atteints de prématurité ou de retard de croissance intra-utérine. Ces enfants-là sont plus nombreux à présenter des problèmes de santé à court et à long terme.

■ **La grossesse à l'adolescence.** Le taux de grossesse chez les moins de 18 ans, qui avait fortement augmenté entre 1980 et 1993, passant de 12,6 à 20,1 pour 1 000 adolescentes, est en légère régression depuis 1993 — malgré que la situation soit bien différente d'une région à l'autre. La libéralisation des mœurs a beau s'être accompagnée d'une accessibilité accrue à la contraception, pour un bon nombre de jeunes, prévention et adolescence semblent encore contradictoires, la négation et le goût du risque, la spontanéité, s'accommodant mal de la discipline de la contraception. Les conséquences physiques, psychologiques et sociales de la grossesse et de la maternité à l'adolescence sont pourtant importantes et les coûts sociaux élevés : risque accru de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance, d'une part; arrêt de la scolarité pour la mère et recours à l'aide sociale pour près des deux tiers des mères de moins de 20 ans; d'autre part.

■ **Le taux d'allaitement maternel.** L'allaitement maternel exclusif demeure le mode d'alimentation recommandé pour les nourrissons jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois. Or, après avoir constamment progressé depuis les années 1970, le taux d'allaitement maternel au Québec a nettement diminué entre 1982 et 1993, passant, à l'hôpital, de 60,5 à 48,7%. De plus, la durée de l'allaitement est écourtée. Tandis que l'Organisation mondiale de la santé recommande que 80% des mères allaitent leur enfant pendant au minimum quatre mois, une enquête effectuée



en 1994 auprès de femmes primipares révèle que 66,3% d'entre elles allaitent à l'hôpital et qu'elles ne sont plus, respectivement, que 38,6 et 10,7% à le faire au troisième et au sixième mois de vie de l'enfant.

■ **La violence conjugale.** La violence exercée contre les femmes a des conséquences graves, pour elles-mêmes et leurs enfants, sur les plans affectif et social et sur le plan de la santé. Or, cruellement, la grossesse et la première année de vie des enfants sont souvent des moments où cette violence se révèle ou s'intensifie.

■ **Les difficultés de développement chez l'enfant.** On estime entre qu'entre 10 et 15% des jeunes Québécois présentent des retards de développement d'un type ou l'autre. Les enfants de 5 ans manifestent des troubles de la parole et du langage dans cette proportion, tandis que 11,3% des élèves présentent des difficultés d'adaptation et d'apprentissage.

Abusés... et violents

La mésadaptation sociale chez les enfants et les jeunes prend des formes différentes selon qu'il s'agisse de ceux qui sont victimes d'abus et de négligence, de ceux qui manifestent leur souffrance au moyen de comportements agressifs ou violents ou, non moins dramatiquement, de ceux qui retournent cette violence contre eux-mêmes.

■ **L'abus et la négligence.** La négligence — l'absence ou l'insuffisance de soins, d'attention ou d'affection — et l'abus physique ou sexuel sont souvent infligés aux enfants par les adultes censés les protéger dès la petite enfance, parfois tout juste après la naissance. En plus

d'affecter la santé, le bien-être et le développement immédiats de l'enfant, la négligence et la violence exercées à son endroit se traduiront souvent en termes de retards scolaires et de mésadaptation sociale.

En 1994, 15 620 enfants et jeunes étaient pris en charge en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse parce que leur développement ou leur sécurité étaient compromis, 58,1% dans le premier cas, 27,2% dans le second. Sans compter qu'un cas révélé en cache beaucoup d'autres. Le nombre réel d'enfants en besoin de protection serait quatre fois plus important que le nombre de cas révélés par les services publics.

■ **L'agressivité et la violence.** L'enfant exposé à la négligence et à la violence passe souvent du

statut de victime à celui de mésadapté. Il réagira aux situations d'abus et de négligence en étant à son tour agressif ou violent.

Les garçons, beaucoup plus que les filles, adopteront ces comportements. Les problèmes révélés par leur conduite sont souvent reconnaissables dès les premières années en garderie et à l'école primaire. La gravité des gestes posés augmentera avec l'âge. Ces problèmes pourront conduire à l'adolescence à l'exécution de crimes violents tels des homicides, des tentatives de meurtre, des infractions d'ordre sexuel, des voies de fait, des vols qualifiés ou des enlèvements. Des gestes qui justifient, bien entendu, l'intervention du tribunal. Pour la période s'échelonnant du 1er avril 1993 au 31 mars 1994, 2 700 jeunes se sont vu ordonner par le tribunal une mise sous garde et, dans 20% des cas, pour une période supérieure à six mois. Les ordonnances émises par le tribunal au regard des infractions commises par les mineurs n'ont cessé d'augmenter, d'ailleurs, au Québec depuis 1980.

■ **Le mal de vivre et le décrochage.** Une minorité de jeunes éprouvent une telle détresse qu'ils désespèrent de pouvoir continuer. Après les accidents de la route, les suicides représentent la cause la plus importante de mortalité chez les adolescents et les jeunes adultes.

Manifestation moins dramatique d'inadaptation, le phénomène du décrochage scolaire, en raison de son importance, inquiète lui aussi. Depuis plusieurs années, environ 30% de jeunes — 42% chez les garçons — quittent l'école sans avoir obtenu un diplôme d'études secondaires. Ici encore, la pauvreté engendre l'inégalité. Le risque d'échec scolaire des enfants issus de familles à faible revenu est deux fois supérieur à celui qu'encourent les autres enfants.

InterAction

1. CE NUMÉRO D'INTERACTION PRÉSENTE UNE VERSION SIMPLIFIÉE DU DOCUMENT LES PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE : 1997-2002. ON TROUVERA DANS L'ÉDITION ORIGINALE LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES QUI SONT OMISES ICI DANS LE BUT D'ALLÉGER LE TEXTE.

ON PEUT CONSULTER ET TÉLÉCHARGER EN FORMAT PDF LE DOCUMENT ORIGINAL SUR LE SITE INTERNET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX À L'ADRESSE SUIVANTE : WWW.MSSS.GOUV.QC.CA.

POUR OBTENIR UN EXEMPLAIRE DU DOCUMENT, ON EN FAIT LA DEMANDE AUPRÈS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DIRECTION DES COMMUNICATIONS
1075, CHEMIN SAINTE-FOY, 16E ÉTAGE
QUÉBEC (QUÉBEC)
G1S 2M1
TÉLÉCOPIEUR : (418) 644-4574

DES FRAIS D'ADMINISTRATION DE 5 \$ SONT EXIGÉS POUR LE PREMIER DOCUMENT ET DE 1 \$ POUR CHAQUE DOCUMENT ADDITIONNEL. LA DEMANDE DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉE D'UN CHÉQUE PAYABLE À L'ORDRE DU MINISTRE DES FINANCES.

Histoire à succès

Naître égaux — Grandir en santé

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

Le programme *Naître égaux — Grandir en santé* est un projet pilote qui, inspiré des expériences les plus intéressantes dans le domaine de l'intervention au

cours de la grossesse et des premières années de vie des enfants, s'adresse prioritairement aux femmes enceintes sous-scolarisées vivant en situation chronique d'extrême pauvreté. Mis sur pied en 1989 dans l'Est de Montréal par le DSC Maisonneuve-Rosemont, le programme est aujourd'hui expérimenté dans onze territoire de CLSC. Il vise à réduire l'impact de la pauvreté sur la santé et le bien-être des femmes

enceintes et des nourrissons en améliorant la santé et la qualité de vie des nouveau-nés (phase prénatale), puis des enfants et de leurs parents (phase postnatale).

Naître égaux — Grandir en santé vise plusieurs cibles (la femme, son conjoint, ses enfants, son réseau d'entraide, le voisinage, les ressources communautaires et institutionnelles du milieu jusqu'à l'environnement macrosocial) et fait appel à trois stratégies d'intervention : soutenir les compétences parentales, renforcer la capacité des différents milieux de répondre efficacement aux besoins des enfants et de leur famille et convaincre les décideurs

d'élaborer des politiques visant l'équité dans l'accès à des conditions de santé adéquates pour les personnes, les familles et les communautés en situation d'extrême pauvreté.

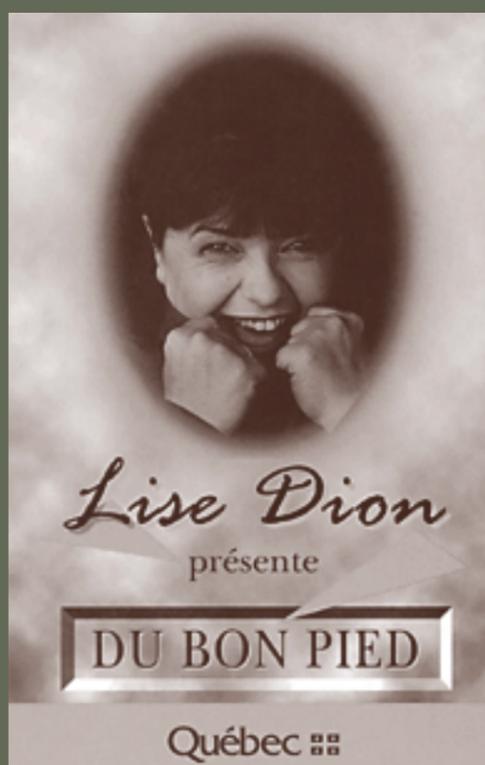
Dans la réalité, une intervenante dite privilégiée établit une relation de confiance avec la femme enceinte et son réseau d'entraide naturelle. Elle effectue un soutien « intime », intense et prolongé (visite à domicile à toutes les deux semaines, à compter de la vingtième semaine de grossesse). Elle demeure très présente durant les trois mois qui suivent l'accouchement et garde le contact au cours des deux années suivantes. Les services offerts sont multiples : suivi de santé complémentaire au médecin traitant, suivi nutritionnel (incluant la distribution de suppléments alimentaires pendant la grossesse — OLO : œuf, lait et jus d'orange — et un soutien à l'allaitement ou à un mode d'alimentation adapté au nourrisson), suivi psychosocial, stimulation de l'enfant, renforcement de l'attachement parents-enfant, etc. Au fil de leurs contacts avec les familles, les intervenantes évaluent la pertinence de mettre à contribution diverses ressources du milieu (ateliers parents/enfants, cuisines collectives, etc.). Enfin, des regroupements locaux d'action intersectorielle (où sont engagés les CLSC et la direction de la santé publique) favorisent la création ou la consolidation de ressources communautaires en vue d'améliorer les conditions de vie de ces familles, le soutien parental ou la stimulation des familles.

Au Québec, les résultats de l'évaluation du programme *Naître égaux — Grandir en santé* seront connus au cours de la prochaine année. Aux États-Unis, les meilleurs programmes utilisant ce modèle d'intervention ont permis d'observer une diminution de l'insuffisance de poids, de la prématurité et de la mortalité périnatale. En période postnatale, ils ont également donné lieu, par exemple, à une diminution de la morbidité (moins de consultations), à une amélioration de la qualité de la relation mère-enfant, à une diminution des cas de violence ou de négligence.

InterAction

LES CIBLES 2002

- Rejoindre sur tous les territoires de CLSC 50 % des femmes québécoises enceintes, sous-scolarisées et en situation d'extrême pauvreté par un programme intégré de promotion de la santé et de prévention périnatale de type *Naître égaux — Grandir en santé*².
- Porter le taux d'allaitement maternel à l'hôpital à 80 % (il était de 48,7 % en 1993), et à 60 et 30 % respectivement, au troisième et au sixième mois de la vie de l'enfant.
- Offrir à 35 % des enfants du Québec de 2 à 5 ans vivant dans des familles en situation d'extrême pauvreté un programme intégré en milieu de garde qui, en même temps qu'il favorise le développement des enfants d'âge préscolaire, soutient les parents et les intervenants de ces milieux.
- Inclure aux programmes de périnatalité et de la petite enfance un volet sur l'engagement des pères et la valorisation de leur rôle.
- Offrir dans 60 % des écoles :
 - une programmation intégrée visant le renforcement des aptitudes personnelles et sociales des jeunes et préconisant un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie;
 - des programmes axés sur la prévention de la violence chez les enfants et les jeunes témoins ou victimes de violence.



Du bon pied

Souvent, les futurs parents de milieux moins favorisés qui s'adressent aux centres Travail-Québec (CTQ) ignorent que divers services de périnatalité sont offerts par les centres locaux de services communautaires (CLSC) pour leur venir en aide. C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux vient de réaliser un vidéo intitulé *Du bon pied*.

Avec la participation de l'humoriste Lise Dion, ce vidéo rapporte avec réalisme et émotion à l'intention d'autres parents le témoignage de personnes qui ont profité des programmes offerts par le CLSC. Le vidéo est prêté gratuitement par les CTQ et les CLSC aux personnes intéressées.

PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE

2. MARTIN, C. / G. BOYER ET AL. (1995). NAÎTRE ÉGAUX ET GRANDIR EN SANTÉ. UN PROGRAMME INTÉGRÉ DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION EN PÉRINATALITÉ, QUÉBEC, MSSS, DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE, 213 P.

Maladies évitables par l'immunisation

■ **Une vaccination volontaire.** Au Québec, où la vaccination n'est pas obligatoire comme aux États-Unis et dans plusieurs provinces canadiennes, la forte adhésion de la population au principe et aux programmes existants d'immunisation permet une bonne surveillance des maladies évitables par ce mode de prévention.

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

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

Pour maintenir les acquis et accroître la portée des programmes en vigueur, le document *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* prévoit améliorer certains aspects de l'intervention au chapitre des maladies évitables par l'immunisation.

■ **La couverture vaccinale.** Le Québec ne peut, actuellement, qu'estimer la couverture vaccinale à l'échelle nationale. Des études permettent ainsi d'établir qu'entre 85 et 90 % des enfants de 2 ans ont reçu l'ensemble des vaccins prescrits par le calendrier régulier et que 82 % des élèves de 4e année ont été vaccinés contre l'hépatite B en 1994-1995. Par contre, les données relatives à la couverture vaccinale chez les adolescents ou à l'immunisation contre l'influenza chez les personnes âgées, par exemple, sont trop fragmentaires pour qu'on puisse en tirer un pourcentage valide pour l'ensemble de la population.

Or, il serait bien utile de posséder un système de mesure de la couverture vaccinale à l'échelle nationale. Cela permettrait d'évaluer la performance des programmes et d'identifier les groupes sous-vaccinés. Aussi prévoit-on poursuivre l'implantation d'un système de

mesure de la couverture vaccinale et achever l'implantation, dans toutes les régions du Québec, d'un fichier de la vaccination.

■ **La promotion de l'immunisation.** La décision de recourir à la vaccination étant libre et volontaire, il faut encore maintenir les acquis et l'adhésion de la population au regard de la vaccination. On envisage donc de renforcer, aux niveaux national, régional et local, les stratégies de promotion de l'immunisation et les actions visant à informer la population, de façon à maintenir à 85 % le pourcentage de la population favorable à l'immunisation.

■ **La surveillance épidémiologique.** Pour ajuster les stratégies en matière d'immunisation, mesurer l'effet des programmes et déterminer les problèmes, il faut disposer d'une surveillance épidémiologique permanente. Cette surveillance est basée actuellement sur la déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Il importe maintenant de consolider le système de surveillance des maladies évitables par la vaccination en s'assurant que tous les cas soient déclarés pour chacune des maladies et en exploitant les autres sources d'information existantes.

■ **Le partenariat avec les vaccinateurs.** Le succès du système québécois d'immunisation repose largement sur la qualité des rapports que les agents de santé publique établissent avec en particulier avec les vaccinateurs des secteurs public et privé. Il importe d'associer souvent ces derniers à la prise de décisions, en particulier à l'implantation des nouveaux programmes, et de leur faire profiter de l'évolution des connaissances. Aussi les *Priorités nationales* prévoient-elles mettre en place à l'intention des vaccinateurs des programmes de mise à jour des connaissances et s'assurer que les médecins vaccinateurs en clinique médicale transmettent leur registre vaccinal aux directions de la santé publique.

■ **La qualité des produits.** Les produits biologiques perdent leur pouvoir protecteur s'ils sont soumis à des températures trop basses ou trop élevées. Une étude d'un échantillon de vaccins effectuée en 1995-1996 a permis de constater une proportion de 5 % de problèmes majeurs en ce qui a trait au maintien de la température des vaccins depuis le manufacturier jusqu'au vaccinateur. On prévoit donc mettre en place un système de contrôle de la qualité et de gestion des produits immunisants pour diminuer la proportion de vaccins non utilisés et non utilisables.

InterAction

LES CIBLES 2002

S'assurer que :

- 95 % des enfants de 2 ans aient reçu tous les vaccins du calendrier régulier (la couverture vaccinale en 1996 est estimée entre 85 et 90 %);
- 95 % des enfants de 15 ans aient reçu le vaccin contre l'hépatite B ainsi que les rappels du calendrier régulier;
- les maladies suivantes : la rougeole, la rubéole, la diphtérie, les oreillons et la poliomyélite, évitables par l'immunisation, ne donnent lieu à aucune épidémie;
- l'incidence des maladies suivantes, évitables par l'immunisation, soit réduite dans les proportions suivantes :
 - infection invasive à *Hæmophilus influenzae* de type b : moins de 50 cas par année,
 - coqueluche : diminution de 50 % des cas,
 - hépatite B : diminution de 50 % des cas dans la population qui devient active sexuellement (jeunes de moins de 25 ans),
 - hépatite A : diminution de 50 % des cas;
- au moins 80 % des personnes âgées vivant en institution reçoivent chaque année le vaccin contre l'influenza;
- 60 % de la population vivant en milieu ouvert (personnes âgées de plus de 65 ans) reçoive chaque année le vaccin contre l'influenza;
- le pourcentage de vaccins achetés mais non utilisés baisse de 10 % (pourcentage annuel) à moins de 5 %;
- le pourcentage de vaccins qui sont soumis à une température inadéquate baisse de 5 % (pourcentage de 1995-1996) à 2 %.



VIH-sida et MTS

VIH-sida

■ **La population infectée.** Dix années consacrées à tenter de réduire la transmission du VIH, à combattre l'épidémie et à améliorer les traitements, n'auront pas changé fondamentalement la situation. Le sida demeure une maladie mortelle — transmissible, mais évitable —, une épidémie et un problème de santé publique préoccupant.

En septembre 1997, 5 055 cas de sida avaient été déclarés officiellement au Programme de surveillance du sida du Québec. Un nombre de cas toujours très élevé, qui a cependant diminué au cours des dernières années, après avoir connu une progression considérable entre 1984 et 1989, et avoir augmenté de façon moins régulière de 1990 à 1994. On estime qu'entre 500 et 2 000 autres personnes seraient, chaque année, infectées par le VIH. Une approximation, puisque l'infection au VIH — à la différence du sida — n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.

■ **Montréal, P.Q.** Si l'infection par le VIH est présente partout au Québec, la région de Montréal est près de dix fois plus touchée que la moyenne des autres régions. L'épidémie frappe une population relativement jeune; tout près de 75 % des personnes infectées ont entre 25 et 45 ans. En fait, le sida représente la première cause de décès chez les personnes âgées de 20 à 49 ans.

■ **Les populations à risque.** L'épidémie affecte plus particulièrement certains groupes, notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les usagers de drogues par injection et les personnes originaires de régions endémiques. Une situation qui fluctue au fil des années et qui, sans doute, peut encore changer.

■ **Les usagers de drogues par injection.** On note par exemple, à l'heure actuelle, une propagation inquiétante chez les usagers de drogues injectables. Une situation préoccupante, puisque cette population constitue une porte d'entrée et une voie de transmission hétérosexuelle vers la population en général. Les usagers de drogues par injection continuent de partager leurs seringues usagées, mais un peu moins qu'auparavant.

Cela dit, rejoindre et aider les personnes toxicomanes en général demeure difficile, l'organisation sociale des personnes qui font usage de drogues reposant, en raison notamment du caractère illicite du comportement, sur des réseaux qui se prêtent mal à l'action collective et à la promotion de changements de comportements. L'adoption d'une politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie et un meilleur accès à des services de distribution de la méthadone, comme cela a été fait en Angleterre, en Australie et en Suisse, nous permettraient cependant, vraisemblablement, de limiter à notre tour l'épidémie du VIH chez les usagers de drogues injectables¹.

■ **Les femmes et les enfants.** Les femmes utilisatrices de drogues par injection, mais aussi d'autres femmes — en raison des tendances de l'épidémie et de certains contextes de vie —, les adolescentes, les jeunes femmes et les prostituées, constituent également des groupes à risque. En ce qui concerne la propagation de la maladie par les femmes enceintes, les résultats d'une étude menée aux États-Unis et en France ont montré que le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant diminuait de 25,5 à 8,3 % lorsque les femmes infectées par le VIH et leurs nourrissons étaient traités à la zidovudine (AZT), ce qui permet de réduire chez les enfants la mortalité et la morbidité liées au VIH et au sida. Compte tenu de ces résultats, un programme d'intervention sur l'infection au VIH 2 au regard de la grossesse est en cours d'implantation au Québec depuis l'automne 1996. À ce propos, il faut noter que c'est au Québec que l'on retrouve le plus grand nombre de cas de sida chez les femmes et les enfants; de même le taux d'incidence cumulative du sida chez les enfants de moins de 15 ans infectés par leur mère lors de la grossesse, la naissance ou l'allaitement est sept fois plus élevé au Québec que dans le reste du Canada.

■ **Et d'autres.** Malgré une sensibilisation accrue, les membres de certaines communautés ethnoculturelles sont aussi particulièrement affectés par le VIH. Des interventions et du matériel adaptés à leur situation sont nécessaires pour faciliter l'adoption de comportements sécuritaires. Enfin, en raison de leurs conditions de vie, les jeunes en difficulté, les personnes incarcérées et les personnes des communautés autochtones demeurent également des populations qui sont vulnérables à l'infection par le VIH et les maladies transmissibles sexuellement (MTS).

■ **L'intervention.** Les programmes de prévention et de promotion mis en place jusqu'à présent ont permis à différentes populations, particulièrement les jeunes et les homosexuels, d'acquiescer des connaissances et de modifier des comportements dans un contexte où les normes sociales liées à des sujets controversés tels que la sexualité et les drogues ont peu à peu évolué. Une proportion appréciable de la population démontre une bonne connaissance des modes de transmission du VIH et une utilisation plus répandue des moyens de protection. Il y a lieu de s'en réjouir. Cela dit, les jeunes homosexuels ne semblent pas avoir été rejoints en nombre suffisant. Le principal problème auquel fait face ce groupe social demeure la discrimination.

■ **Des déterminants.** Au-delà des facteurs de risque reconnus (transmission sexuelle, sanguine, de la mère à l'enfant), certains déterminants comme l'homophobie, mais aussi la pauvreté, l'itinérance, les rapports d'inégalité entre les hommes et les femmes, la violence, la toxicomanie, la prostitution, l'incarcération et la délinquance, rendent en effet plus difficiles l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires. Cette même constatation s'applique d'ailleurs aux MTS.

■ **Les coûts sociaux et de santé.** Il faut pourtant poursuivre les efforts, les coûts sociaux et de santé engendrés par l'épidémie sont trop importants. On devine les angoisses et les souffrances associées à la maladie, en particulier à l'incapacité qui en résulte chez les personnes atteintes, le plus souvent aux temps forts de leur productivité. Les frais associés au traitement et à la prise en charge sont aussi considé-



rables. Notons, pour s'en faire une idée, que les coûts personnels et non personnels de traitement des personnes et de prise en charge du VIH-sida, qui étaient au Québec de 15,2 millions de dollars en 1987, sont passés à 59,7 millions aujourd'hui.

InterAction

Les maladies transmissibles sexuellement (MTS)

■ **La population infectée.** Près de 10 000 cas ont été déclarés en 1995 au système de surveillance des maladies transmissibles sexuellement (MTS). L'incidence réelle n'est toutefois pas connue, notamment à cause de la sous-déclaration des MTS à déclaration obligatoire (MADO) et du fait que d'autres MTS très fréquentes ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire (ex. : condylomes, herpès génital). Il est cependant raisonnable de penser que cette incidence est plusieurs fois supérieure au nombre de cas déclarés.

■ **Infections bactériennes ou virales.** Les MTS à déclaration obligatoire, essentiellement d'étiologie bactérienne — les chlamydioses, les gonorrhées et les syphilis —, ont considérablement diminué au cours des dernières années. Cependant, cette tendance pourrait être renversée sous l'influence de facteurs tels que le développement de nouvelles résistances aux antibiotiques ou à cause des phénomènes sociaux émergents et des changements qui surviennent dans la prestation des services. Contrairement aux MTS bactériennes, les MTS virales semblent augmenter, particulièrement les condylomes et l'herpès génital³. Dans ce contexte, l'absence d'information sur l'ampleur de ce problème constitue une lacune majeure.

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



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

InterAction

LES CIBLES 2002

- Dans toutes les régions du Québec :
 - mettre sur pied des programmes à l'intention des populations vulnérables visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires ;
 - rendre accessibles des moyens de prévention du VIH-sida et des MTS (condoms disponibles dans toutes les écoles secondaires, les centres jeunesse et les prisons, par exemple) ;
 - mettre en place des programmes permettant aux toxicomanes de se procurer des seringues stériles et de la méthadone ;
 - implanter, d'ici 1999, le programme d'intervention sur l'infection par le VIH au moment de la grossesse.
- Au niveau national ;
 - réduire à 10 % le taux d'infection par le VIH des nouveau-nés des mères infectées, actuellement de 25,5 % ;
 - s'assurer, d'ici 1999, que le Québec et toutes ses régions disposent de données fiables sur l'infection par le VIH, les maladies à déclaration obligatoire, les MTS virales et les complications liées aux MTS (données d'incidence et de prévalence) ;
 - élaborer une politique nationale de réduction des méfaits associés à la toxicomanie.

1. LA RÉDUCTION DES MÉFAITS EST UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE QUI VISE À MINIMISER LES CONSÉQUENCES NÉFASTES DE L'USAGE DE DROGUES POUR L'INDIVIDU, LA FAMILLE, LA COMMUNAUTÉ ET LA SOCIÉTÉ. CETTE APPROCHE PEUT INCLURE PAR EXEMPLE DES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES, DE L'AIDE POUR LE LOGEMENT OU LA RECHERCHE D'EMPLOI, UNE INTERVENTION PRÉVENTIVE DANS LES MILIEUX DE CONSOMMATION DE DROGUES, LA PRESCRIPTION DE DROGUES SOUS CONTRÔLE MÉDICAL, L'AMÉNAGEMENT DE SITES DE TOLÉRANCE POUR LA CONSOMMATION DE DROGUES (EX. : LOCAUX D'INJECTION), LA LÉGALISATION DES DROGUES DOUCES AFIN DE NE PAS ENCOURAGER LA CONSOMMATION DES DROGUES DURES, ETC.

2. LE PROGRAMME MIS DE L'AVANT PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (DGSP) S'INSCRIT DANS UN VASTE MOUVEMENT OÙ LES CENTERS FOR DISEASE CONTROL AUX ÉTATS-UNIS, LA MAJORITÉ DES PROVINCES CANADIENNES ET PLUSIEURS ASSOCIATIONS MÉDICALES ONT ÉMIS DES AVIS RECOMMANDANT DE FACILITER L'ACCÈS AU TEST ANTI-VIH AUX FEMMES ENCEINTES ET L'ACCÈS AU TRAITEMENT À LA ZIDOVUDINE DE FAÇON VOLONTAIRE.

3. INFORMATION RAPPORTÉE PAR PLUSIEURS CLINIENS.

Dépistage du cancer du sein



- **L'ampleur du problème.** Le cancer du sein est la forme de cancer la plus souvent diagnostiquée chez les Québécoises avec un peu plus de 4 000 nouveaux cas en 1996. Le risque de cancer du sein augmentant avec l'âge, l'incidence de ce cancer croît — en parallèle avec le vieillissement de la population — à un taux annuel moyen de 1,5 % depuis le début des années 1980. En 1996, 1 450 Québécoises sont décédées des suites du cancer du sein, ce qui fait de cette maladie la deuxième cause de décès dus au cancer chez les femmes. Par rapport à l'ensemble des cancers qui touchent les Québécoises, le cancer du sein est responsable de près de 20 % des décès et de plus de 20 % des années potentielles de vie perdues.
- **Le taux de survie.** Quoique importants, les taux de mortalité par cancer du sein sont demeurés stables au cours des dix dernières années malgré l'augmentation constante de l'incidence. Le taux de survie du cancer du sein figure parmi les plus élevés comparativement aux autres cancers. Au Québec, pour les cas déclarés de cancer du sein entre 1984 et 1986, le taux relatif de survie après cinq ans s'établit à 73 %. Une probabilité qui varie en fonction de l'état d'avancement du cancer au moment du diagnostic.

- **Les facteurs de risque.** Les causes du cancer du sein ne sont pas encore connues. On sait, par contre, que certains facteurs peuvent augmenter le risque d'avoir ce cancer. Parmi ceux-ci, les deux plus importants sont l'âge et l'hérédité. Près de 80 % de tous les cancers du sein sont diagnostiqués chez les femmes de plus de 50 ans. Quant à l'hérédité, on sait que les femmes dont la mère ou une sœur a développé un cancer du sein avant la ménopause voient leur risque augmenter, surtout si celles-ci ont eu un cancer avant la ménopause ou s'il y a plus d'un cas dans la famille. Comme on n'est pas en mesure de prévenir l'apparition du cancer du sein, en raison de l'impossibilité de modifier les facteurs de risque connus et d'une méconnaissance des autres causes, le seul moyen disponible de diminuer la mortalité reliée à ce cancer est de le détecter chez les personnes qui en sont victimes à un stade précoce de son évolution. C'est ce que vise le dépistage. Il a pour but de repérer les premiers signes de changement qui peuvent laisser entrevoir la possibilité d'un cancer. En le dépistant le plus tôt possible, on augmente les chances de guérison.

- **À propos de l'intervention.** L'efficacité du dépistage du cancer du sein par mammographie est établie. De nombreuses études épidémiologiques ont démontré que le dépistage de masse par mammographie — avec une participation de 70 % — peut réduire jusqu'à 40 % la mortalité causée par le cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Sur la foi des résultats de ces études, plusieurs provinces canadiennes ont implanté des programmes de dépistage : la Colombie-Britannique en 1988, le Yukon, l'Alberta, l'Ontario et la Saskatchewan en 1990, la Nouvelle-Écosse en 1991, le Manitoba et le Nouveau-Brunswick en 1995, et Terre-Neuve en 1996. À son tour et pour les mêmes raisons, le Québec met sur pied son propre programme de dépistage du cancer du sein pour les femmes de ce groupe d'âge. Nous le présentons ci-contre.

InterAction

Le Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN... à grands traits

Le Québec a — depuis le 30 octobre dernier — son programme de dépistage du cancer du sein par mammographie. Il est offert à l'intention de toutes les québécoises de 50 à 69 ans¹ quelle que soit la région où elles habitent, qui seront invitées aux deux ans à passer un examen par mammographie, pratiqué dans des centres régionaux certifiés et désignés, répondant à de hauts standards de qualité tant du point de vue technique que du point de vue professionnel.

Le but du programme est de réduire le nombre de décès dus au cancer du sein chez les Québécoises de 50 à 69 ans d'au moins 25 % sur une période de dix ans — soit au moins 120 décès par année. Pour atteindre cet objectif, le taux de participation au programme québécois devra être de 70 % des femmes ciblées (environ 256 000 femmes par année).

Le *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* sera implanté progressivement dans chacune des régions dans le respect des orientations, des normes et des exigences nationales, mais en tenant compte également des besoins, des ressources et des autres caractéristiques propres à chaque territoire.

Ainsi, au cours des deux prochaines années, un peu plus de 750 000 femmes de 50 à 69 ans recevront par courrier de la région régionale de la santé et des services sociaux une invitation personnelle à participer au programme de dépistage ainsi que de l'information. La mammographie de dépistage est effectuée dans des centres de dépistage désignés qui maintiennent de hauts standards de qualité. Ces centres sont désignés par le ministre de la Santé et des Services sociaux sur la recommandation de chacune des régies régionales. La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ne couvre les frais de la mammographie de dépistage aux deux ans que si elle effectuée dans un centre de dépistage désigné. Les femmes dont la mammographie montre des signes anormaux ou incertains seront invitées par leur médecin à passer des examens complémentaires pour établir leur diagnostic exact.

On peut obtenir plus d'information sur le *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* en consultant la section PQDCS du site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux — www.msss.gouv.qc.ca —, les présentoirs des CLSC et ceux des centres de dépistage désignés.

PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE

LES CIBLES 2002

- Implanter, en 1997, le *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* (PQDCS) dans toutes les régions du Québec.
- Rejoindre par le PQDCS, en 2003, 70 % des femmes du Québec âgées de 50 à 69 ans.
- Obtenir un taux de détection de cancers chez les femmes participant au PQDCS d'au moins 5 pour 1 000 lors d'un dépistage initial et d'au moins 3 pour 1 000 lors d'un dépistage ultérieur.
- Observer, en 2008, une réduction d'au moins 25 % du taux de mortalité relié au cancer du sein chez les femmes âgées de 55 à 74 ans.

1. LES FEMMES DE 40 À 49 ANS PRÉSENTANT UN HAUT RISQUE ET LES FEMMES DE 70 ANS ET PLUS, SANS FAIRE PARTIE DU PROGRAMME, BÉNÉFICIENT ÉGALEMENT, SUR PRESCRIPTION MÉDICALE, DES SERVICES OFFERTS DANS LES CENTRES DE DÉPISTAGE DÉSIGNÉS.

Tabagisme

■ **La recrudescence du phénomène.** En 1994, 35 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus était composée de fumeurs. Les non-fumeurs se subdivisaient en groupes presque égaux d'ex-fumeurs et de personnes n'ayant jamais fumé. L'usage de la cigarette variait en fonction du niveau socio-économique, passant de 21 % chez les mieux nantis à 45 % chez les très pauvres.

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

■ **L'impact sur la santé.** Les risques associés au tabagisme sont bien connus; il est la principale cause évitable de morbidité et de mortalité. Chaque année, environ 10 000 Québécois et Québécoises meurent de problèmes de santé reliés à leurs habitudes tabagiques. C'est plus de victimes que la somme des décès attribuables à l'alcool, au sida, aux drogues illicites, aux accidents de la route, au suicide et aux homicides.

Le cancer du poumon est la conséquence la plus directe de l'usage du tabac; le tabagisme est en cause dans 85 % des cas. D'autres cancers sont aussi liés à la consommation de tabac. Près de 30 % des cancers sont attribuables au



tabagisme: les cancers des voies aéro-digestives supérieures — le cancer de la bouche, de l'œsophage et du larynx —, mais aussi de la vessie, du pancréas, du rein et du col de l'utérus. La fumée du tabac dans l'environnement est cancérogène et peut affecter la santé des non-fumeurs, particulièrement celle des enfants et celle de ceux souffrant déjà de problèmes respiratoires ou cardiaques. Ainsi, une centaine de non-fumeurs meurent chaque année au Québec à cause d'une exposition à la fumée de tabac. Le tabagisme constitue la principale cause de décès par maladies cardiovasculaires dans 25 à 30 % des cas. Son influence néfaste sur la grossesse et le fœtus est de mieux en mieux documentée.

Il est par ailleurs maintenant admis que le tabagisme est une toxicomanie. La nicotine contenue dans le tabac crée une dépendance qui rend difficile la modification du comportement.

■ **Lutte au tabagisme.** La réduction du tabagisme exige une batterie de mesures (économiques, législatives, éducatives...) dont l'application doit être concertée, vigoureuse et soutenue. Les résistances — toujours très fortes — à la lutte au tabagisme tiennent, d'une part, au fait que la consommation du tabac n'est pas illégale et, d'autre part, à la puissance de l'industrie du tabac. De plus, cette toxicomanie jouit d'une longue tradition et est encore socialement acceptée.

Dans le but de lutter efficacement contre le tabagisme au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux a conçu et diffusé en 1994 un plan d'action basé sur trois grands axes: la prévention du tabagisme, la protection des non-fumeurs et la cessation. Ce plan d'action s'inspire des principes et des stratégies mondialement reconnus pour combattre le tabagisme. Par ailleurs, depuis juin 1994, le Ministère est responsable de l'application de la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics. En étroite collaboration avec les directions de la santé publique des régions régionales et le ministère de la Justice, il voit actuellement au renforcement de l'application de cette loi par de nouvelles modalités découlant de modifications apportées par le Code de procédures pénales.

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

InterAction

Histoires à succès

Les directions de la santé publique des régions régionales de la santé et des services sociaux ont implanté ces dernières années plusieurs projets de prévention du tabagisme, dont certains ont connu beaucoup de succès.

Nous signalons en particulier, à l'attention des personnes intéressées, deux initiatives réalisées en milieu scolaire.

■ **Le « Projet S.A.M. »** — **S**usciter l'**A**ction par la **M**obilisation — vise à mobiliser les jeunes de 9 à 12 ans ainsi que leur entourage afin de favoriser la prise en charge dans la recherche de solutions au tabagisme. Pour plus d'information: Guylaine Fortin, Direction de la santé publique de Lanaudière, (514) 759-9900, poste 37.

■ **« Méchant problème »** vient aider la même clientèle de jeunes à s'affirmer davantage et à développer des habiletés qui leur permettent de mieux résister aux influences et aux pressions des amis les incitant à fumer. Pour plus d'information: André Secours, Direction de la santé publique de Chaudière-Appalaches, (418) 248-5111.

Enfin, pour obtenir de l'information sur l'ensemble des programmes et des outils de prévention mis au point à l'intention des jeunes en matière de lutte au tabagisme, on peut rejoindre Louise Desjardins du Comité provincial de santé publique sur le tabac en composant le (514) 759-9900.

LES CIBLES 2002

En 1998:

- appliquer une stratégie de prévention du tabagisme dans toutes les écoles primaires et secondaires du Québec;
- rendre accessibles à la population des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme dans toutes les régions du Québec et assurer la promotion de ces programmes.

D'ici 2002:

- faire passer de 22 % (pourcentage de 1994) à 13 % chez les garçons, et de 36 % (pourcentage de 1994) à 20 % chez les filles, la proportion des jeunes du secondaire consommant régulièrement ou occasionnellement du tabac;
- faire passer de 35 % (pourcentage de 1994) à 28 % la population québécoise âgée de 15 ans et plus composée de fumeurs réguliers ou occasionnels.

Traumatismes (violence, suicide)

Les traumatismes non intentionnels et intentionnels

■ **L'importance des traumatismes.** Les traumatismes ou blessures (les collisions avec un véhicule à moteur, les incendies, les chutes, les intoxications, les suicides, etc.) ont entraîné en 1995 environ 3 600 décès. Les suicides (40 %) et les traumatismes routiers (25 %) occupent les places prépondérantes parmi ces causes de décès. Les traumatismes sont la principale cause de mortalité prématurée. Ils affectent tous les groupes d'âge, mais plus particulièrement les jeunes. Chez les moins de 45 ans, ils constituent la première cause de décès. Leur coût est considérable; non seulement en raison du fardeau financier qu'ils imposent à la société, mais également en raison des conséquences sociales et affectives qu'ils infligent aux victimes et à leurs proches. Du strict point de vue financier, les coûts directs et indirects attribués aux traumatismes les placent au second rang des coûts de l'ensemble des problèmes de santé.

LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

■ **Les décès et les autres conséquences.** Les accidents avec blessures causent plus de 2 000 décès chaque année et accaparent plus de 10 % de tous les jours d'hospitalisation de courte durée au Québec. Les traumatismes routiers comptent pour le cinquième de ce bilan tandis que les chutes, surtout chez les personnes âgées, sont responsables de la moitié de ces journées d'hospitalisation. En raison de la gravité des blessures, le séjour moyen à l'hôpital pour des blessures provoquées par une chute est d'ailleurs beaucoup plus long pour les personnes âgées que pour le reste de la population (31,4 comparativement à 8,4 jours). On estime également que, sur une période d'un an, jusqu'à la moitié des personnes résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) peuvent faire une chute.

Mais ici, les décès et les hospitalisations forment la pointe supérieure de l'iceberg. Parmi les conséquences des accidents avec blessures, il faut par exemple noter les restrictions d'activité occasionnées par les traumatismes. Sur le demi-million de Québécois vivant à domicile et souffrant d'une incapacité à long terme, un accident est à l'origine du problème dans un cas sur cinq.

■ **Les enfants et les personnes âgées, surtout à domicile.** Chaque année, une personne sur dix est victime d'un traumatisme au travail, dans les sports et loisirs, sur la route ou — très souvent — à domicile. Les nombreux traumatismes qui surviennent à domicile sont aussi tragiques que ceux qui se produisent sur les routes, au travail ou dans les lieux où l'on pratique des sports et des loisirs. Près de 60 % des décès par traumatisme survenus au domicile sont causés soit par une chute, soit par une intoxication, ou résultent d'un incendie ou de brûlures. Les jeunes et les personnes âgées sont les principales victimes des accidents avec blessures qui surviennent à la maison.

■ **L'intervention efficace.** Les accidents avec ou sans blessures ne relèvent pas du hasard. On connaît mieux maintenant l'influence de nombreux facteurs liés au mode de vie, à la technologie et à l'environnement. À mesure que l'on comprend les circonstances dans lesquelles les blessures surviennent, on peut envisager des stratégies de prévention. Il est cependant acquis qu'une intervention efficace en matière de prévention des traumatismes adoptera des actions susceptibles de modifier l'environnement (social, physique, économique, normatif et réglementaire), les agents agresseurs et les comportements.

De façon générale, cependant, les mesures passives ou automatiques sont préférées aux mesures éducatives parce qu'elles sont plus efficaces, universelles, équitables et durables. Les programmes d'éducation en prévention des traumatismes employés seuls permettent parfois d'accroître les connaissances, mais ils entraînent rarement des changements de comportement. Aussi privilégiera-t-on des stratégies basées sur le contrôle ou l'élimination des produits dangereux plutôt que sur la promotion de l'utilisation sécuritaire de ces produits.

■ **Une action intersectorielle.** La prévention des blessures passe donc souvent par des mesures destinées à rejoindre la population dans son ensemble. Ce type d'intervention vise l'adoption de politiques publiques favorisant la santé, telles qu'elles sont préconisées par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et par l'OMS.

Ces politiques et ces mesures commandent la participation de ministères et d'organismes dont l'action déborde largement le champ des services de santé et des services sociaux: le ministère des Transports, celui de la

Sécurité publique, la Société de l'assurance automobile du Québec, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, la Régie de la sécurité dans les sports du Québec ainsi que de nombreux groupes de pression, entreprises privées et fabricants. Les interventions de santé publique doivent être menées auprès de ces partenaires au moyen d'activités d'information, de représentation, de lobby et de mobilisation. Le réseau de la santé publique du Québec s'efforce ainsi, depuis quelques années, de partager avec tous ces partenaires préoccupés par la diminution des blessures une même approche globale axée sur le contrôle et la prévention des blessures et des décès évitables.

S'inspirant de la Politique de la santé et du bien-être, le ministère des Transports du Québec s'est fixé pour l'an 2000 l'objectif de réduire de 25 % le nombre de traumatismes routiers, tandis que la Régie de la sécurité dans les sports du Québec a retenu celui de diminuer de 15 % le nombre des décès et des blessures liés aux activités sportives et récréatives. Le ministère de la Santé et des Services sociaux dispose également depuis une dizaine d'années d'un mécanisme de mobilisation et de concertation pour la planification d'interventions régionales et nationales. En novembre 1995, la Direction générale de la santé publique a quant à elle acquis avec quatre directions régionales de la santé publique le statut de Centre collaborateur de l'OMS pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes.

InterAction

LES CIBLES 2002

- Mettre en œuvre régulièrement, dans toutes les régions du Québec, des programmes d'application sélective¹ visant notamment la conduite sans alcool et le port du casque à vélo.
- Observer, au moment de l'application de ces programmes, un pourcentage inférieur à 1 % de conduite avec alcool, et un taux de 40 % de port du casque de vélo.

D'ici 1999:

- faire en sorte que cinq projets pilotes visant la prévention des blessures à domicile aient été expérimentés et évalués;
- appliquer dans toutes les régions du Québec, d'ici 2002, les mesures dont l'efficacité aura été démontrée par ces projets pilotes;
- évaluer la contribution du *Guide de prévention des chutes en établissement en centre d'hébergement et de soins de longue durée*² à la diminution des chutes chez les personnes âgées;
- généraliser l'utilisation de ce guide aussitôt que son efficacité aura été démontrée.

D'ici 2002:

- réaliser des gains importants en matière de législation et de réglementation visant la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes.

1. UN PROGRAMME D'APPLICATION SÉLECTIVE CONSISTE EN UNE ACTION CONCERTÉE ET INTENSIVE RÉALISÉE AU MOYEN D'ACTIVITÉS VISANT À PROMOUVOIR OU À MODIFIER UN COMPORTEMENT DANS UNE POPULATION.

2. GAGNON, D.F., G. ROY ET G. TREMBLAY (1995). *GUIDE DE PRÉVENTION DES CHUTES EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE*, QUÉBEC, MSSS, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 120 P.

LES TRAUMATISMES INTENTIONNELS : LA VIOLENCE ENVERS LES PERSONNES

- **Un phénomène répandu aux conséquences incalculables.** Le phénomène de la violence envers les personnes est présent dans tous les mi-



lieux socio-économiques, à tous les âges de la vie. Peu importe les formes que prennent les agressions, elles ont toutes des conséquences néfastes à court, moyen et long terme sur la santé physique et mentale des personnes qui en sont victimes.

- **Des violences mal connues.** Au Québec, la violence conjugale, les agressions sexuelles, la violence familiale sont les formes de violence les mieux connues et pour lesquelles des interventions ont été mises en place au cours des dernières années, que ce soit dans le domaine psychosocial, communautaire, judiciaire ou correctionnel. Certains groupes sont plus particulièrement vulnérables aux manifestations de violence; par exemple les enfants et les jeunes, les personnes âgées, les personnes handicapées, les gais et lesbiennes, les femmes des milieux multiethniques, les femmes immigrantes et les femmes autochtones.

Actuellement, au Québec, il existe peu de systèmes de collecte de données permettant de connaître la prévalence, l'incidence et les formes de violence dont sont victimes les femmes et les autres groupes vulnérables, tant en milieu familial qu'en milieu institutionnel. Les seules données disponibles sur les phénomènes de violence sont liées à l'utilisation des services policiers, judiciaires et communautaires. Elles tendent à confirmer l'importance de la violence conjugale et, de façon moins significative, des agressions sexuelles.

- **Ce qui est connu.** Au Québec, en 1993, il y a eu près de 12 000 arrestations pour violence conjugale et plus de 75 % de ces infractions ont donné lieu à la mise en accusation de l'agresseur. Dans cette même année, les 80 maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale du Québec ont accueilli 8 454 femmes accompagnées de 5 500 enfants. Le service téléphonique provincial S.O.S. violence conjugale, qui dessert l'ensemble du Québec, a répondu à près de 56 000 appels d'aide et d'information au cours des trois dernières années. Par ailleurs, selon les plus récentes estimations, 650 000 Québécoises sont ou ont été victimes de violence de la part de leur conjoint actuel ou d'un conjoint précédent et près de 86 000 autres femmes âgées de 15 ans et plus subiront une forme ou l'autre d'agression sexuelle au cours de leur vie. Enfin, chaque année, vingt Québécoises en moyenne sont assassinées par leur conjoint.

Selon des chercheurs américains, la violence conjugale est probablement la cause la plus importante de blessures graves subies par les femmes, dépassant les accidents d'automobile, les agressions pour vol et les viols réunis. Au niveau québécois, une étude récente démontre que le coût des soins de santé, des services sociaux et des poursuites judiciaires liés à la violence faite aux femmes se chiffrent à près de 125 millions de dollars par année. Une évaluation qui ne tient pas compte d'une foule d'autres frais directs et indirects, comme les montants d'aide sociale versés aux victimes qui quittent leur conjoint, les subventions octroyées aux ressources et aux services d'aide pour les femmes, les enfants et les hommes violents ou le coût des soins en santé mentale.

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

- **À propos de l'intervention.** En 1995, au Québec, la politique d'intervention en matière de violence conjugale, *Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*³, et le rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, *Les agressions sexuelles STOP*⁴, dressent un bilan de nos connaissances sur ces deux formes de violence. Les deux plans d'action s'y rattachant permettront d'assurer l'arrimage entre les différents ministères et les réseaux responsables des stratégies et des moyens d'action.

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

InterAction



3. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1995). PRÉVENIR, DÉPISTER, CONTRER LA VIOLENCE CONJUGALE, POLITIQUE D'INTERVENTION EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE, QUÉBEC, 77 P.
4. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1995). LES AGRESSIONS SEXUELLES STOP, RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUELLE, QUÉBEC, 175 P.

LES CIBLES 2002

D'ici 1999 :

- réaliser, au niveau national et dans toutes les régions du Québec, une campagne de sensibilisation comprenant plusieurs stratégies relatives au phénomène de la violence;
- concevoir et mettre en application dans toutes les régions du Québec des protocoles de référence interorganismes au regard de la violence à l'endroit des personnes.

D'ici 2002 :

- mettre sur pied dans toutes les régions du Québec des projets pilotes ou des initiatives ayant pour objet la promotion des comportements pacifiques et la prévention de la violence envers les personnes.

LES TRAUMATISMES INTENTIONNELS : LE SUICIDE

- **Un phénomène en progression.** Le suicide est un problème important de santé publique et une tragédie sur le plan individuel et familial. Le phénomène n'a pas cessé de prendre de



l'ampleur au cours des dernières années, notamment dans les groupes d'âge les plus jeunes. En 1994, 1 291 personnes sont décédées par suicide au Québec; 80 % de celles-là étaient des hommes. Le suicide est la première cause de décès chez les hommes de moins de 40 ans et la seconde cause de mortalité prématurée masculine. Chez les hommes, trois décès sur quatre par suicide surviennent avant l'âge de 50 ans. Si la mortalité par suicide touche plus souvent les hommes, les femmes sont par contre plus nombreuses à tenter de mettre fin à leurs jours. Ces données, pourtant, ne révèlent rien des souffrances et de la douleur des personnes qui posent ce geste, ni des effets dévastateurs que le suicide entraîne chez les familles et les proches des victimes.

- **Des variations.** Au Québec, les taux de décès par suicide sont plus élevés dans les régions périphériques (Nord-du-Québec, Côte-Nord, Saguenay — Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue). Seule la Gaspésie fait exception à ce constat d'ensemble. Au chapitre des modes de suicide, la pendaison — responsable de plus du tiers des décès par suicide —, mais aussi les armes à feu et les médicaments, sont les moyens les plus fréquemment utilisés pour s'enlever la vie.

- **Le suicide des jeunes.** Le taux de suicide des jeunes Québécois — et des jeunes Canadiens — de sexe masculin est l'un des plus élevés du monde. Dans les autres pays industrialisés, les taux de décès par suicide augmentent avec l'âge. En moyenne, 355 jeunes de moins de 30 ans s'enlèvent la vie chaque année au Québec. Pour la période la plus récente, c'est-à-dire 1993-1995, en moyenne 304 jeunes hommes et 58 jeunes femmes se sont enlevé la vie annuellement.

- **Une stratégie d'action.** Préoccupé par l'ampleur du phénomène, le ministère de la Santé et des Services sociaux vient de rendre publique la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* sous le thème *S'entraider pour la vie*⁵. Cette stratégie s'adresse particulièrement aux intervenantes et aux intervenants qui œuvrent auprès des personnes suicidaires et de leurs proches. Pour garantir une action préventive et efficace face au suicide et pour assurer la complémentarité maximale de l'action des uns et des autres, la Stratégie leur propose de favoriser le maillage des secteurs communautaire et sociosanitaire.

InterAction

5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ACTION FACE AU SUICIDE — S'ENTRAIDER POUR LA VIE, QUÉBEC, MSSS, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 94 P.

Alcoolisme et toxicomanies

- **La consommation abusive d'alcool.** De tous les psychotropes — alcool, médicaments sédatifs et hypnotiques, cannabis et autres drogues illicites —, et malgré le fait que l'on enregistre une baisse graduelle de la consommation depuis la fin des années 70, l'alcool demeure celui qui est le plus consommé par les Québécoises et les Québécois.

La tendance à la consommation excessive d'alcool se manifeste surtout chez les jeunes de 15 à 24 ans. Parmi ceux-là, 80 % avouent consommer régulièrement de l'alcool, dont la moitié de façon abusive. Ce sont d'ailleurs les jeunes buveurs de 15 à 24 ans qui cumulent le plus de risques d'accidents, de détresse psychologique, d'idées suicidaires et de tentatives de suicide.

Il faut savoir que chaque année, la consommation abusive d'alcool entraîne 4 000 décès. Sur les routes, près de 500 décès et 8 000 blessés lui sont imputables. L'alcool serait en outre associé à 30 % des cas de violence à l'endroit des enfants, alors que 50 % des victimes d'inceste appartiendraient à des familles touchées par l'alcoolisme.

- **Les drogues illicites.** Selon l'enquête sociale et de santé 1992-1993, effectuée par Santé Québec — l'une des rares sources d'information —, 13 % de la population déclare avoir fait usage de drogues illégales dans l'année précédant l'enquête. Ce pourcentage atteint 27 % chez les jeunes de 15 à 24 ans. Des résultats qui laissent entrevoir la pointe de l'iceberg, étant généralement reconnu qu'une proportion significative des grands consommateurs refusent de participer à de telles enquêtes ou de répondre aux questions portant sur la consommation de drogues.

- **À propos de l'intervention.** L'an dernier, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis sur pied un groupe de travail ayant pour mandat de réviser et de préciser le cadre ministériel des orientations et des actions préventives en matière d'alcoolisme et de toxicomanie. Le résultat des travaux de ce groupe est attendu ce printemps. Il permettra de déterminer les nouvelles cibles et les actions à mener au regard de l'alcoolisme et des autres toxicomanies dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique*: 1997-2002.

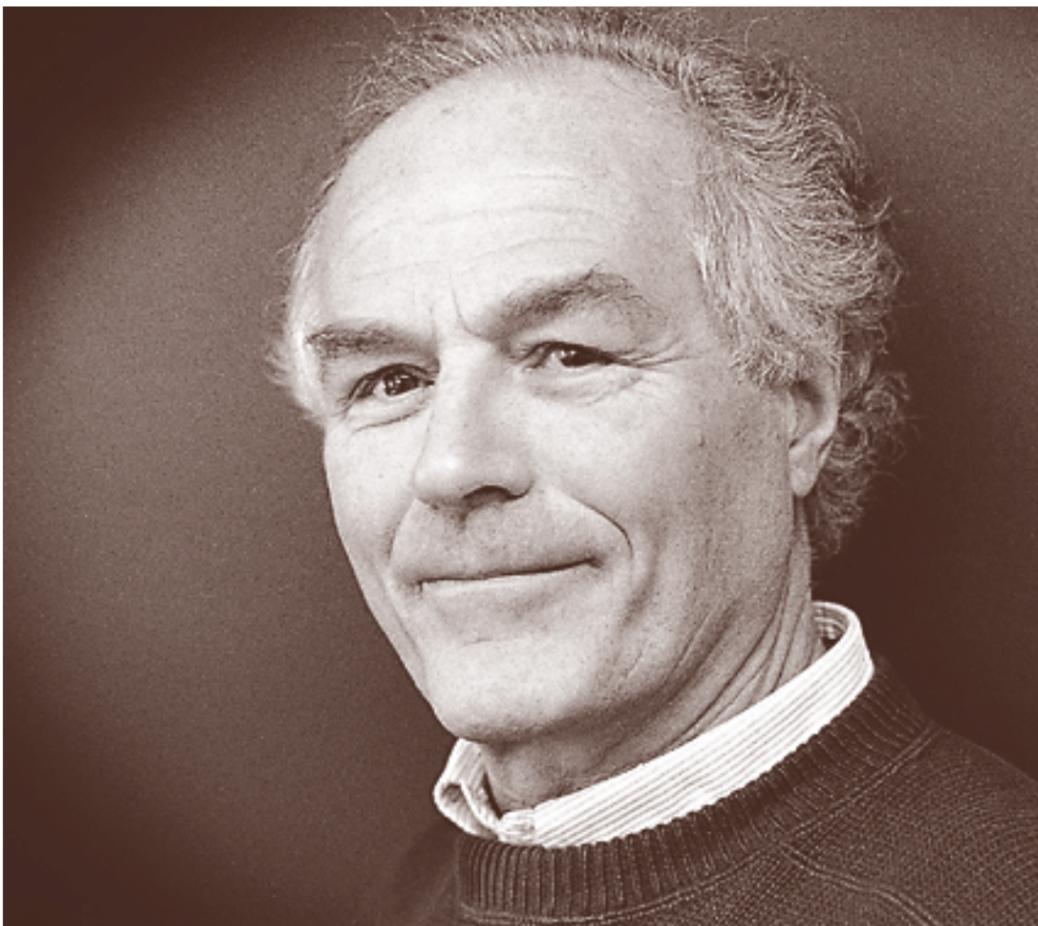
InterAction



L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

« L'expertise en santé publique demeure dispersée, fragmentée et n'est pas toujours accessible. Les régions moins nanties ont souvent l'impression de la quémander lorsqu'elles en ont besoin. »

Dr Louis-E. Bernard



L'idée de confier à un organisme national la responsabilité « de la standardisation des pratiques et du développement des connaissances en santé publique » datait du rapport de la commission Rochon. Le projet aura vu le jour dix ans plus tard — le 8 octobre dernier, exactement — alors que le Conseil des ministres créait par décret L'INSTITUT NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, sous la forme — provisoire — d'un organisme conseil relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Malgré l'importance de son rôle, la mise en place de l'Institut se fera sans coût additionnel. Le budget d'environ 23 millions de dollars qui sera le sien proviendra des différentes unités qu'il intégrera d'une manière ou d'une autre. Dans sa forme définitive, en plus des budgets de divers groupes d'expertise et du programme de subvention en santé publique, l'Institut aura à sa disposition les ressources des équipes d'experts des directions de la santé publique des régies régionales et du ministère de la Santé et des Services sociaux, de Santé Québec et de Santécom, et des laboratoires ayant une mission de santé publique — le Laboratoire de santé publique du Québec, le Laboratoire de virologie, le Centre de toxicologie du Québec, le Centre antipoison du Québec et le Service provincial de dépistage par laboratoire.

Le docteur Louis-E. Bernard, jusqu'à récemment directeur du Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, préside aux destinées du nouveau venu. Il nous livre ses réflexions sur les raisons et les modalités de la constitution de l'Institut en même temps que sur sa place au regard des autres instances du domaine de la santé publique.

Le rôle de l'Institut

La priorité de l'Institut, au cours des prochains mois, sera de proposer les modalités de la mise en place d'un... institut — permanent — de santé publique. Pourquoi avoir adopté ce scénario en deux temps et, pour reprendre la question de plusieurs, pourquoi l'Institut tout court ?

□ Depuis une dizaine d'années au moins, il y a au Québec dans le champ de la santé publique un fort consensus en faveur de la création d'une instance qui garantirait une meilleure coordination de l'expertise acquise dans ce domaine et favoriserait son développement en fonction des nouveaux besoins. Le Gouvernement a reconnu l'importance de répondre à ce besoin tout en choisissant de retarder quelque peu l'établissement de l'Institut par voie législative. Il l'a donc créé par décret, sous la forme provisoire d'un organisme conseil relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux. L'implantation de l'Institut national de santé publique se fera donc progressivement. Nous pouvons dès maintenant procéder aux rapprochements nécessaires et établir les premiers liens de collaboration avec les équipes de santé publique, les milieux de formation et les centres de recherche. Par ailleurs, tant que nous serons privés de personnalité juridique, nous ne pourrions pas contracter de façon autonome ni, par exemple, intégrer les différents laboratoires de santé publique. La loi qui accordera à l'Institut une structure plus définitive et, en même temps, une plus grande autonomie pourrait cependant être adoptée dès le printemps. C'est, en tout cas, ce que nous souhaitons.

Pour comprendre maintenant la raison d'être de l'Institut, il faut être au fait des aléas des conditions du développement de la santé publique au Québec au cours des dernières décennies. Dans la foulée de la réforme du système de santé et des services sociaux des années 1970, la santé publique s'est organisée, de 1974 à 1993, autour des 32 départements de santé communautaire (DSC) et, depuis 1993, autour des 16 directions de santé publique au sein des régies régionales de la santé et des services sociaux. Au début des années 1970, les unités sanitaires — et les services de santé municipaux, à Québec et à Montréal — sont décentralisés vers ces nouveaux départements hospitaliers, les DSC, qui se sont par ailleurs développés de façon très hétérogène. Ils diffèrent les uns des autres par la taille de la population qu'ils desservent, les ressources à leur disposition et, en particulier, par leur nombre d'une région à l'autre. Lorsque le réseau des CLSC se complète, en 1983, les DSC y transfèrent les ressources engagées dans les activités et les programmes classiques de prévention et de promotion de la santé — l'immunisation, la santé scolaire, la surveillance des nourrissons, etc. Ils se concentrent dès lors sur leur rôle de soutien aux équipes d'intervention et sur le développement



d'expertises de tous ordres, autant au regard de la connaissance des problématiques, de la conception des programmes que de l'animation des milieux.

En même temps qu'elle se développe — de façon remarquable — dans les années 1980, l'expertise en santé publique demeure dispersée, fragmentée et pas toujours accessible. La compétition existant entre les établissements accroît la disparité dans la répartition des ressources et le développement de cette expertise. Plus tard, dans les années 1990, on confie aux nouvelles régies régionales de la santé et des services sociaux créées par la réforme réalisée dans la foulée du rapport de la commission Rochon la responsabilité de la santé publique pour leur région. On y regroupe les DSC de la région jusque-là rattachés aux établissements hospitaliers. Au lendemain de ce regroupement des effectifs de santé publique sur une base régionale, l'iniquité dans la répartition des ressources apparaît encore plus évidente. L'expertise se concentre surtout à Montréal et à Québec — à proximité des milieux universitaires — et est souvent peu accessible aux autres régions et au Ministère. L'autonomie normale qu'a tendance à acquérir chaque région rend encore plus difficile l'accès à l'expertise plus spécialisée pour l'ensemble des régions. Les régions moins nanties ont souvent l'impression de quémander l'expertise lorsqu'elles en ont besoin.

L'Institut de santé publique apparaît dans ce contexte comme le moyen — nécessaire — d'assurer cette mise en commun de l'expertise et de garantir l'acquisition de nouveaux types de compétences, au service de l'ensemble de la population, de toutes les directions de la santé publique et du Ministère.

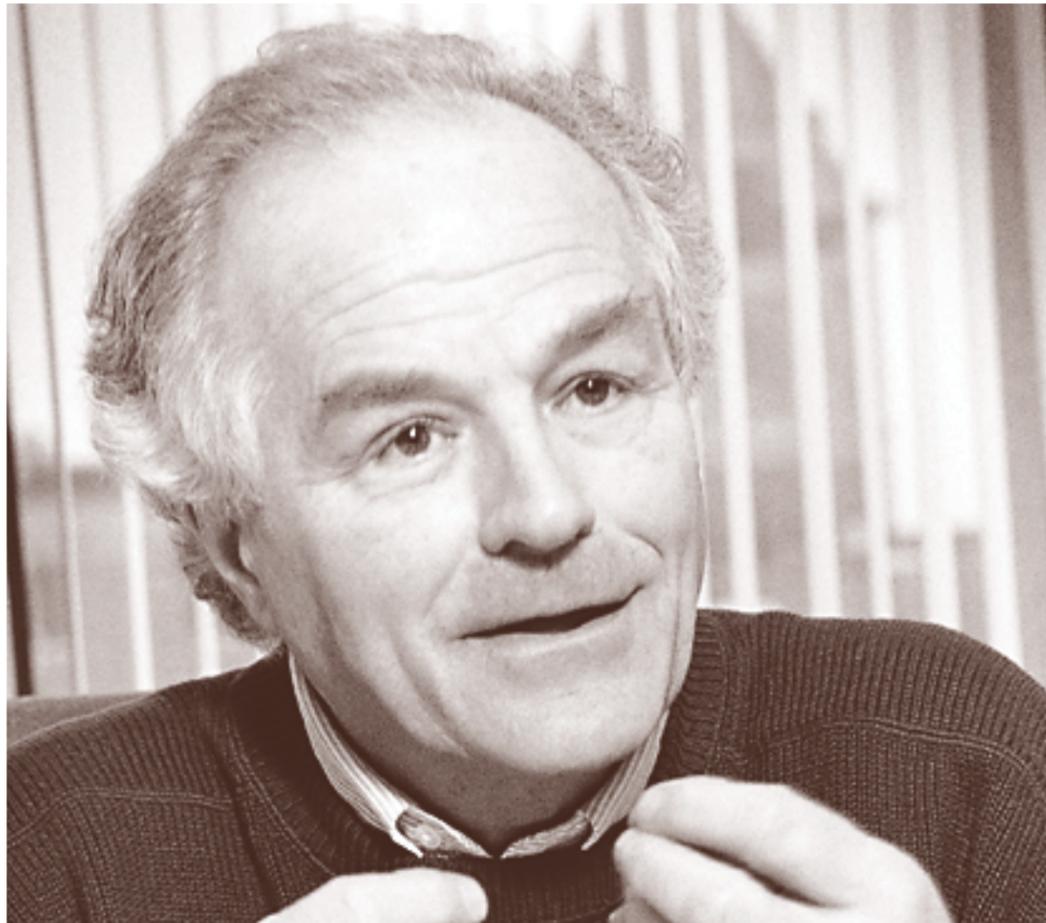
Les modalités d'implantation

Le projet est noble et ambitieux. On peut par ailleurs penser que seul l'Institut de seconde génération, doté de personnalité juridique, pourra employer — en bonne et due forme — du personnel du Ministère et des directions régionales de la santé publique qui, pour le moment, ne peut qu'être prêté à l'Institut.

□ L'Institut n'a pas encore définitivement arrêté le modèle de fonctionnement qu'il adoptera. Nous sommes encore à la recherche d'un type idéal d'organisation entre deux formules possibles, à l'opposé l'une de l'autre. D'un côté, un institut — plutôt virtuel —, complètement décentralisé, qui aurait recours à des experts (des médecins et d'autres professionnels) qui ne lui seraient aucunement assujettis par liens d'emploi: un institut du type « courtier en mandats ». De l'autre, un institut plus conventionnel, plus lourd aussi, bétonné, où les employés de l'Institut seraient regroupés physiquement et, du même coup, un peu isolés du reste du

réseau. Nous cherchons le modèle qui permettra à l'Institut de compter sur ses propres ressources d'expertise qui resteront toutefois physiquement dans le réseau et travailleront avec les gens du terrain.

Le rapport Deschênes, chargé d'examiner les responsabilités respectives du Ministère, des régies régionales et des établissements,



« L'Institut de santé publique apparaît comme le moyen — nécessaire — d'assurer la mise en commun de l'expertise et de garantir l'acquisition de nouveaux types de compétences, au service de l'ensemble de la population, de toutes les directions de la santé publique et du Ministère. »

estime pour sa part que si vous n'embauchez pas — à proprement parler — votre personnel, vous allez « ajouter à l'ambiguïté et à la non-imputabilité » qui caractérisent déjà l'organisation québécoise de la santé publique. Une opinion, manifestement, qui n'est pas la vôtre.

□ J'espère que nous pourrions adopter un type de fonctionnement qui favorise la flexibilité plutôt que la bureaucratisation et qui pourra s'implanter dans le respect de la contribution des experts qui travailleront avec nous. La majorité de ceux-ci seront probablement en lien d'emploi avec l'Institut. D'autres œuvreront à l'Institut en vertu de protocoles de collaboration, d'ententes administratives ou contractuelles. Ce qui n'exclut pas, bien entendu, que l'Institut établisse un *plein contrôle professionnel* sur ces ressources et qu'il dispose d'un budget lui permettant de contracter avec les employeurs des personnes qui travailleront pour lui.

Mais, quelles que soient les modalités administratives que nous adopterons finalement à cet égard, il faut savoir que l'Institut n'est pas créé pour ajouter de nouvelles contraintes, pour enrégimenter les compétences, mettre en péril nos acquis et devenir une entrave. Si cela devait être, il devrait disparaître.

structure d'appui à la disposition du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice des responsabilités de santé publique que la Loi lui confie expressément. Est-ce la quadrature du cercle ?

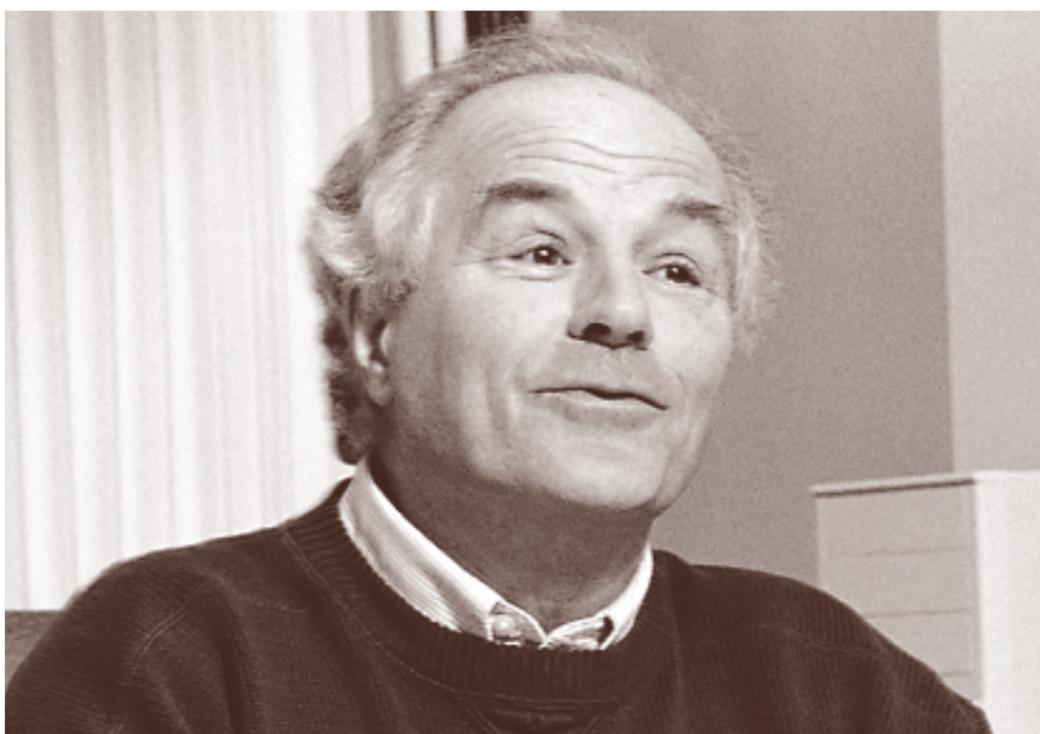
□ Pas du tout. Puisque l'Institut doit informer et soutenir le Ministre, mais aussi les régies régionales, et en même temps informer la population, il peut être avantageux de conserver une certaine distance vis-à-vis l'autorité politique. De plus, l'établissement de l'Institut par voie législative permettra de lui garantir une certaine pérennité.

Comment être au service des régions alors que la création même de l'Institut semble s'inscrire en rupture avec le processus de décentralisation qui caractérise le système québécois de la santé et des services sociaux ? La centralisation de l'expertise en santé publique ne risque-t-elle pas de se faire au détriment des régions — en fonction des seules priorités nationales — et de contribuer à affaiblir plutôt qu'à consolider les équipes régionales ?

□ L'Institut se développerait peut-être au détriment des régions s'il rapatriait leurs effectifs et se murait dans sa tour d'ivoire. Nous ne ferons pas cela. Les ressources des



« Nous allons développer centralement les outils et les connaissances, les services communs, qui soutiendront les pratiques de santé publique aux plans régional et local. Faire cela, ce n'est pas aller à l'encontre de la régionalisation; c'est supporter son développement. »



régions vont demeurer largement au service des régions et nous allons offrir à chacune d'elles l'accès à l'expertise et aux services spécialisés — l'information, les données de recherche et la formation continue — nécessaires à l'exercice de leurs mandats. Nous allons développer centralement les outils et les connaissances, les services communs, qui soutiendront les pratiques de santé publique sur les plans régional et local. Faire cela, ce n'est pas aller à l'encontre de la régionalisation; c'est soutenir son développement.

Une partie des ressources qui vous seront nécessaire proviendra tout de même des régions, l'autre partie venant du Ministère. Que restera-t-il, au fait, des mandats de l'actuelle Direction générale de la santé publique au Ministère au moment où vous exercerez pleinement vos responsabilités?

□ L'Institut de santé publique ne remplace pas la Direction générale de la santé publique. Celle-ci conserve l'essentiel de ses attributions. L'Institut vient seulement l'assister dans l'exercice de ses responsabilités.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, par sa Direction de la santé publique, continuera d'élaborer des politiques, de donner des orientations, de préciser les priorités et de déterminer les indicateurs indispensables à l'évaluation des programmes de santé publique qu'il contribuera encore à définir. Nous n'établirons pas à la place du Ministère la pertinence d'élaborer et d'implanter avec les régions tel ou tel programme de prévention, de promotion ou de protection.

Nous exercerons par ailleurs un rôle de conseiller en mettant à sa disposition l'expertise et les connaissances qu'il peut,

pour sa part, difficilement développer. Le Ministère, qui occupe une fonction stratégique dans la ligne de production de services, trouvera auprès de l'Institut une information indispensable qui, actuellement, lui fait souvent défaut. De façon générale, l'Institut informera le Ministère sur l'état de santé et de bien-être de la population, sur les problèmes de santé publique en émergence, sur les façons d'agir efficacement au regard d'une clientèle, d'un problème ou d'un programme particulier... sans jamais pourtant décider à la place des autorités. En rendant disponible et accessible l'expertise en santé publique, l'Institut national de santé publique se met à la disposition des producteurs de services afin de leur permettre d'offrir à la population des programmes et des services de qualité.

Que répondriez-vous à ceux et à celles qui, toujours sceptiques, estimeraient que la création de l'Institut n'aura quand même été qu'une réponse — un peu lourde — apportée aux difficultés, voire à l'incapacité, des directions régionales de la santé publique et du Ministère à établir l'équité dans l'allocation des ressources et à assurer un meilleur accès à l'expertise en santé publique?

□ On aurait tort de mettre en cause la capacité de qui que ce soit. Le mécanisme de coordination, de concertation et de mise en commun qu'est l'Institut apparaît nécessaire et il est difficile d'imaginer qu'une autre solution, bien différente, ait pu être adoptée. L'histoire du développement de la santé publique au Québec depuis 30 ans aura seulement établi sa nécessité.

InterAction

Entretien

Le mandat de l'Institut

- Informer la population sur son état de santé et de bien-être et sur leurs déterminants, sur l'évolution des problèmes de santé et de bien-être et sur l'efficacité des interventions.
- Soutenir le Ministre et les régions régionales de la santé et des services sociaux dans l'exercice de leur mandat de santé publique en leur offrant une expertise spécialisée dans des domaines tels les maladies transmissibles, les risques de santé publique reliés à l'environnement, etc.
- Collaborer avec les universités à la mise à jour des programmes de formation de premier, deuxième et troisième cycle en santé publique et — avec les universités et les ordres professionnels concernés — concevoir et mettre en œuvre des programmes de formation continue pour les praticiens en santé publique.
- Mettre au point, en collaboration avec les universités et les centres de recherche du réseau, des programmes de soutien à la recherche en santé publique, axés notamment sur l'évolution, les déterminants et les conséquences de l'état de santé et de bien-être de la population, et sur la conception et l'évaluation des interventions.
- Informer le Ministre des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population du Québec et, particulièrement en situation de crise, lui fournir soutien et avis.
- Établir des liens sur le plan international par le partage des connaissances et des façons de faire, en particulier en rendant disponible l'expertise québécoise en santé publique.

InterAction VOLUME 4, N° 2, HIVER 1998 / RÉDACTION : MICHEL PILON, TÉLÉPHONE : (418) 646-8053 / TÉLÉCOPIEUR : (418) 643-4768 / COURRIER ÉLECTRONIQUE : michel.pilon@msss.gouv.qc.ca / COLLABORATION À LA RÉDACTION : HÉLÈNE VALENTINI / COORDINATION DE LA PRODUCTION : LOUIS-MARI DROLET / RÉVISION LINGUISTIQUE : GUY LECLERC / GRAPHISME ET INFOGRAPHIE : MALOUIIN DESIGNER GRAPHIQUE ENR. • www.malouin.qc.ca / PHOTOGRAPHIE : BROWN & CHALIFOUR, FRANÇOIS DESAULNIERS, PHOTODISC / IMPRESSION : QUÉBECOR / DÉPÔT LÉGAL : 1^{er} TRIMESTRE 1998 / DIFFUSION : LUCIE DOUVILLE, TÉLÉPHONE : (418) 643-9395 / TÉLÉCOPIEUR : (418) 643-4768 / CORRESPONDANCE : 1075, CHEMIN SAINTE-FOY, 16^e ÉTAGE, QUÉBEC (QUÉBEC) G1S 2M1 / www.msss.gouv.qc.ca / TIRAGE : 24 000 EXEMPLAIRES **InterAction** EST UN JOURNAL D'INFORMATION PUBLIÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX À L'INTENTION DES ADMINISTRATEURS, DES GESTIONNAIRES ET DU PERSONNEL DU MINISTÈRE ET DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET DES PRINCIPALES ASSOCIATIONS DU SECTEUR. SA RÉALISATION EST UNE RESPONSABILITÉ DU SERVICE DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE. LORSQU'IL EST EMPLOYÉ SEUL, LE GENRE MASCULIN UTILISÉ DANS CETTE PUBLICATION DÉSIGNE AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES HOMMES. TOUTE REPRODUCTION EN TOUT OU EN PARTIE EST PERMISE À LA CONDITION D'EN MENTIONNER LA SOURCE. / MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX : JEAN ROCHON / SOUS-MINISTRE : PIERRE-ANDRÉ PARÉ / ISSN - 1201 - 0847